

# P ercepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales<sup>1</sup>

Perception of Risk of HIV: Studies in Homosexual Women

Linda Teresa Orcasita Pineda<sup>2</sup>, Diana Marcela Palma García<sup>3</sup>  
y Juliana Munévar Cabal<sup>4</sup>

Recibido: 30-Septiembre-2013 • Revisado: 2-Diciembre-2013 • Aprobado: 5-Diciembre-2013

## Resumen

En el mundo, alrededor de 35.3 millones de personas presentan el diagnóstico de VIH, las mujeres constituyen el 50% (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013). En Colombia, para el 2010, los casos eran a razón de 2:1 frente a los hombres. Las mujeres homosexuales son una población invisible en programas de investigación y prevención; su baja percepción de riesgo de transmisión contribuye a esta problemática. Esta revisión explora estudios sobre la percepción del riesgo sobre VIH/Sida en mujeres homosexuales, evidenciando una brecha en la definición metodológica y conceptual, necesidad de incluir a las mujeres homosexuales en la intervención e investigación del VIH y visibilización como parte del fenómeno con investigaciones que difieran de una mirada heteronormativa de la sexualidad.

**Palabras clave autores:** VIH/SIDA, Mujeres homosexuales, Riesgo, Prácticas, Investigación

**Palabras clave descriptores:** VIH, Riesgo, Homosexualidad Femenina, Investigación

## Abstract

Around 35.3 million people around the world are diagnosed with HIV, women being 50% of the global number (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013). In Colombia, the cases showing a proportion of 2:1 compared to men by 2010. Homosexual women had been historically invisible in HIV research and prevention; her low perception of risk of transmission contribute to this problematic. This review is to explore the different studies in the homosexual women HIV risk perception field. This exploration shows the necessity of a methodological and conceptual definition of this construct, necessity of the homosexual women inclusion in the HIV investigation and intervention, being one of the prime challenges to build academic studies with a non heteronormative conception of sexuality.

**Key words authors:** HIV/AIDS, Homosexual Women, Risk, Practices, Investigation.

**Key words plus:** HIV, Risk, Homosexuality, Female, Research.

**Para citar este artículo:**  
Orcasita, L.; Palma, Diana y Munévar, J. (2013). Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (2), 63-79.

1. Trabajo derivado del proyecto Tramas de acción y de sentido en las prácticas preventivas frente al VIH/Sida en jóvenes universitarios de Cali-Colombia. Código del proyecto: 125156935126.
2. Magíster en Familia. Docente e investigadora de la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali. Grupo de Medición y Evaluación psicológica. Línea ciclo vital humano, riesgo y socialización. Correspondencia: ltorcasita@javerianacali.edu.co .
3. Psicóloga. Integrante del Grupo de Investigación y Medición Psicológica. Línea ciclo vital humano, riesgo y socialización. Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali. Correspondencia: dmpalma@javerianacali.edu.co.
4. Psicóloga. Integrante del Grupo de Investigación y Medición Psicológica. Línea ciclo vital humano, riesgo y socialización. Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali. Correspondencia: jmunévar@javerianacali.edu.co



## Introducción

En la actualidad, el VIH/Sida es una de las problemáticas de salud que más ocupa a diferentes entidades e instituciones debido a los matices que ha tomado la epidemia en los diferentes continentes. A nivel mundial, se estima que alrededor de 35.3 millones de personas conviven con el virus, de los cuales el 40% son jóvenes de 15 a 24 años, siendo la población más afectada (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2012; 2013). Adicionalmente, los datos epidemiológicos demuestran que el fenómeno del VIH está afectando cada vez más a la población joven y femenina, es decir, que cada día más mujeres y más jóvenes son afectadas (UNAIDS, 2010). Se señala, que la población femenina constituye el 50% de la población afectada a nivel mundial.

El panorama epidemiológico nacional es consistente con el fenómeno que está ocurriendo mundialmente, dado que los informes señalan que para la década del 2010 la razón de transmisión entre hombres y mujeres era de 2:1, evidenciándose un aumento significativo en la tendencia de aumento del diagnóstico en las mujeres dado que para el 2010 la población femenina que convive con el VIH era del 46% de la población afectada en general (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2010, 2012; Ministerio de Protección Social, 2008). Esta cifra no se presenta diferenciadamente según la orientación sexual de ellas, es decir, que la población homosexual femenina sigue siendo invisibilizada por las entidades que anualmente develan las características epidemiológicas en la población homosexual.

En el caso contrario, a nivel nacional se ha hecho énfasis en caracterizar el porcentaje de pre-

“El alto índice de transmisión en la población homosexual masculina es un factor de riesgo frente a la problemática del VIH para las mujeres homosexuales, dado que muchos estudios han señalado que ellas han tenido o mantienen relaciones sexuales con hombres de distintas orientaciones sexuales”

valencia del virus en la población homosexual masculina. Al respecto se ha encontrado que es muy elevado dado que porque para considerar una epidemia como concentrada se debe rebasar un 5% y en el territorio se encuentran concentraciones hasta del 24,1% en ciudades como Cali (UNFPA, 2012).

Cabe anotar que el alto índice de transmisión en la población homosexual masculina es un factor de riesgo frente a la problemática del VIH para las mujeres homosexuales dado que en muchos estudios internacionales han señalado que ellas han tenido o mantienen relaciones sexuales con hombres de distintas orientaciones sexuales. Sin embargo, los datos que señalan que tienen relaciones con hombres homosexuales y bisexuales son más comunes (Canaval, 2005; Bailey, Farquhar, Owenn y Whittaker, 2003; Bauer y Welles, 2001; Bell, Ompad y Sherman, 2006; Fethers, Marks, Mindel y Estcourt, 2000; Goodenow, Szalacha, Robin y Westheimer, 2008; Hoque, 2011; Hoque, Ntsipe y Mokgatle-Nthabu, 2012). Lo anterior, señala que las prácticas sexuales de una persona no siempre corresponden a la orientación sexual de una persona y por eso el

marco desde el cual se analiza el riesgo debe ser ampliado (Fethers et al., 2000; Goodenow et al., 2008). Al respecto, los autores Rincón y Vargas (2006) encontraron que en las personas homosexuales convergen intereses sexuales homosexuales y heterosexuales pero predominan los primeros. Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de investigar las dinámicas de las actividades sexuales juveniles.

Las estadísticas actuales alrededor del VIH han preocupado a los gobiernos, instituciones y ONG de todo el mundo porque acorta la brecha de afectación entre hombres y mujeres y las coloca en el foco primario de atención e intervención en salud. Sin embargo, aunque los informes epidemiológicos presentan cifras que caracterizan las poblaciones vulnerables en la problemática global, como las trabajadoras sexuales, las personas que consumen sustancias psicoactivas y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las estadísticas de las mujeres homosexuales o que tienen sexo con mujeres (MSM) no son incluidas (UNAIDS, 2010).

Con relación a este fenómeno, la UNAIDS (2011) declaró que las MSM, incluyendo las mujeres homosexuales, las mujeres bisexuales, transgénero y trabajadoras sexuales que tienen sexo con mujeres, constituyen una población que ha quedado por fuera de los focos y las agendas de investigación e intervención frente al VIH. Este fenómeno se debe a que socialmente se concibe una baja percepción de riesgo de transmisión del VIH en las relaciones homosexuales femeninas sumado a prejuicios de género y a concepciones heteronormativas, es decir, a la concepción de la sexualidad desde los patrones, comportamientos y creencias heterosexuales, que repercuten en el planteamiento y abordaje de las investigaciones e intervenciones (UNAIDS, 2011; Mora, 2009; Weeks, 2010).

Otra situación que impide la visibilización de la población de las mujeres homosexuales y las MSM son las pocas herramientas comunicativas que han sido creadas y diseñadas para incluir información específica de las prácticas preventivas adecuadas en las prácticas homosexuales femeninas (UNAIDS, 2011). Las consecuencias de este difícil acceso a información especializada son altas tasas de prácticas sexuales sin protección y una baja realización de pruebas serológicas y de VIH (Bauer y Welles, 2001; Lindley et al, 2003).

Específicamente en la población LGTBI en Colombia, Profamilia, el Grupo de Estudios de Género, Sexualidad y Salud en América Latina y el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (2007) realizaron una encuesta en la que ahondaron sobre los métodos de autocuidado y prevención encontrándose a nivel general que sólo un 31,8% de las mujeres jóvenes entre 14 y 19 años adoptaban prácticas preventivas y un 20% utilizaba métodos de barrera. Este fenómeno es congruente con lo planteado previamente y señala la baja percepción de riesgo de transmisión de ITS entre las mujeres homosexuales.

Con este panorama es necesario señalar que aunque todas las personas son propensas a contraer el VIH, existen una serie de factores o características sociales, económicas, políticas y culturales que generan más vulnerabilidad en poblaciones específicas debido a que presentan altos niveles de estigmatización, de marginalidad o presentan condiciones inadecuadas para el acceso a mecanismos e información sobre la protección y prevención adecuada (UNFPA, 2012). Desde lo nombrado anteriormente y desde lo señalado por la UNAIDS (2011), se considera que las mujeres homosexuales y MSM

“... la vulnerabilidad epidemiológica se refiere a que las mujeres por condicionamientos sociales tienden a tener sexo con personas de mayor edad y el riesgo reside en que estas parejas presentan trayectorias sexuales amplias y un mayor número de parejas sexuales...”

hacen parte de estas poblaciones específicas en condición de vulnerabilidad. Por esta razón, el objetivo de la presente revisión es realizar una exploración sobre los diferentes estudios orientados a la percepción del riesgo sobre VIH/Sida en mujeres homosexuales para evidenciar los retos y perspectivas desde la investigación.

## 1. Vulnerabilidad femenina en la epidemia del VIH

Weeks (2010) propone que la sexualidad es un aspecto de la vida humana que se construye socialmente, es decir, que alrededor de ella existen representaciones de cómo deben vivir su sexualidad los hombres y las mujeres, y estos valores y normas son transmitidos a través de las instituciones sociales. En esa misma línea de pensamiento Herrera y Campero (2002) señalan que en la relación entre el individuo y la sociedad pueden generarse diferentes situaciones que exponen al primero a condiciones de vulnerabilidad.

Estas autoras señalan que las mujeres son vulnerables frente a la epidemia del VIH por

condiciones biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales. Se refieren a una vulnerabilidad biológica porque el área de transmisión y recepción de virus tiene una mayor área de exposición debido a las características de los genitales femeninos, así como la existencia de una gran cantidad de infecciones de transmisión sexual que son asintomáticas en ellas. Por otro lado, la vulnerabilidad epidemiológica se refiere a que las mujeres por condicionamientos sociales tienden a tener sexo con personas de mayor edad y el riesgo reside en que estas parejas presentan trayectorias sexuales amplias y un mayor número de parejas sexuales. En cuanto a la vulnerabilidad social, se señala que las mujeres, sobre todo de los países en vía de desarrollo, tienen menos acceso al trabajo y a la educación, lo que impide el fácil acceso a fuentes de información sobre el VIH.

Es importante señalar que Herrero y Campero (2002) proponen que la vulnerabilidad de una persona se maximiza cuando varias desigualdades sociales se suman, como por ejemplo, el estrato socioeconómico, la raza, el género, la preferencia sexual, entre otras. En este caso, las mujeres homosexuales presentan un estatus minoritario doble (Jiménez, Borrero y Nazario, 2011), debido a su condición de mujeres y de homosexuales.

Desde los inicios de la epidemia de VIH, la asociación de que eran los hombres homosexuales, las trabajadoras sexuales y los consumidores de drogas intravenosas quienes estaban en riesgo ha impedido la visibilización de las mujeres en esta problemática de salud mundial (Herrera y Campero, 2002). Sin embargo, cuando la mujer empezó a ser considerada dentro del foco de la intervención y prevención frente al VIH fue cuando se asoció su transmisión con el riesgo

que podía significar para los otros, es decir, para los hombres, en el caso de las trabajadoras sexuales, y para los niños en el caso de las madres gestantes (Richardson, 2000).

En contraste, en la población de mujeres homosexuales sucedió algo particular. En los inicios de la epidemia la concepción de riesgo se encontraba centralizada en poblaciones específicas que presentaban concentraciones mayores de personas afectadas por ella, desde allí, la población homosexual fue incluida en esos grupos de riesgo y el discurso médico imperante incluyó a las mujeres homosexuales dentro de ellos. Sin embargo, con el avance científico y social, gracias a la sistematización de los datos epidemiológicos a nivel mundial, se empezó a encontrar que no solamente los homosexuales presentaban índices altos de transmisión sino que estaba ligado a comportamientos sexuales de riesgo.

La consecuencia de este cambio de concepción, de los grupos de riesgo a las prácticas sexuales de riesgo, es que se creó la definición de los comportamientos sexuales de riesgo para la población homosexual en general sin distinción de género y se creó una falsa percepción social de que las mujeres no realizaban prácticas sexuales que significaran riesgo de contraer el virus, situación que con el paso del tiempo las fue dejando por fuera de la atención, investigación y prevención del VIH/Sida (Richardson, 2000; Sandfort, Baumann, Matebeni, Reddy y Southey, 2013).

## 2. Enfoques del estudio del riesgo frente al VIH

Desde lo comentado anteriormente es posible vislumbrar que el riesgo ha sido concebido de distintas maneras a lo largo del tiempo y de la



evolución del VIH, esto quiere decir que la epidemiología, las ciencias sociales, las ciencias de la salud, entre otras, han estudiado el riesgo desde diversos enfoques y/o perspectivas. Estrada y Vargas (2011), Sevilla y Sevilla (2004) Palma, Abarca y Moreno (2002) y Herrera y Campero (2002) han descrito tres enfoques desde los cuales se ha concebido el riesgo frente al VIH teniendo en cuenta las condiciones históricas, sociales y culturales que han mediado o influido para que se haga énfasis en ciertos aspectos del riesgo. A continuación se describen estos enfoques:

El primer enfoque descrito por estos autores es el enfoque epidemiológico conductual. Éste surgió en los inicios de la epidemia del VIH y para ese momento histórico los discursos médicos estaban dirigidos a demarcar aquellos comportamientos sexuales que eran normales o no, dado que en ese primer momento se consideró que la propagación del virus se debía a la realización de comportamientos sexuales “desviados”. Es desde esa concepción que se creó la representación de que existían “grupos de riesgo” y se excluyó a la población heterosexual como una población vulnerable al VIH. Asimismo, desde este enfoque se concibió que los conocimientos y las actitudes que tenía una persona repercutían de manera lineal en las prácticas sexuales de la misma y por ello, las herramientas de intervención estuvieron dirigidas hacia el fomento y difusión de

“En la década de 1990, se empezó a considerar que aunque la información es un aspecto que influye de manera importante en las conductas sexuales de riesgo de una persona, existen aspectos contextuales y culturales que también juegan un papel importante...”

información alrededor de las prácticas sexuales seguras y de las formas de transmisión del VIH.

En la década de 1990, se empezó a considerar que aunque la información es un aspecto que influye de manera importante en las conductas sexuales de riesgo de una persona, existen aspectos contextuales y culturales que también juegan un papel importante. Así, empieza a surgir el enfoque antropológico-conductual que hace énfasis en esas representaciones y significados que las personas le otorgan a sus prácticas sexuales y preventivas, ubicándolas en un momento histórico y social específico. Es en esta época cuando se empieza a hablar de “comportamientos de riesgo”. Sin embargo, aunque los autores señalan que este enfoque posee un valor añadido al otorgarle un carácter dinámico y móvil a la prácticas sexuales porque las mira a la luz de un contexto social específico, también, señalan que se queda corto a la hora de explicar cómo las personas eligen exponerse a un riesgo o no y cómo jerarquizan o valoran el riesgo.

El tercer enfoque hace mayor énfasis en los aspectos políticos y sociales del riesgo, este es

el enfoque político-económico y se basa en el planteamiento de que la epidemia del VIH/sida e incluso el riesgo al que se exponen las personas está condicionado por las desigualdades económicas, políticas y culturales. Entonces, se considera que las personas significan el riesgo no solamente desde la información y las actitudes individuales sino también desde la estructura simbólica y cultural en la que están inmersas, así como desde la estructura social y el lugar que ocupan en ella.

Cómo se mencionó anteriormente, desde el enfoque epidemiológico conductual se considera que si una persona se expone al riesgo es porque carece de información acerca del mismo y de las formas de prevenirlo (Sevilla, 2008). Sin embargo, Lupton (citado por Sevilla, 2008) fue el primero en criticar este modelo y sugirió que se debía hacer énfasis en aspectos emocionales, motivacionales y contextuales que atravesaban esas conductas de riesgo. En esa misma línea de pensamiento, Grimberg (2002) señala que las conceptualizaciones y representaciones de lo que significa ser un hombre o una mujer en una sociedad, se construye en la relación entre las personas y los grupos, es decir, que la sexualidad misma está en una construcción constante con los amigos, los pares, la familia, entre otras instituciones sociales. De allí, que se considere que el sentido que se le otorgue a las prácticas sexuales y a las conductas consideradas como riesgosas o no se construyen socialmente y son producto de la racionalidad. Esta concepción se conoce por el nombre de análisis constructorista del riesgo.

### 3. Estudio del riesgo y de la percepción del riesgo

Desde allí, Sevilla (2008) plantea que el riesgo puede ser analizado en dos niveles: las tramas

de acción y las tramas de sentido. Por su parte, las tramas de acción son aquellos componentes fisiológicos, químicos o biológicos del riesgo, mientras que, las tramas de sentido corresponden a las significaciones, valoraciones y representaciones que el sujeto ha construido del riesgo. Este modelo, es congruente por un modelo planteado por García del Castillo (2012), en el que expone que el riesgo se puede entender desde un plano real y un plano subjetivo, que a su vez puede ser analizado desde una perspectiva individual o colectiva.

En el plano real del riesgo se ubican los aspectos que tienen unos indicadores objetivos, ya sean los aspectos biológicos, químicos, genéticos y las características sociales y culturales que hacen vulnerables a un sujeto o colectivo. Mientras que en el plano subjetivo se ubican las creencias, representaciones y significados presentes en un grupo o en una persona y mediante el cual el riesgo es percibido o valorado. Es desde este planteamiento que autores como García del Castillo (2012) y Padlog (2009) sostienen que puede ser estudiada la percepción del riesgo.

Por su parte, Pastor (2000) propone que la percepción del riesgo es un proceso cognitivo en el que la persona de manera inmediata organiza un juicio de valor desde diferentes fuentes de información como: la historia personal, el contexto, sus creencias y actitudes, los estereotipos y sus motivaciones. Es por esta razón, que uno de los retos actuales en el campo de la investigación es la definición conceptual y metodológica de lo que se entiende por percepción de riesgo, dado que como indica García del Castillo (2012), este constructo ha estado presente en los estudios de diferentes problemáticas relacionadas con la salud, sin embargo, se encuentra una brecha grande en términos de su conceptualización.

Por esto, se sugiere que los estudios se orienten desde el enfoque cualitativo de la investigación con sus diferentes propuestas y diseños metodológicos para generar un insumo valioso en la construcción dado que permite ahondar en los símbolos, los significados, las representaciones, las motivaciones e intenciones que posee una persona en su subjetividad y que expresa a través de su discurso (Padlog, 2009).

Volviendo al modelo planteado por García del Castillo (2012), este autor señala que aunque la percepción subjetiva del riesgo se basa en aspectos contextuales y colectivos es finalmente el sujeto quien lo valora y quien lo actúa. Sin embargo, siendo congruentes con los planteamientos de Slovic (1987) se considera que debe hacerse acento en estas variables sociales y culturales porque son a partir de ellas que el sujeto construye lo que considera riesgoso o no, gracias a la interacción que tiene con su grupo de pares, su familia y otras instituciones sociales a las que pertenece. Por lo tanto, estas variables o creencias sociales influyen en la manera en la que el riesgo es significado y percibido (Gil et al., 2010).

Específicamente la percepción del riesgo frente al VIH/sida ha sido definido por Mora (2009) como la exposición percibida hacia contraer dicho virus y a las situaciones que se tejen entre el individuo y la sociedad que crean esa exposición mencionada. Esta autora, también propone unos lineamientos a través de los cuales puede estudiarse la percepción del riesgo. Entonces, propone que debe analizarse a nivel individual, la información con la que cuenta el sujeto y la percepción de su capacidad para ejercer prácticas preventivas; a nivel social, los significados alrededor de la enfermedad, las redes sociales de apoyo de la persona, las relaciones de géne-



“... la percepción del riesgo frente al VIH/Sida ha sido definido por Mora (2009) como la exposición percibida hacia contraer dicho virus y las situaciones que se tejen entre el individuo y la sociedad que crean esa exposición mencionada...”



ro, creencias religiosas, entre otras; y a nivel pragmático, es necesario analizar los recursos percibidos, el acceso a los servicios de salud y a programas de prevención y monitoreo.

## 4. Perspectivas teóricas del estudio del riesgo en la psicología

Los principales aporte teóricos desde la psicología para comprender y estudiar la percepción del riesgo provienen del marco de la psicología social cognitiva. Los más destacados son: el Modelo de Creencias de Salud; La Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada; y La Teoría de la Motivación Protectora (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Arrivillaga y Salazar, 2005; García del Castillo, 2012).

En primer lugar, el Modelo de Creencias de Salud (MCS) es uno de los modelos pioneros del estudio de las conductas saludables y la predicción del comportamiento. Este modelo, planteado alrededor de 1950 por Rosentock (1990), tiene como premisa principal que las personas generan conductas saludables o protectoras cuando perciben

una amenaza sobre la salud, que tiene que ver con la percepción de riesgo o vulnerabilidad y qué tan grave considera las consecuencias, y cuando creen tener las capacidades para poder reducir esas amenazas, es decir, que perciben que tienen acceso a medidas concretas y que perciben positivamente los beneficios por encima de los costos. Entonces, de acuerdo con este modelo, cuando una persona cree en la gravedad de un problema o enfermedad, en la vulnerabilidad a la que se expone y en que si genera una conducta protectora obtendrá más beneficios que costos, mejorará su salud y evitará exponerse al riesgo (Arrivillaga et al., 2003; Arrivillaga y Salazar, 2005; García del Castillo, 2012).

El segundo modelo importante es la Teoría de la Motivación Protectora propuesta por Rogers (1975), este modelo se basa en la premisa de que es el miedo de las posibles consecuencias del riesgo el que motiva a que las personas busquen medidas de protección o de evitación del riesgo (García del Castillo, 2012).

Un tercer modelo, la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada, propuesto por Fishbein y Azjen (1980), hace énfasis en las

actitudes y los comportamientos para predecir las conductas protectoras o preventivas de una persona. Entonces, este modelo sugiere que las actitudes se crean en la interacción individuo-entorno, entonces la conducta voluntaria está determinada por una intención que se forma a partir de tres procesos: (1) la actitud social, que se refiere a las expectativas que tiene un sujeto y a la valoración de las situaciones (2) la norma subjetiva, que se refiere a la manera en que las personas significan lo que otras personas o grupos piensan que es una conducta adecuada de acuerdo al momento específico y (3) el control percibido, es decir, la creencia que tiene una persona de poder llevar a cabo una conducta (Martín, Martínez y Rojas, 2011).

Es por ello que la premisa principal de este modelo es que la percepción del riesgo de una persona se basa en las valoraciones o normas subjetivas del sujeto, la percepción del riesgo de los demás, sus actitudes frente al riesgo o la situación de riesgo y todo eso está mediado por sus intenciones y motivaciones (Arrivillaga y Salazar, 2005; García del Castillo, 2012).

Martín, Martínez y Rojas (2011) exponen que este modelo ha sido criticado por centrarse únicamente en los procesos individuales de la toma de decisiones de riesgo, pese a que en diversas situaciones influyen otras personas o agentes. Estos autores, gracias a una investigación que llevan a cabo en España en la que estudian el comportamiento sexual de riesgo en hombres homosexuales, enriquecen el modelo proponiendo que cuando los individuos se exponen al riesgo también lo hacen porque aparecen unas “normas emergentes”, es decir, que cada situación en la que una persona puede exponerse al riesgo tiene implícitos una serie de normas o creencias asociadas que influyen en las con-

“... las conductas sexuales de riesgo están mediadas por la identidad social, de pertenecer al colectivo de personas homosexuales, y la identidad de género, porque ambos implican unas normas o patrones de comportamiento que se han adquirido con la interacción social...”

ductas. Esto se puede observar en la población homosexual en las normas de comportamiento que se ejecutan en los diferentes espacios de socialización, como por ejemplo los bares, las discotecas, entre otros.

Así mismo, los autores señalan que las conductas sexuales de riesgo están mediadas por la identidad social, de pertenecer al colectivo de personas homosexuales, y la identidad de género, porque ambos implican unas normas o patrones de comportamiento que se han adquirido con la interacción social. Por ejemplo, en esta investigación se encontró que las relaciones sexuales estaban relacionadas con la autoestima de los participantes, es decir, que la identidad de género y a la identidad sexual relacionada con la percepción de importancia de las relaciones sexuales, genera que se oculten riesgos asociados a las prácticas sexuales porque se prioriza esa construcción de identidad y autoestima. Esta relación entre el contexto social, la identidad y las prácticas sexuales también fue encontrada por Granados, Torres y Delgado (2009).

Entonces, la retroalimentación que hacen estos autores al modelo de la Teoría de la Acción Ra-



zonada y de la Conducta Planeada es un buen insumo para analizar el riesgo desde una perspectiva psicosocial, que integre tanto el plano individual como el plano social que influyen en la percepción que tiene una persona del riesgo.

## 5. VIH en la población homosexual femenina

Todo lo anterior es congruente con el planteamiento de Sevilla y Sevilla (2004) quienes plantean que el riesgo frente al VIH es complejo y multidimensional, dado que comprende desde los aspectos biológicos hasta los aspectos subjetivos que comprenden los aspectos simbólicos y sociales que determinan la vivencia de la sexualidad de una persona. Entonces, una persona puede ser afectada por el virus del VIH por “la emisión de conductas de riesgo que facilitan la transmisión del VIH por el paso de células infectadas presentes en los fluidos de personas

diagnosticadas de VIH a otras que no estén infectadas” (Uribe, 2005, p. 10). Reconociendo que estas conductas de riesgo tienen un trasfondo socio-cultural y simbólico importante, entonces, esta transmisión puede ocurrir a través de tres vías: por vía sexual, por el contacto con sangre y a través de contagio vertical o congénito (Muma, 2000; Uribe, 2005; Uribe et al., 2009, 2010).

Muma (2000) ha clasificado una amplia gama de prácticas sexuales que posibilitan la transmisión de VIH a través de la vía sexual independientemente de la orientación sexual que posea una persona. Estas son: (1) el Anilingus, que se refiere al contacto buco-anal con una persona portadora del virus; el (2) Cunnilingus, que se refiere al contacto buco-vaginal con una mujer portadora del virus y cuyo riesgo aumenta cuando se encuentra en el período menstrual; (3) el Felatio que se refiere al contacto de la boca con el órgano genital masculino y cuyo riesgo aumenta cuando la eyaculación ocurre dentro de la cavidad oral; (4) el manoseo que se refiere a introducir la mano dentro del recto y/o la vagina; (5) la Urolagnia, que se refiere a orinar sobre la piel o cavidades corporales de la otra persona; y (6) la introducción de objetos en el recto o la vagina, esta práctica acarrea mucho riesgo dado que pueden ocurrir desgarres dentro de las cavidades permitiendo la entrada del virus al organismo.

Las anteriores prácticas sexuales evidencian que las mujeres homosexuales se exponen al riesgo de igual manera cuando realizan este tipo de prácticas, aunque resulta sorprendente que este planteamiento sea relativamente nuevo y haya sido poco estudiado y abordado desde la academia (Richardson, 2000). Particularmente, los autores Pinto (2004), Matarazzo (2004) y Richardson (2000) han señalado que la transmisión del VIH en las mujeres homosexuales se da a

través del contacto con la mucosa vaginal, el intercambio de secreción vaginal y el contacto con sangre menstrual infectada, incluso, puede ocurrir mediante la inseminación artificial cuando se realiza sin un control médico. Todo lo anterior, se podría traducir en prácticas sexuales de riesgo como: (1) el sexo oral sin protección, (2) el intercambio de juguetes sexuales para el sexo vaginal y/o anal y (3) las prácticas que involucren el contacto con la sangre.

Sin embargo, estos mismos autores señalan que existen evidencias de que las mujeres homosexuales se exponen a estas prácticas sexuales de riesgo y realizan pocas o ninguna práctica preventiva. Richardson (2000) y Mora (2009) señalan que esto se debe a una percepción de “inmunidad” que se ha construido socialmente e incluso ha sido internalizado por las mujeres homosexuales. Estas pueden haberse creado por la invisibilización nombrada anteriormente de ellas en la epidemia y por la perpetuación de mitos y creencias erróneas alrededor de la homosexualidad femenina. Un ejemplo de estas creencias erróneas, es la percepción encontrada en múltiples investigaciones de que al no tener sexo con hombres la probabilidad de contagio es menor (Matarazzo, Coffey y Bingham, 2005; Monteiro, 2010; Monteiro, Cecchetto, Vargas y Mora, 2010; Saewyc et al., 2006).

Otras investigaciones realizadas a nivel mundial, específicamente en la población homosexual femenina han revelado que las prácticas sexuales de riesgo a las que más se exponen estas mujeres son: son el intercambio de juguetes sexuales, el sexo vaginal u oral sin protección, el sexo oral y vaginal durante el periodo menstrual de la pareja, contacto oral-anal, el tribadismo o contacto directo entre las dos superficies vaginales y el *fisting* o inserción de la mano en la

“... existen evidencias de que las mujeres homosexuales se exponen a las prácticas sexuales de riesgo y realizan pocas o ninguna práctica preventiva, esto se debe a una percepción de ‘inmunidad’ que se ha construido socialmente e incluso ha sido internalizado por las mujeres homosexuales”

vagina de la pareja sin la utilización de barreras protectoras (Dolan y Davis, 2003). Además, se ha encontrado un bajo conocimiento sobre las prácticas sexuales de riesgo y las prácticas preventivas específicas en una relación sexual de mujer a mujer (Matarazzo et al., 2005), por lo tanto el bajo uso de métodos preventivos es bajo en esta población (Bailey et al., 2003; Lindley et al., 2003).

A nivel latinoamericano, se ha encontrado que lo que lleva al no uso de métodos preventivos es la percepción y valoración que hacen las mujeres homosexuales de sus relaciones en términos de confianza y lealtad (Monteiro et al., 2010). Asimismo, los resultados de las investigaciones de Mora y Monteiro (2010) en contraposición a los estudio mundiales señalan un bajo uso de juguetes sexuales por parte de las mujeres, pero es congruente al señalar que presentan conocimientos errados frente al VIH y desconocen métodos de prevención adecuados a sus relaciones homosexuales.

Lo preocupante de los resultados de estas investigaciones es que las mujeres se exponen al riesgo sin saber que se están exponiendo a él (Dolan y Davis, 2003), esto plantea lineamientos a través de los cuales deberían ponerse en marcha futuras investigaciones y diseños de intervención en esta población específica.

## 6. Conclusiones

En términos generales quienes han estudiado el fenómeno del VIH en mujeres homosexuales se han concentrado principalmente en abordar: las prácticas sexuales, la estructura social y los significados alrededor de la sexualidad y del VIH.

En relación a las prácticas sexuales como se señaló a lo largo del artículo se han abordado los conocimientos, las actitudes y las prácticas preventivas asociadas a ellas. Sin embargo, en algunos estudios no se diferencia entre la bisexualidad y la homosexualidad femenina, entonces se homogeniza la sexualidad desde una mirada heteronormativa. Por lo cual, el reto es conocer las prácticas sexuales específicas de las mujeres homosexuales para poder crear intervenciones ajustadas a sus necesidades particulares y, en ese sentido, se deben orientar futuras investigaciones.

En cuanto a la estructura social, se han abordado los aspectos sociales y estructurales que ubican a las personas en situación de vulnerabilidad o riesgo; por esa razón, se han estudiado aspectos socioeconómicos y culturales del riesgo, el sentimiento de vulnerabilidad, el significado del riesgo desde la perspectiva de la construcción social de la realidad y el impacto del rechazo social a las personas homosexuales en sus prácticas sexuales y preventivas. En este



punto, es necesario que estos estudios trasciendan la investigación y se articulen con las políticas públicas nacionales, establecidas por el Ministerio de Educación Nacional (2006) y el Ministerio de Protección Social (2008), para la intervención mediante la sensibilización de los escenarios de salud y los entornos educativos alrededor de la importancia del acompañamiento y la promoción de la salud sexual, desde un enfoque afirmativo de intervención; así como de la importancia de incluir preguntas sobre prácticas homoeróticas en el momento en que una mujer es diagnosticada con VIH, para contribuir a la caracterización de esta población en el país y continuar generando estrategias para la visibilización de la misma.

Otra sugerencia importante es que al realizar investigaciones e intervenciones teniendo en cuenta a las personas de las diferentes diversidades sexuales, es necesario buscar grupos o participantes que no pertenezcan exclusivamente a la comunidad LGTBI ni realizarlas mayoritariamente en espacios de socialización

“... en países como Colombia, es necesario tener en cuenta el contexto socio-económico y cultural en el que predomina una serie de creencias hegemónicas y patriarcales de lo que debe ser la sexualidad femenina y masculina... y se construyan nuevos análisis desde un lenguaje incluyente y no heteronormativo de la sexualidad”

como bares, discotecas o marchas, sino que debe ampliarse el espectro hacia las universidades, colegios y demás espacios, para permitir la recolección de información amplia desde diferentes sectores, incluyendo diversas miradas frente a la sexualidad, retomando lo sugerido por Lema et al. (2009) y Lindley et al. (2003).

En cuanto a los estudios alrededor de los significados frente al VIH y la sexualidad existe un reto desde el campo disciplinar de la psicología por investigar desde abordajes cualitativos la percepción del riesgo, dado que es una variable que se ha estudiado tradicionalmente resaltando los aspectos cognitivos de la percepción, por lo cual se debe trascender y ahondar en las historias subjetivas de las personas, en las prácticas sexuales y de riesgo de esta población, centrándose en contextos específicos para escuchar las voces y los significados que las personas le otorgan a su sexualidad.

A través de este artículo se ha mostrado que el riesgo frente al VIH ha sido abordado des-

de diferentes perspectivas en relación a las concepciones de cada momento histórico de la epidemia y a su vez, se ha trascendido la mirada lineal de las actitudes, conocimientos y las prácticas sexuales para incluir los significados y representaciones que son adquiridas mediante la interacción del individuo con las diferentes instituciones y grupos sociales. Lo anterior, resalta que en países como Colombia, es necesario tener en cuenta el contexto socio-económico y cultural en el que predomina una serie de creencias hegemónicas y patriarcales de lo que debe ser la sexualidad femenina y masculina, y que tal como señala Mora (2009), desde la academia se han realizado abordajes con nociones marcadas desde una sexualidad heteronormativa, por lo cual es necesario que las futuras investigaciones en el tema rompan con ese supuesto de la homogeneidad de las prácticas sexuales y se construyan diseños metodológicos y análisis desde un lenguaje incluyente y no heteronormativo de la sexualidad, es decir, desde un lenguaje que reconozca la diversidad humana.

En conclusión, como se observa en el panorama descrito anteriormente, se requiere priorizar los estudios en la población homosexual femenina que describan sus prácticas sexuales y preventivas de una manera diferenciada con otras formas de expresión de la sexualidad. Asimismo, se deberían fortalecer estudios cualitativos que aborden la percepción del riesgo frente al VIH en esta población desde una mirada psicosocial. Además, teniendo en cuenta el vacío en algunos aspectos conceptuales y metodológicos de la percepción del riesgo, es importante diseñar e implementar estudios desde miradas que trasciendan los paradigmas lineales de la sexualidad, es decir, aquellos que se enfocan en las actitudes y conocimientos como predictores

de las conductas sexuales y adoptar miradas que aborden aspectos subyacentes a la toma de decisiones a la hora de exponerse al riesgo, desde un enfoque que reconozca el amplio espectro de la sexualidad humana.

## Referencias

- Arrivillaga, M. y Salazar, I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida en jóvenes universitarios. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas sexuales de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica* 34(4), 186-185.
- Bauer, G. y Welles, S. (2001). Beyond Assumptions of negligible risk: Sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1282-1286.
- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C. y Whittaker, D. (2003). Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*, 79(2), 147-150.
- Bell, A.V., Ompad, D y Sherman, S.G. (2006). Sexual and Drug Risk Behaviors Among Women Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1066-1072. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470606/pdf/0961066.pdf>
- Canaval, G., Valencia, C., Forero, L., Guardela, N., Magaña, A. y Vargas, Y. (2005). Factores protectores y de riesgo para VIH/Sida en mujeres de Cali, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 23-33. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532005000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532005000200005&script=sci_arttext)
- Dolan, K., y Davis, P. (2003). Nuances and Shifts in lesbian women's construction of STI and HIV vulnerability. *Social Sciences & Medicine*, 57, 25-38.
- Estrada, J. H. y Vargas, L. (2011). Invisibles y excluidos: la infección del VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres (HSM). En M. Arrivillaga y B. Useche (Eds.), *Sida y Sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (p. 115-151). Bogotá: Ediciones Aurora.
- Fethers, K., Marks, C., Mindel, A. y Estcourt, C. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviours in woman who have sex with woman. *Sexually transmitted infections*, 76, 345-349.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). *Belief, Attitude and Behavior: And introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). *Factores de vulnerabilidad a la infección del VIH en mujeres*. Recuperado de [http://www.unfpa.org/co/home/unfpacol/public\\_htmlfile/VIHmujeresWeb.pdf](http://www.unfpa.org/co/home/unfpacol/public_htmlfile/VIHmujeresWeb.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012). *Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/PANORAMA%20VIH%20SIDA%20COLOMBIA%201983-2010.pdf>
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health & Addictions*, 12(2), 133-151.
- Gil, E., González, J., y Meneses, G. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-307.
- Goodenow, C., Szalacha, L., Robin, L. y Westheimer, M. A. (2008) Dimensions of sexual orientation and HIV-Related risk among adolescent females: evidence from a statewide survey. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1051-1058. Recuperado de <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2005.080531>
- Granados, J., Torres, C. y Delgado, G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para el VIH/SIDA. *Salud Pública de México*, 51(6), 482-488. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342009000600006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342009000600006)
- Grimberg, M. (2002). Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: Un análisis antropológico de género. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 45-75.

- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564.
- Hoque, M. (2011). Reported risky sexual practices amongst female undergraduated students in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 3(1), 143-148.
- Hoque, M. E., Ntsipe, T. y Mokgatlé-Nthabu, M. (2012). Sexual Practices among University Students in Botswana. *Gender & Behaviour*, 10(2), 4645-4656.
- Jiménez, M., Borrero, N. y Nazario, J. (2011). Adolescentes gays y lesbianas en Puerto Rico: procesos, efectos y estrategias. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22(1), 147-173.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2011). Woman who have sex with woman, in all their diversity: putting their needs and right on the HIV agenda. *Community Innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Recuperado de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719\\_Community%20innovation.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2012). 2012 World AIDS day report. Recuperado de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434\\_WorldAIDSday\\_results\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2013). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Recuperado de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf)
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Arévalo, M. T., Tamayo, J., Rubio, A. y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los estudiantes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88.
- Lindley, L., Nicholson, T., Kerby, M. y Lu, N. (2003). *HIV/STI associated risk behaviors among self-identified lesbian, gay, bisexual, and transgender college students in the united states*. *AIDS Education and Prevention*, 15(5), 413-429.
- Martín, M. J., Martínez, J. M. y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(6), 433-443.
- Matarazzo, J. (2004). Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerging Infectious Diseases*, 10 (1), 1974-1978.
- Matarazzo, J., Coffey, P., y Bingham, A. (2005). Sexual practices, risk perceptions and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspectives on Sexual And Reproductive Health*, 37(1), 6-12.
- Ministerio de Educación Nacional (2006). *Lineamientos para una educación superior inclusiva*. Recuperado de [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-132946\\_archivo.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-132946_archivo.pdf)
- Ministerio de Protección Social (2008). *Plan Nacional de Respuesta al el VIH y el Sida*. Recuperado de <http://www.col.ops-oms.org/images/PLAN%20VIH%20DEFINITIVO.pdf>
- Monteiro, S., Cecchetto, F., Vargas, E., y Mora, C. (2010). Sexual Diversity and Vulnerability to AIDS: the Role of Sexual Identity and Gender in the Perception of Risk by Young People. *Sexual Research and Social Policy*, 7, 270-282.
- Mora, C. (2009). *Vulnerabilidad al VIH/SIDA: sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro* (Tesis doctoral). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, CDD: 614.5993098153.
- Mora, C., y Monteiro, S. (2010). Vulnerability to STIs/HIV: sociability and the life trajectories of Young women who have sex with woman in Rio de Janeiro. *Culture, Health & Sexuality*, 12(1), 115-124.
- Muma, R. (2000). Epidemiología del HIV y el SIDA. En Muma, R., Lyons, B., Borucki, M., Pollard, R. (Comps.), *Manual del HIV para profesionales de la salud* (9-19). México D. F: Manual Moderno.
- Palma, I., Abarca, H. y Moreno, C. (2002). Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina: hacia una nueva síntesis de enfoques. *Working Paper Series*, 14, 4-79.



- Padlog, M. (2009). La potencia del enfoque cualitativo para el estudio de la percepción del riesgo. *Espacio abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, 18(5), 413-421
- Pastor, G. (2000) *Conducta interpersonal: Ensayo de psicología social sistemática*. Salamanca, España: Universidad Pontificia.
- Pinto, V. M. (2004). *Aspectos Epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres* (Tesis doctoral no publicada. Universidad de São Pablo, Brasil.
- Profamilia, Grupo de Estudios de Género, Sexualidad y Salud en América Latina, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. (2007). *Encuesta LGBT: sexualidad y derechos: Participantes de la marcha de la ciudadanía LGBT de Bogotá, 2007*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/images/stories/afiches/encuestas-investigaciones/encuesta-lgbt-2009.pdf>
- Richardson, D. (2000). The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Culture, Health & Sexuality*, 2(1), 33-49.
- Rincón, A. y Vargas, E. (2006). Evaluación de los intereses de hombres y mujeres homosexuales. *Avances en Medición*, 4, 129-137.
- Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal Of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 92-114.
- Rosentock, I. M. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En *Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Saewyc, E., Skay, C., Richens, K., Reis, E., Poon, C. y Murphy, A. (2006). Sexual Orientation, Sexual abuse, and HIV-Risk Behaviors Among Adolescents in The Pacific Northwest. *American Journal Of Public Health*, 96(6), 1104-1110. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470640/pdf/0961104.pdf>
- Sánchez, I (2003). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 47-54. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500007&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500007&script=sci_abstract)
- Sevilla, E. y Sevilla, T. (2004). Álgebras y tramas en el cálculo de riesgos. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 13-60.
- Sevilla, T. (2008). “Sexo inseguro”: Un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), 257-294.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285.
- Sandfort, T., Baumann, L., Matebeni, Z., Reddy, V. y Southey, I. (2013). Forced Sexual Experiences as Risk Factor For Self Reported HIV Infection Among Southern African Lesbian and Bisexual Women. *Plos One*, 8(1), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0053552
- Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/15808920.pdf>
- Uribe, A. F., Orcasita, L. T., y Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta de psicología*, 31(1), 11-24.
- Uribe, A. F. y Orcasita, L. T. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/99>
- Weeks, J. (2010). *Sexuality*. Londres: Routledge.

