

AUTOESTIMA SEXUAL Y ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN VILLAVICENCIO, COLOMBIA

SEXUAL SELF-ESTEEM AND ATTITUDES TOWARD CONDOM USE IN PEOPLE LIVING WITH HIV IN VILLAVICENCIO, COLOMBIA

Diego Alejandro Garcés-Rojas¹ y David Mauricio Rodríguez-Machado²

SUMARIO: 1. Introducción, 2. Bienestar sexual en personas que viven con VIH, 3. Actitudes hacia el uso del condón como componente de la salud sexual, 4. Método, 4.1. Instrumentos, 4.2. Procedimiento, 5. Resultados, 6. Discusiones, 7. Conclusiones, Fuentes de información

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la autoestima sexual y las actitudes hacia el uso del condón en personas que viven con VIH en Villavicencio, Colombia. Se realizó una investigación cuantitativa, no experimental, transversal y descriptiva, con una muestra de 150 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Sexualidad y la Escala Multidimensional de Actitudes hacia el Uso del Condón. Los resultados mostraron niveles relativamente bajos de autoestima sexual y puntajes elevados en depresión y preocupación sexual. En contraste, las actitudes hacia el uso del condón se ubicaron en niveles intermedios a favorables, aunque con variabilidad entre dimensiones,

ABSTRACT

The aim of this study was to describe sexual self-esteem and attitudes toward condom use among people living with HIV in Villavicencio, Colombia. A quantitative, non-experimental, cross-sectional, and descriptive design was used with a sample of 150 participants selected through non-probabilistic convenience sampling. A sociodemographic questionnaire, the Sexuality Scale, and the Multidimensional Condom Attitudes Scale were administered. Results showed relatively low levels of sexual self-esteem and high scores in sexual depression and sexual preoccupation. In contrast, attitudes toward condom use ranged from intermediate to favorable levels, although variability was observed across dimensions, particularly in negotiation. It is concluded

1 Doctor en psicología. Maestro en psicología clínica. Maestro en dirección y gestión de recursos humanos. Especialista en evaluación clínica y tratamiento de trastornos emocionales y afectivos. Licenciado en psicología. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, México.

2 Psicólogo, especialista en Estudios de Género de la Universidad de Medellín, Colombia, y magíster en Estudios Críticos de las Migraciones por la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia. Docente universitario e Investigador en derechos humanos, género y migraciones.

especialmente en negociación. Se concluye que la salud sexual en personas que viven con VIH debe abordarse de manera integral, incorporando componentes emocionales, relacionales y preventivos.

PALABRAS CLAVE: VIH, autoestima sexual, actitudes hacia el condón, salud sexual, estigma.

that sexual health in people living with HIV should be addressed from a comprehensive perspective that includes emotional, relational, and preventive components.

KEYWORDS: HIV, sexual self-esteem, condom attitudes, sexual health, stigma.

1. Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa representando un desafío relevante para la salud pública mundial, no sólo por sus implicaciones biomédicas, sino también por el impacto psicológico, social y sexual que conlleva para las personas que viven con este diagnóstico. Si bien los avances en el tratamiento antirretroviral (TAR) han permitido una mayor esperanza y calidad de vida, la vivencia de la sexualidad en personas que viven con VIH sigue estando atravesada por factores emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en su autoestima y en sus prácticas de cuidado sexual (United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2026).

La sexualidad constituye un componente central del bienestar humano y no puede reducirse únicamente a la ausencia de riesgo de transmisión. En personas que viven con VIH (PVV), variables como la autoestima sexual, la preocupación por el desempeño, el temor al rechazo y el malestar emocional asociado a la actividad sexual pueden afectar significativamente la

manera en que se experimenta la intimidad y el autocuidado (Snell, et al., 1993). Estudios recientes han encontrado que el diagnóstico de VIH y el estigma social asociado a esta condición están relacionados con una percepción negativa de sí mismo y con la calidad de vida, lo que puede repercutir en la satisfacción sexual y en la comunicación dentro de las relaciones íntimas de las personas que viven con VIH. Además, la falta de educación sobre sexualidad y los prejuicios culturales contribuyen a la persistencia del estigma, afectando aspectos psicológicos y conductuales vinculados con la autoestima sexual (Macías et al., 2025).

En Colombia, el VIH continúa siendo un problema relevante de salud pública, con una distribución heterogénea entre regiones y una concentración importante de casos en poblaciones urbanas y territorios con dinámicas sociales complejas. De acuerdo con reportes oficiales, Colombia ha experimentado un incremento sostenido en los diagnósticos de VIH en la última década, particularmente en adultos, lo que ha planteado retos no

solo en términos de atención médica, sino también de acompañamiento psicosocial y educación en salud sexual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Organización Panamericana de Salud, 2024). En regiones como el departamento del Meta y municipios como Villavicencio, donde convergen procesos de urbanización acelerada, movilidad poblacional y desigualdades en el acceso a servicios especializados, las personas que viven con VIH pueden enfrentar mayores barreras relacionadas con el estigma, la confidencialidad y el acceso a intervenciones integrales en salud sexual (Defensoría del Pueblo, 2021). Especialmente, según la Cuenta de Alto Costo (2025) la incidencia del VIH en el departamento del Meta durante el último año se distribuyó con un porcentaje de positividad 2,15% correspondiente a 305 casos. Particularmente, según el sexo la positividad se presentó mayormente en hombres con 239 casos correspondientes a una positividad del 2,06% en comparación del nivel nacional y en mujeres del 1,05% con 66 casos presentados.

Dentro de las poblaciones claves identificadas, mayoritariamente se identifican Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con un 52,66% de la incidencia a nivel nacional, seguido de las personas que “no pertenecen a alguna población clave” con 41,10%, las personas que se inyectan drogas (PID) con el 10,13% y por último, la población trans con el 1,37% de incidencia en el territorio colombiano.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud (2023) realizó en Colombia el informe de evento de VIH/SIDA y muerte por SIDA,

donde se encontró que en el municipio de Villavicencio la incidencia de VIH de 216 casos durante ese año, con una positividad del 1,12% en comparación con el nivel nacional. Por su parte, respecto a la focalización de la reactividad en el Instituto Nacional de Salud (2023) “Los hombres que tienen sexo con hombres tienen 25 veces mayor riesgo de contraer VIH que los hombres heterosexuales; asimismo, las mujeres transgénero tienen 34 veces más probabilidad de infectarse (sic) con VIH que otros adultos” (p. 15).

Estas condiciones hacen especialmente pertinente la realización de estudios que describan la autoestima sexual y las actitudes hacia el uso del condón en contextos locales, con el fin de generar evidencia situada que contribuya al diseño de estrategias de atención más sensibles a las realidades sociales y culturales de la población.

En este contexto, el bienestar sexual se concibe como un constructo multidimensional que integra componentes afectivos, cognitivos y conductuales, tales como la autoestima sexual, la ausencia de malestar emocional durante la actividad sexual y el nivel de preocupación o ansiedad asociada al encuentro íntimo (Snell et al., 1993). La evaluación de estos componentes resulta fundamental para comprender cómo las personas que viven con VIH enfrentan su vida sexual y qué necesidades psicosociales pueden estar presentes, más allá del control clínico del virus.

Por otra parte, las actitudes hacia el uso del condón representan un elemento clave en la salud sexual. Investigaciones recientes

han demostrado que el uso del condón no depende únicamente del conocimiento sobre el VIH o de la percepción de riesgo, sino también de actitudes subjetivas relacionadas con el placer sexual, el estigma y la vergüenza para negociar su uso y adquirirlos. Estudios contemporáneos en poblaciones universitarias muestran que estas actitudes se vinculan con el estigma y las dificultades para negociar el uso del condón con las parejas, así como con diferencias según género y orientación sexual. Además, investigaciones internacionales han identificado que la vergüenza asociada con comprar o negociar el uso de condones y las creencias sobre la pérdida de placer son barreras importantes para su adopción consistente y responsable, lo que sugiere que factores psicosociales y culturales siguen siendo determinantes centrales en las conductas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual (Helweg-Larsen & Collins, 1994; Brown, 1984; Cáceres-Ramírez et al., 2025; Girón et al., 2021; Macías et al., 2025).

En personas que viven con VIH, estas actitudes pueden verse intensificadas por experiencias previas de discriminación, miedo al rechazo de la pareja o creencias negativas sobre el impacto del condón en la intimidad (Golub & Gamarel, 2013). A pesar de la relevancia de estos factores, una parte importante de la investigación en VIH ha priorizado variables biomédicas o conductuales, dejando en segundo plano la descripción sistemática del bienestar sexual y de las actitudes hacia el condón desde una perspectiva psicológica. Contar con estudios que caractericen estos elementos permite generar un panorama más amplio de la experiencia sexual de las personas

que viven con VIH y sienta las bases para el diseño de intervenciones psicoeducativas y de acompañamiento en salud sexual (De Vincentis et al., 2021).

Por lo anterior, el presente estudio tiene como propósito describir la autoestima sexual y las actitudes hacia el uso del condón en personas que viven con VIH. Esta aproximación descriptiva busca aportar evidencia que facilite la comprensión integral de la sexualidad en esta población y contribuya a una atención en salud más humana, contextualizada y libre de estigmas.

2. Bienestar sexual en personas que viven con VIH

El bienestar sexual constituye un componente esencial de la salud integral y se reconoce actualmente como un derecho humano y un indicador de calidad de vida. En personas que viven con VIH, este bienestar puede verse afectado por múltiples factores psicológicos asociados al diagnóstico, tales como el miedo a la transmisión, la internalización del estigma, la ansiedad ante el rechazo y los cambios en la autoimagen corporal y sexual (De Vincentis et al., 2021). Estos elementos no solo influyen en la vivencia subjetiva de la sexualidad, sino también en la forma en que las personas se relacionan consigo mismas y con sus parejas.

Desde una perspectiva psicológica, el bienestar sexual incluye dimensiones como la autoestima sexual, entendida como la valoración positiva del propio rol y desempeño sexual; la depresión sexual, relacionada con sentimientos de

insatisfacción, culpa o tristeza asociados a la actividad sexual; y la preocupación sexual, que abarca pensamientos recurrentes de ansiedad o temor durante los encuentros íntimos (Snell et al., 1993). En personas con VIH, estas dimensiones pueden verse exacerbadas por experiencias previas de discriminación o por la constante necesidad de gestionar información sensible en el ámbito sexual.

Diversos estudios recientes han documentado que un menor bienestar sexual en personas que viven con VIH se asocia significativamente con la evitación de la intimidad, dificultades en la comunicación sexual y menor satisfacción en las relaciones de pareja. Por ejemplo, investigaciones contemporáneas han mostrado que quienes evitan la actividad sexual por su estatus serológico reportan niveles más altos de insatisfacción sexual, y que las preocupaciones relacionadas con el VIH y el estigma continúan afectando negativamente la experiencia sexual de estas personas a pesar de los avances biomédicos en prevención y tratamiento (Norman et al., 2024). Además, se ha señalado que el diagnóstico de VIH puede influir en las dinámicas de pareja, incluyendo la toma de decisiones sobre intimidad y las percepciones sobre el riesgo sexual, lo cual repercute en la calidad de las relaciones íntimas (Ruíz-Ramírez et al., 2025; Ortega-Tomicic, 2025). Por ello, describir estos componentes permite visibilizar necesidades psicosociales que frecuentemente no son abordadas en la atención clínica tradicional, centrada prioritariamente en indicadores biomédicos.

3. Actitudes hacia el uso del condón como componente de la salud sexual

El uso del condón ha sido históricamente una de las principales estrategias de prevención del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. No obstante, la evidencia acumulada muestra que su utilización no depende únicamente del conocimiento sobre riesgos, sino de un conjunto de actitudes, creencias y emociones asociadas a su uso, como la percepción de eficacia, el impacto en el placer sexual, el estigma social y la vergüenza para negociar o adquirir condones (Helweg-Larsen & Collins, 1994; UNAIDS, 2023; World Health Organization [WHO], 2022). Estudios recientes confirman que estas variables actitudinales continúan siendo determinantes clave del uso consistente del condón, incluso en contextos con amplia disponibilidad de información y acceso a métodos de prevención.

En personas que viven con VIH, dichas actitudes adquieren una complejidad adicional. La negociación del uso del condón puede implicar la revelación del diagnóstico, el temor al rechazo o la reactivación de experiencias previas de discriminación, lo que incrementa la carga emocional asociada a esta práctica (Earnshaw et al., 2013; Golub & Gamarel, 2013; Gruszczyńska & Rzeszutek, 2023). Asimismo, el estigma relacionado con el VIH continúa influyendo negativamente en la vivencia de la sexualidad y en la adopción de conductas preventivas, particularmente en contextos socioculturales conservadores o altamente moralizantes (Cáceres-Ramírez et al., 2025; Turan et al., 2017).

Investigaciones más recientes han señalado que las actitudes negativas hacia el condón, especialmente aquellas vinculadas con la disminución del placer sexual, la incomodidad para negociar su uso o la vergüenza asociada a su adquisición, persisten incluso en personas con alto nivel de conocimiento sobre VIH (Brown, 1984; Deuba et al., 2018; Higgins et al., 2008). Por ello, describir estas actitudes en personas que viven con el virus resulta fundamental para comprender las barreras psicológicas y sociales que continúan limitando la adopción de prácticas sexuales protegidas, más allá de los avances biomédicos en el tratamiento y la prevención del VIH.

4. Método

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal y descriptivo, en una muestra de 150 personas adultas que viven con VIH, residentes en Villavicencio, Colombia. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron tener 18 años o más, contar con diagnóstico confirmado de VIH, haber tenido actividad sexual en los últimos tres meses y aceptar participar mediante consentimiento informado. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico; la escala de sexualidad y la escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón.

4.1. Instrumentos

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico que incluyó variables como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, tiempo desde el diagnóstico de VIH y situación de pareja.

Se utilizó la versión abreviada de la Sexuality Scale (SS), propuesta originalmente por Snell et al. (1993), y validada para población colombiana por Soler et al. (2016). La escala está integrada por 15 ítems, distribuidos en tres subescalas de cinco reactivos cada una: autoestima sexual, depresión sexual y preocupación sexual. Los ítems se responden en un formato tipo Likert de cinco categorías, con opciones que van de 1 (en total desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas en autoestima sexual indican una valoración más positiva de sí mismo en el plano sexual, mientras que puntuaciones más altas en depresión sexual y preocupación sexual reflejan mayor malestar y mayor preocupación asociada a la sexualidad.

En el estudio de validación se confirmó la estructura tridimensional del instrumento y se obtuvieron evidencias adecuadas de consistencia interna para la versión colombiana, con coeficientes alfa de Cronbach de .83 para autoestima sexual, .87 para depresión sexual y .84 para preocupación sexual.

Se empleó la versión en español de la Multidimensional Condom Attitudes Scale (MCAS), originalmente desarrollada por Helweg-Larsen y Collins (1994) y adaptada y validada para población colombiana por Plaza-Vidal et al. (2021). La escala evalúa las actitudes hacia el uso del condón a partir de 25 ítems, distribuidos homogéneamente en cinco subescalas de cinco reactivos cada una: confiabilidad o eficacia del condón, placer sexual asociado a su uso, estigma asociado a las personas que usan condón, vergüenza asociada a la negociación del uso del condón y vergüenza asociada a

la compra de condones. Los reactivos se responden mediante un formato tipo Likert de siete categorías, que van de 1 = totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo. Una vez recodificados los ítems invertidos, puntuaciones más altas indican actitudes más favorables hacia el uso del condón en cada una de las dimensiones evaluadas.

En la versión adaptada para Colombia se confirmó, mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, una estructura de cinco factores relacionados, con adecuados índices de ajuste. Asimismo, se reportaron evidencias satisfactorias de consistencia interna mediante alfa de Cronbach para las distintas subescalas: vergüenza ($\alpha = .86$), placer ($\alpha = .81$), confiabilidad ($\alpha = .76$), negociación ($\alpha = .74$) y estigma ($\alpha = .65$).

4.2. Procedimiento

La recolección de datos se realizó de manera completamente virtual, utilizando un formulario en línea (Google Forms) con acceso restringido, con el fin de facilitar la participación y garantizar la confidencialidad de la información.

La invitación a participar se difundió a través de instituciones de salud y contactos directos, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las personas interesadas accedieron al enlace del estudio de manera voluntaria. Antes de responder los instrumentos, se les presentó una página inicial con la explicación del objetivo del estudio, los criterios de inclusión, el carácter voluntario de la participación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y las garantías de

anonimato y confidencialidad de acuerdo con las recomendaciones éticas vigentes para la investigación en salud sexual y VIH (UNAIDS, 2026).

Quienes aceptaron participar otorgaron su consentimiento informado electrónico antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, mediante una casilla de aceptación obligatoria que permitió continuar con el cuestionario únicamente tras confirmar la comprensión de la información proporcionada.

Posteriormente, las personas participantes completaron un cuestionario sociodemográfico, seguido de la escala de sexualidad y la escala multidimensional de actitudes hacia el condón. El tiempo estimado para responder el conjunto de instrumentos fue de aproximadamente 20 a 25 minutos. Durante todo el proceso se cuidó el uso de lenguaje claro, inclusivo y no estigmatizante, así como el diseño de la plataforma para favorecer la privacidad, evitando la recopilación de datos identificables y asegurando el resguardo de la información conforme a principios éticos de investigación con poblaciones vulnerables. El estudio se ejecutó con base a los principios éticos aplicables a la investigación con seres humanos, de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 en Colombia.

La base de datos fue depurada para identificar registros incompletos, respuestas duplicadas o casos que no cumplieran los criterios de inclusión. Se conservaron para el análisis únicamente los cuestionarios completos y válidos. Posteriormente, se realizó

un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas mediante frecuencias y porcentajes. Para la edad y los puntajes obtenidos en las escalas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

Adicionalmente, se examinó la distribución de los puntajes mediante la prueba de Shapiro-Wilk, con el fin de orientar la selección de las medidas descriptivas más adecuadas. Dado que las distribuciones no mostraron ajuste a la normalidad, se priorizó la presentación de la mediana y el rango intercuartílico, acompañados de la media y la desviación estándar como medidas descriptivas complementarias. El procesamiento y análisis de la información se realizó en IBM SPSS Statistics, versión 25.

5. Resultados

Se realizó un análisis descriptivo con una muestra de 150 personas que viven con VIH, residentes en Villavicencio, Colombia. La edad presentó una mediana de 27 años, con un rango intercuartílico de 6 y un rango entre 18 y 35 años; la media fue de 27.15 años ($DE = 3.81$).

En cuanto a las características sociodemográficas (Tabla 1), el 76.0% de los participantes correspondió al sexo asignado al nacer hombre y el 24.0% al sexo asignado al nacer mujer. Respecto a la identidad de género, predominó la categoría hombre cisgénero (68.0%), seguida de mujer cisgénero (20.7%), no binario (5.3%), mujer transgénero (3.3%) y hombre transgénero (2.7%). En orientación sexual, el 40.0% se identificó como homosexual, el 31.3% como bisexual y el 28.7% como heterosexual.

En relación con el estado civil o situación de pareja actual, el 36.7% se encontraba soltero/a, el 23.3% en una relación, el 18.0% casado/a, el 13.3% en unión libre y el 8.7% separado/a. En el nivel educativo predominó la formación técnica o tecnológica (30.7%), seguida de secundaria (25.3%), pregrado (24.0%), posgrado (11.3%) y primaria (8.7%). En cuanto a la situación laboral, el 40.7% reportó empleo formal, el 22.0% empleo informal, el 16.7% trabajo independiente, el 15.3% desempleo y el 5.3% ser estudiante.

La mayoría de los participantes residía en zona urbana (90.7%). Respecto al tiempo desde el diagnóstico de VIH, el 32.0% reportó entre 1 y 3 años, el 23.3% menos de 1 año, el 18.7% entre 4 y 6 años, el 15.3% entre 7 y 10 años y el 10.7% más de 10 años. El 87.3% indicó encontrarse en tratamiento antirretroviral. Asimismo, el 82.0% reportó haber tenido parejas sexuales en el último año; el tipo de pareja más frecuente fue pareja estable (46.7%), seguida de parejas ocasionales (26.7%), no aplica (18.0%) y ambas modalidades (8.7%).

En cuanto a la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales, el 39.3% señaló haberlo revelado a todas, el 23.3% a algunas, el 19.3% a ninguna y el 18.0% indicó que no aplicaba. Finalmente, el 55.3% se encontraba afiliado al régimen contributivo de salud, el 40.7% al subsidiado y el 4.0% contaba con afiliación particular; adicionalmente, el 78.0% reportó haber recibido orientación o consejería en salud sexual después del diagnóstico.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	n	%
Sexo asignado al nacer	Hombre	114	76.0
	Mujer	36	24.0
Identidad de género	Hombre cisgénero	102	68.0
	Mujer cisgénero	31	20.7
	No binario	8	5.3
	Mujer transgénero	5	3.3
	Hombre transgénero	4	2.7
Orientación sexual	Homosexual	60	40.0
	Bisexual	47	31.3
	Heterosexual	43	28.7
Estado civil o situación de pareja actual	Soltero/a	55	36.7
	En una relación	35	23.3
	Casado/a	27	18.0
	Unión libre	20	13.3
	Separado/a	13	8.7
Nivel educativo	Técnico/tecnológico	46	30.7
	Secundaria	38	25.3
	Pregrado	36	24.0
	Posgrado	17	11.3
	Primaria	13	8.7
Situación laboral	Empleo formal	61	40.7
	Empleo informal	33	22.0
	Trabajo independiente	25	16.7
	Desempleado/a	23	15.3
	Estudiante	8	5.3
Zona de residencia	Urbana	136	90.7
	Rural	14	9.3
Tiempo desde el diagnóstico de VIH	Entre 1 y 3 años	48	32.0
	Menos de 1 año	35	23.3
	Entre 4 y 6 años	28	18.7
	Entre 7 y 10 años	23	15.3
	Más de 10 años	16	10.7
Tratamiento antirretroviral actual	Sí	131	87.3
	No	19	12.7
Ha tenido pareja(s) sexual(es) en el último año	Sí	123	82.0
	No	27	18.0
Tipo de pareja sexual más frecuente	Pareja estable	70	46.7
	Parejas ocasionales	40	26.7
	No aplica	27	18.0
	Ambas	13	8.7
Revelación del diagnóstico a la(s) pareja(s) sexual(es)	A todas	59	39.3
	A algunas	35	23.3
	A ninguna	29	19.3
	No aplica	27	18.0
Régimen de afiliación en salud	Contributivo	83	55.3
	Subsidiado	61	40.7
	Particular	6	4.0
Ha recibido orientación o consejería en salud sexual después del diagnóstico	Sí	117	78.0
	No	33	22.0

Nota. N = 150

En la Escala de Sexualidad (tabla 2), las distribuciones de las subescalas no cumplieron el supuesto de normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk, por lo que se priorizó la mediana como medida descriptiva principal. La subescala de autoestima sexual presentó una mediana de 16 puntos, con un rango intercuartílico de 7, valores entre 8 y 23, y una media de 15.77 (DE = 3.97). La subescala de depresión sexual mostró una mediana de 14 puntos, con un rango intercuartílico de 4, valores entre 9 y 21, y una media de 14.75 (DE = 2.24). Por su parte, la subescala de preocupación sexual presentó una mediana de 15.50 puntos, con un rango intercuartílico de 7, valores entre 5 y 25, y una media de 15.35 (DE = 5.32). En términos descriptivos, estos resultados muestran puntajes centrales semejantes entre las tres dimensiones, aunque con mayor dispersión en preocupación sexual y autoestima sexual.

un rango intercuartílico de 11, valores entre 6 y 35 y una media de 24.25 (DE = 7.27). La dimensión de estigma presentó una mediana de 25 puntos, con un rango intercuartílico de 12, valores entre 5 y 35 y una media de 23.98 (DE = 7.37). La dimensión de negociación registró una mediana de 23 puntos, con un rango intercuartílico de 8, valores entre 10 y 31 y una media de 22.45 (DE = 5.03). Finalmente, la dimensión de vergüenza mostró una mediana de 25 puntos, con un rango intercuartílico de 11, valores entre 5 y 35 y una media de 23.93 (DE = 7.75).

El puntaje total de actitudes hacia el uso del condón presentó una mediana de 125.50 puntos, con un rango intercuartílico de 47, valores entre 34 y 169 y una media de 118.70 (DE = 32.34). En términos descriptivos, la dimensión de negociación mostró el puntaje central más bajo en

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la Escala de Sexualidad

Dimensión	n	M	DE	Md	RIQ	Mín.	Máx.	Shapiro-Wilk (p)
Autoestima sexual	150	15.77	3.97	16.00	7.00	8	23	< .001
Depresión sexual	150	14.75	2.24	14.00	4.00	9	21	< .001
Preocupación sexual	150	15.35	5.32	15.50	7.00	5	25	< .001

Nota. M = media; DE = desviación estándar; Md = mediana; RIQ = rango intercuartílico; Mín. = mínimo; Máx. = máximo.

En la Escala Multidimensional de Actitudes hacia el Uso del Condón (tabla 3), tampoco se observó ajuste a la normalidad en las subescalas evaluadas, por lo que se priorizó la presentación de la mediana y el rango intercuartílico. La dimensión de confiabilidad presentó una mediana de 26 puntos, con un rango intercuartílico de 12, valores entre 5 y 35 y una media de 24.09 (DE = 7.59). La dimensión de placer mostró una mediana de 25 puntos, con

comparación con las demás dimensiones de la escala.

Para facilitar la interpretación descriptiva de los resultados, los puntajes de cada subescala se organizaron en categorías ordinales. En la Escala de Sexualidad se definieron tres niveles de clasificación: bajo, medio y alto (tabla 4); en la Escala Multidimensional de Actitudes hacia el Uso del Condón se establecieron las categorías

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la Escala Multidimensional de Actitudes hacia el Uso del Condón

Dimensión	n	M	DE	Md	RIQ	Mín.	Máx.	Shapiro-Wilk (p)
Confiabilidad	150	24.09	7.59	26.00	12.00	5	35	< .001
Placer	150	24.25	7.27	25.00	11.00	6	35	< .001
Estigma	150	23.98	7.37	25.00	12.00	5	35	< .001
Negociación	150	22.45	5.03	23.00	8.00	10	31	< .001
Vergüenza	150	23.93	7.75	25.00	11.00	5	35	< .001
Puntaje total de actitudes hacia el uso del condón	150	118.70	32.34	125.50	47.00	34	169	< .001

Nota. M = media; DE = desviación estándar; Md = mediana; RIQ = rango intercuartílico; Mín. = mínimo; Máx. = máximo.

desfavorable, intermedia y favorable (tabla 5). La construcción de estas categorías respondió a un criterio descriptivo basado en la distribución de los puntajes en la muestra y tuvo como propósito resumir de manera más clara las tendencias observadas en cada dimensión. En consecuencia, estas categorías se emplearon únicamente para la presentación de resultados y no corresponden a criterios clínicos, diagnósticos ni normativos.

Tabla 4. Clasificación descriptiva de la Escala de Sexualidad

Dimensión	Categoría	n	%
Autoestima sexual	Baja	103	68.7
	Media	46	30.7
	Alta	1	0.7
Depresión sexual	Alta	148	98.7
	Media	2	1.3
Preocupación sexual	Alta	94	62.7
	Media	40	26.7
	Baja	16	10.7

Nota. Las categorías se construyeron a partir de terciles de la distribución de puntajes de cada subescala en la muestra.

Tabla 5. Clasificación descriptiva de la Escala Multidimensional de Actitudes hacia el Uso del Condón

Dimensión	Categoría	n	%
Confiabilidad	Favorable	85	56.7
	Intermedia	47	31.3
	Desfavorable	18	12.0
Placer	Favorable	77	51.3
	Intermedia	55	36.7
	Desfavorable	18	12.0
Estigma	Favorable	77	51.3
	Intermedia	51	34.0
	Desfavorable	22	14.7
Negociación	Intermedia	78	52.0
	Favorable	59	39.3
	Desfavorable	13	8.7
Vergüenza	Favorable	78	52.0
	Intermedia	50	33.3
	Desfavorable	22	14.7

Nota. Las categorías se construyeron a partir de terciles de la distribución de puntajes de cada subescala en la muestra.

6. Discusión

Los hallazgos del presente estudio sugieren que la sexualidad de las personas que viven con VIH no puede comprenderse únicamente desde indicadores biomédicos o desde la lógica de prevención del riesgo, sino que requiere incorporar dimensiones subjetivas vinculadas al bienestar, la

autoimagen y el estigma. En la muestra analizada se observaron puntajes relativamente bajos en autoestima sexual y puntajes más elevados en depresión y preocupación sexual, lo que permite describir una vivencia de la sexualidad atravesada por malestar emocional. Esta lectura resulta coherente con estudios previos que han mostrado que, aun en contextos de tratamiento eficaz, el diagnóstico de VIH puede seguir teniendo un impacto negativo en la satisfacción sexual, la percepción de sí mismo y la vivencia íntima de la sexualidad (Rohleder, 2017; Schönnesson et al., 2018).

Por otra parte, las actitudes hacia el uso del condón mostraron puntajes de nivel intermedio a favorable en términos generales, lo cual resulta consistente en hallazgos encontrados en investigaciones locales, donde se evidenció que sólo el 7% de los adultos encuestados, especialmente hombres rechazan el uso de este método de barrera (Diez & Riaño, 2017). De manera descriptiva, en la muestra se observaron simultáneamente puntajes de malestar sexual y actitudes relativamente favorables hacia el uso del condón. Sin embargo, dado que el estudio se basó en análisis descriptivos, estos hallazgos no permiten establecer relaciones estadísticas entre ambos conjuntos de variables, sino únicamente señalar que corresponden a dimensiones distintas de la salud sexual que conviene considerar de manera conjunta.

Desde esta perspectiva, los resultados permiten sostener, en un plano conceptual, la utilidad de diferenciar entre bienestar sexual subjetivo y actitudes preventivas. Mientras estas

últimas remiten a disposiciones cognitivas y valorativas hacia el uso del condón, el bienestar sexual involucra componentes emocionales, identitarios y relacionales más amplios. Estudios previos han señalado que las personas que viven con VIH pueden mantener prácticas de autocuidado relativamente adecuadas y, al mismo tiempo, experimentar sexualidad insatisfactoria, miedo a la intimidad o dificultades para reconstruir una autoimagen sexual positiva después del diagnóstico (Rohleder, 2017; Schönnesson et al., 2018). En este sentido, los hallazgos descriptivos del presente estudio son compatibles con esa literatura, aunque no permiten probar empíricamente la relación entre ambas esferas.

Los hallazgos también pueden interpretarse a la luz de la literatura sobre el estigma relacionado con el VIH. La evidencia ha mostrado que el estigma percibido, anticipado e internalizado se asocia con peores indicadores de salud mental, menor autoestima y menor calidad de vida en personas que viven con VIH (Turan et al., 2017; Van der Kooij et al., 2021). En este sentido, los puntajes observados en autoestima sexual, depresión sexual y preocupación sexual podrían ser consistentes con procesos de autoimagen deteriorada y temor al juicio o al rechazo interpersonal descritos en investigaciones previas. No obstante, esta interpretación debe asumirse con cautela, dado que en el presente estudio no se evaluó directamente el estigma como variable explicativa.

Dentro de las actitudes hacia el uso del condón, la dimensión de negociación merece una atención especial. Aunque la

actitud general hacia el uso del condón fue relativamente favorable, la negociación presentó la media comparativamente más baja entre las dimensiones evaluadas. Este resultado coincide con estudios que muestran que la negociación del condón depende no solo del conocimiento de su utilidad, sino también de variables relacionales como la comunicación con la pareja, el temor al conflicto, la revelación del estado serológico y el manejo del estigma (Conserve et al., 2016). Por ello, una valoración positiva del condón no necesariamente se traduce de forma automática en facilidad para negociar su uso en situaciones concretas.

En términos aplicados, los resultados sugieren que las intervenciones dirigidas a personas que viven con VIH no deberían limitarse a la transmisión de información preventiva. Más bien, conviene promover abordajes integrales que incorporen componentes emocionales, relacionales y contextuales, incluyendo el fortalecimiento de la autoestima sexual, la reducción del estigma y el entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación sexual. Esta propuesta resulta congruente con la literatura que recomienda una atención integral de la salud sexual en personas que viven con VIH (Kennedy et al., 2010).

A nivel contextual, este trabajo aporta evidencia localizada sobre personas que viven con VIH en Villavicencio, Colombia, un escenario poco representado en la literatura psicológica regional. Su principal aporte consiste en mostrar que el análisis de la sexualidad en esta población no debe reducirse a indicadores de riesgo, sino incluir variables de bienestar subjetivo y

experiencia relacional. No obstante, los hallazgos deben interpretarse con cautela. El diseño transversal y descriptivo impide establecer relaciones causales o asociativas entre las variables estudiadas, y el uso de muestreo no probabilístico limita la generalización de los resultados. Además, al tratarse de medidas de autoinforme, no puede descartarse la influencia de sesgos de deseabilidad social, especialmente en temas sensibles como sexualidad, uso del condón y revelación del diagnóstico. Futuras investigaciones podrían incorporar análisis correlacionales o modelos explicativos que integren estigma, apoyo social, adherencia al tratamiento y calidad de vida sexual, así como recurrir a diseños longitudinales y metodologías mixtas que permitan comprender con mayor profundidad los procesos subjetivos involucrados.

7. Conclusiones

En esta muestra de personas que viven con VIH se observaron puntajes relativamente menores en autoestima sexual y puntajes más altos en depresión y preocupación sexual, junto con actitudes descriptivamente favorables hacia el uso del condón. Estos hallazgos permiten destacar la importancia de considerar, de manera conjunta, componentes subjetivos del bienestar sexual y actitudes preventivas en la atención integral de las personas que viven con VIH (WHO, 2017).

En términos clínicos y de salud pública, los hallazgos sugieren que los programas dirigidos a personas que viven con VIH deberían articular la prevención biomédica con estrategias psicológicas orientadas a reducir el estigma, fortalecer la autoestima,

mejorar la comunicación sexual y facilitar la negociación del uso del condón. Un abordaje integral de esta naturaleza resulta más coherente con la evidencia actual y con los enfoques basados en derechos sexuales y reproductivos (Kennedy et al., 2010; WHO, 2017).

Debido al carácter descriptivo del estudio, los resultados no permiten establecer relaciones causales o asociativas entre las variables evaluadas; sin embargo, sí ofrecen evidencia localizada útil para orientar futuras investigaciones e intervenciones en salud sexual en esta población.

Finalmente, este estudio contribuye a la literatura al visibilizar la importancia de evaluar conjuntamente el bienestar sexual y las actitudes preventivas en personas que viven con VIH. Su principal valor radica en apoyar una comprensión más amplia, no estigmatizante y clínicamente útil de la sexualidad en esta población, lo que puede orientar futuras investigaciones e intervenciones más sensibles a la experiencia subjetiva de quienes viven con el diagnóstico.

Fuentes de información

- Brown, I. S. (1984). Development of a scale to measure attitudes toward the condom as a method of birth control. *Journal of Sex Research*, 20(3), 255–263. <https://doi.org/10.1080/00224498409551224>
- Cáceres-Ramírez, C., Lora-Mantilla, A. J., Riaño-Duarte, A. K., Cala-Durán, J. C., Vargas-Calderón, M. C., Villabona-Flórez, S. J., & Camacho-López, P. A. (2025). Actitudes hacia el uso del condón en estudiantes universitarios: una perspectiva de género y diversidad sexual. *MedUNAB*, 27(3), 327–342. <https://doi.org/10.29375/01237047.4775>
- Conserve, D. F., Middelkoop, K., King, G., & Bekker, L. G. (2016). Factors Associated with HIV Discussion and Condom Use with Sexual Partners in an Underserved Community in South Africa. *Journal of health care for the poor and underserved*, 27(1), 131–144. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0015>
- Cuenta de Alto Costo (CAC). (2026). Situación del VIH en Colombia 2025. https://cuentadealtocosto.org/sdm_downloads/situacion-del-vih-en-colombia-2025/
- De Vincentis, S., Tartaro, G., Rochira, V., & Santi, D. (2021). HIV and Sexual Dysfunction in Men. *Journal of Clinical Medicine*, 10(5), 1088. <https://doi.org/10.3390/jcm10051088>
- Defensoría del Pueblo. (2021). Situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH en Colombia. <https://www.defensoria.gov.co>
- Deuba, K., Kohlbrenner, V., Koirala, S., Ekström, A. M., & CAT-S group (2018). Condom use behaviour among people living with HIV: a seven-country community-based participatory research in the Asia-Pacific region. *Sexually transmitted infections*, 94(3), 200–205. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053263>
- Diez, D., Riaño, A. (2017). Prácticas en el uso de métodos anticonceptivos en jóvenes escolarizados de educación secundaria, en colegios oficiales ubicados en la comuna siete del municipio de Villavicencio (Trabajo de grado). Universidad de los Llanos. <https://repositorio.unillanos.edu.co/server/api/core/bitstreams/dccc0e54-93c8-45d9-9cbb-21692dcaa29e/content>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and behavior*, 17(5), 1785–1795. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>
- Girón, A., Valencia, N., Ruíz, W., Meza, J. & Afanador, M. (2021) Actitud hacia el Uso del Preservativo en Prácticas Sexuales de Estudiantes Universitarios. *Comunidad y Salud*, 19, 50-60. <https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv19n2/art06.pdf>
- Golub, S. A., & Gamarel, K. E. (2013). The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: Findings from a community-based

- sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(11), 621–627. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0245>
- Gruszczńska, E., & Rzesutek, M. (2023). HIV/AIDS stigma accumulation among people living with HIV: a role of general and relative minority status. *Scientific reports*, 13(1), 10709. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37948-7>
- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13(3), 224–237. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.3.224>
- Higgins, J. A., & Hirsch, J. S. (2008). Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American journal of public health*, 98(10), 1803–1813. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115790>
- Instituto Nacional de Salud. (2023). Informe de evento 2023: VIH, SIDA y muerte por SIDA. <https://doi.org/10.33610/VIH0850>
- Kennedy, C. E., Medley, A. M., Sweat, M. D., & O'Reilly, K. R. (2010). Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(8), 615–623. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.068213>
- Macías, J. V., Andrade, N. J., Saltos, G. N., Vélez, M. J., Soledispa, D. S., Párraga, M. T., & Galarza, J. (2025). Estigma asociado a personas con VIH en Latinoamérica: una revisión sistemática. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 150–161. <https://doi.org/10.36097/rgcs.v2i1.3119>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Boletín epidemiológico VIH/SIDA en Colombia. Gobierno de Colombia.
- Norman, T., Bourne, A., Thepsourinthone, J., Murphy, D., Rule, J., Melendez-Torres, G. J., & Power, J. (2024). Sexual satisfaction among people living with HIV in the era of biomedical prevention: enduring impacts of HIV-related stigma?. *Sexual health*, 21, SH24103. <https://doi.org/10.1071/SH24103>
- Organización Panamericana de Salud. (07 de septiembre de 2024). Colombia: Perfil de país VIH y SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/colombia>
- Ortega-Tomicic, C. (2025). Estudio cualitativo del diagnóstico reciente de VIH: adaptaciones psicosociales y relaciones íntimas. *Athenea Digital*.
- Plaza-Vidal, R., Ibagón-Parra, M. & Vallejo-Medina, P. (2021). Spanish Translation, Adaptation, and Validation of the Multidimensional Condom Attitudes Scale with Young Colombian Men and Women. *Arch Sex Behav* 50, 2729–2740. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01759-y>
- Rohleder, P., McDermott, D. T., & Cook, R. (2017). Experience of sexual self-esteem among men living with

- HIV. *Journal of health psychology*, 22(2), 176–185. <https://doi.org/10.1177/1359105315597053>
- Ruíz-Ramírez, M. D., Ruíz-Fernández, M. D., Ayala-Maqueda, M. D. R., Camacho-Ávila, M., Fernández-Medina, I. M., & Ventura-Miranda, M. I. (2025). Experiences of Sexuality in HIV Serodiscordant Gay Couples. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(15), 1788. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151788>
- Schönnesson, L. N., Zeluf, G., Garcia-Huidobro, D., Ross, M. W., Eriksson, L. E., & Ekström, A. M. (2018). Sexual (Dis)satisfaction and Its Contributors Among People Living with HIV Infection in Sweden. *Archives of sexual behavior*, 47(7), 2007–2026. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1106-2>
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27–55. <https://doi.org/10.1007/BF00849744>
- Soler, F., Gómez Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Sierra, J. C., Marchal Bertrand, L., & Vallejo Medina, P. (2016). Adaptation and validation of the brief sexuality scale in Colombian and Spanish populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16 (3), 343–356. <https://www.redalyc.org/pdf/560/560490490009.pdf>
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (21 de Enero de 2026). Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Van der Kooij, Y. L., Kupková, A., den Daas, C., van den Berk, G. E. L., Kleene, M. J. T., Jansen, H. S. E., Elsenburg, L. J. M., Schenk, L. G., Verboon, P., Brinkman, K., Bos, A. E. R., & Stutterheim, S. E. (2021). Role of Self-Stigma in Pathways from HIV-Related Stigma to Quality of Life Among People Living with HIV. *AIDS patient care and STDs*, 35(6), 231–238. <https://doi.org/10.1089/apc.2020.0236>
- World Health Organization [WHO]. (2017). Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention. World Health Organization.