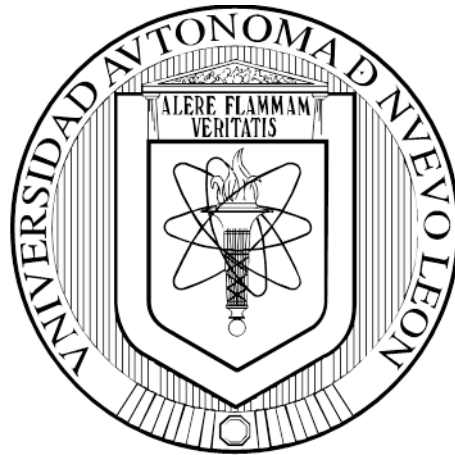


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA  
DE VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

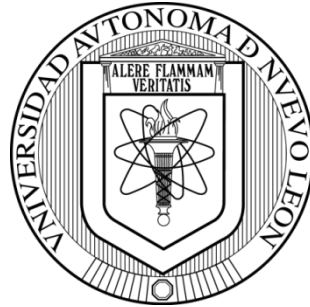
POR

REYNA TORRES OBREGÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH  
EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por

LIC. REYNA TORRES OBREGÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH  
EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por

LIC. REYNA TORRES OBREGÓN

Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH  
EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por

LIC. REYNA TORRES OBREGÓN

Co - Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH  
EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por

LIC. REYNA TORRES OBREGÓN

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH  
EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Aprobación de Tesis

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

---

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Secretario

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, a la Subdirectora de Posgrado e Investigación la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por el apoyo brindado durante mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Al Dr. Carlos E. Medina De la Garza, director del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS).

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por darme la oportunidad de seguir superándome académicamente a través del apoyo económico durante los dos años de estudio.

A mi directora de tesis la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez por su valioso tiempo, dedicación y por ser una guía para mí durante este crecimiento académico que dio por resultado el presente estudio, además de compartirme sus conocimientos y experiencias, por motivarme, por su paciencia y sobre todo por confiar en mí.

A los docentes del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL, por su atención, apoyo recibido, y sobre todo por guiarme en mi formación, un reconocimiento y agradecimiento a cada uno de ellos.

A cada uno de los miembros del Comité de Tesis, Raquel Alicia Benavides Torres, PhD y a la Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde, ya que sus observaciones y sugerencias enriquecieron grandemente este trabajo.

Así mismo, a maestros que fueron personas claves a lo largo de mi carrera, de los que recibí siempre apoyo incondicional, principalmente a la ME. Nora Hernández, gracias por siempre motivarme a ser mejor persona y mejor profesional de enfermería.

A cada uno de los participantes del estudio y al representante de la Organización de la Sociedad Civil (OSC) por abrirme las puertas de su organización y contribuir grandemente en la realización de este estudio.

## **Dedicatoria**

A Dios por darme la oportunidad de poder terminar esta meta, principalmente con salud y sobre todo en compañía de mi familia.

A la mujer que más amo en la vida, mi madre Ma. Aurora Obregón Chávez, gracias por siempre estar a mi lado sin dudar, por enseñarme a luchar por lo que se quiere y estar siempre pendiente de mí y de mi bienestar, por demostrarme siempre tu amor. Siempre serás mi gran ejemplo a seguir.

A mi padre que nunca ha dejado de luchar para lograr sacarnos adelante a mi madre, mis hermanos y a mí, a lo largo de todos estos años, porque con todo su sacrificio y mucho trabajo nos ha demostrado que a base de esfuerzo, lucha y sobre todo responsabilidad, todo se puede.

A mis hermanos que amo con todo mi corazón: Priscila Torres y Misael Torres, por darme apoyo y cariño, a ustedes porque sé que siempre estarán conmigo en las buenas y en las malas.

A mis amigas y Ingrid Pulido, Dulce Buenrostro, Magda Beltrán, Joana Oliva y Sandra Paloma Esparza, que siempre estuvieron apoyándome, y sobre todo por comprendernos mutuamente en los momentos de estrés que pasamos juntas, pero sobre todo por seguir unidas y apoyándonos hasta el final, las quiero mucho.

A mis amigas y compañeras Alicia Gutiérrez, Raquel Almaguer y Nancy Álvarez por siempre tener palabras de apoyo hacia mí, por motivarme y siempre tener una palabra de ánimo y aliento para seguir adelante cuando todo parecía no estar tan bien, pero sobre todo por confiar siempre en mí.



A mis amigos incondicionales Yessenia Aguilar y José Juan Guel, por su gran amistad, por estar al pendiente de mí y sobre todo por su apoyo durante mis estudios de posgrado. A Alejandra Rojas, Diana Vázquez y a mi ahijadita Sarahi Vázquez por su amistad y comprensión en mis momentos de ausencia al no poder verlas y sobre todo por seguir tan unidas a pesar del tiempo, los quiero mucho.

A mi gran amiga Claribel Arredondo, ya que a pesar de la distancia siempre estuviste al pendiente de mí y de mi avance en mis estudios de Maestría, te quiero amiga y gracias por tu linda y sincera amistad.

A todos y cada uno de mis compañeros de generación por compartir conocimientos y experiencias en cada una de las clases que tuvimos juntos a lo largo de estos dos años.

Por último a Jenny y Ana Cristina, por siempre apoyarme cuando lo necesité, por darme palabras de aliento y de apoyo y sobre todo su amistad a lo largo de esos años.

Gracias a cada una de las personas que formaron parte de este sueño, que hoy culmina haciéndose realidad.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	4
Estudios relacionados	8
Definición de términos	12
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Capítulo II	
Metodología	13
Diseño del estudio	13
Población, muestra y muestreo	13
Criterios de inclusión	14
Criterios de exclusión	14
Instrumentos de medición	14
Procedimiento de recolección de datos	16
Consideraciones éticas	17
Estrategia análisis de datos	18
Capítulo III	
Resultados	20
Características de los participantes	20
Consistencia interna y validez de los instrumentos	20
Prueba de normalidad	22
Estadística descriptiva	22
Estadística inferencial	28

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	33
Limitaciones	36
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias	39
Apéndices	
A. Cédula de datos personales	45
B. Escala de percepción del riesgo del VIH	46
C. Escala de medición de pros y contras hacia la prueba del VIH	47
D. Consentimiento informado	50

## Tabla de Figuras

Figuras	Página
1. Estructura conceptual teórica - empírica	7
2. Sistema de aproximación tipo cadena	14

## Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	20
2. Análisis factorial de la escala Medición de pros y contras hacia la prueba de VIH	21
3. Estadística descriptiva respecto a la realización de la prueba de VIH	23
4. Estadística descriptiva de las variables	23
5. Estadística descriptiva del riesgo percibido hacia el VIH de los HSH	24
6. Estadística descriptiva del factor: Pros hacia la prueba de VIH	25
7. Estadística descriptiva del factor: Contras hacia la prueba de VIH	27
8. Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables del estudio	29
9. Diferencia en los rangos de los HSH que se han realizado la prueba de VIH y de los que no: Pros	30
10. Diferencia en los rangos de los HSH que se han realizado la prueba de VIH y de los que no: Contras	31

## RESUMEN

Lic. Reyna Torres Obregón  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero 2014

**Título del estudio:**RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DECISIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

**Número de páginas:** 51

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/Sida

**Objetivo y Métodos de Estudio:**El objetivo general fue determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH. Los objetivos específicos fueron: 1) Determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH, 2) Describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH, 3) Describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH, 4) Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y pros percibidos hacia la prueba de VIH, 5) Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y contras percibidos hacia la prueba de VIH, 6) Establecer si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho. Se utilizaron dimensiones del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974). El diseño fue descriptivo correlacional, se utilizó el muestro dirigido por entrevistados (MDE), en HSH de 18 años en adelante, la muestra fue de 202 HSH, utilizando un límite de error de estimación de .08 para estimar una proporción con 95% de confianza, para intervalos bilaterales, usando un enfoque conservador.

**Contribuciones y Conclusiones:** El 46% de los HSH no se ha realizado la prueba de VIH. El 66.3% se perciben con bajo riesgo hacia el VIH. Los pros más identificados fueron: hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad (83.6%), si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más (95%) y quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual (90.6%). Los contras más reportados fueron: tengo miedo de hacerme la prueba de VIH (60.9%), tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH (53%), si tuviera el VIH la gente me podría rechazar (78.7%) y si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo (71.8%). Se encontró diferencia significativa en los pros de los HSH que si se han realizado una prueba de VIH y de los que no, pros: hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad ( $U = 3992, p < .005$ ), si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más ( $U = 4014.5, p < .004$ ). En contras: es mejor no saber si tengo el VIH ( $U = 3952.5, p < .004$ ), tengo miedo de hacerme la prueba de VIH ( $U = 3452.5, p < .001$ ), si me entero que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia ( $U = 3499.5, p < .001$ ) y tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH ( $U = 3714.5, p < .001$ ). El riesgo percibido hacia el VIH no se asoció con el balance decisional hacia la prueba de VIH ( $r_s = .011, p < .881$ ). Se concluye que un alto porcentaje de HSH no se perciben en riesgo; el riesgo percibido hacia el VIH no se asocia con el balance decisional hacia la prueba de VIH. Se recomienda en próximas investigaciones usar un enfoque de métodos mixtos.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

Las infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) son en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y continúa afectando a millones de personas a pesar de la promoción de medidas preventivas. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen uno de los subgrupos de población más afectados por la infección. En muchas regiones del mundo, los HSH experimentan una alta prevalencia del VIH y baja cobertura de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados a la infección (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2012).

Actualmente viven 34 millones de personas con el VIH/Sida en el mundo, siendo las relaciones sexuales la principal vía de transmisión con un 94% del total de los casos registrados, los cuales se distribuyen: HSH 46.7% y Heterosexual 45.6%. En América Latina, aproximadamente la mitad de todas las infecciones por el VIH de la región fue resultado de sexo sin protección entre hombres, por lo cual los HSH tienen 19 veces más probabilidades de infectarse que la población general en países de bajo y mediano ingreso (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2012). Hasta el presente año en México se han acumulado 159,980 casos de VIH/Sida en hombres, contando con una tasa de mortalidad del 4.5 por 100 mil habitantes y una prevalencia del 17.1% en HSH, en comparación con el 0.3 % en la población general, presentándose en un rango de edad entre 18 a 50 años. En Nuevo León, del año 2008 a la actualidad, se han incrementado los casos de VIH/Sida en hombres, con una razón de 7.4 hombres por una mujer, (CENSIDA, 2011).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” con Visión Getting to

Zero que significa “Cero nuevas infecciones por el VIH, Cero discriminación, Cero muertes relacionadas con el Sida” (UNAIDS, 2010, p. 7). La cual propone como uno de los principales objetivos, reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y como recomendación la realización de la prueba de VIH en dicha población (ONUSIDA, 2010).

El Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC, 2009), de los Estados Unidos, recomienda que los HSH deben hacerse la prueba del VIH al menos una vez al año; la ventaja de esto es el diagnóstico temprano, lo cual contribuiría al control de la propagación del virus (Fernández et al., 2007). El porcentaje de HSH que han recibido programas de prevención del VIH fue de 40.7%, siendo más alto en hombres de 25 años o más (48.2%) que en menores de 25 años (24.6%). Según datos del Informe Nacional de avances en la Lucha contra el Sida, solo el 43.4% de los HSH que se sometieron a una prueba del VIH en los últimos 12 meses conocen los resultados, por lo que se señaló la necesidad de incrementar el número de HSH que acepten la prueba y conozcan su resultado, pues se considera grave que aún no se cumpla el 50% (CENSIDA, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), la vigilancia epidemiológica y diversas investigaciones declaran que existen una variedad de factores personales (edad y estado civil), sociales (la educación, vida social), económicos (pobreza) y aspectos como los conocimientos y actitudes en relación al VIH/Sida, la realización de la prueba de VIH, las conductas de riesgo, la percepción de riesgo, la búsqueda de servicios relacionados a la atención del VIH/Sida. Los factores anteriores determinan el estado de salud y vulnerabilidad en los HSH, lo que conlleva a que este grupo de población practique conductas sexuales de riesgo para la infección (Alcarraz, Arias, Peña, Ventura & Calle, 2008; Bravo, 2009; Groce & Trasi, 2004; Lansky, Sulliban, Gallagher & Fleming, 2007; ONUSIDA, 2011; Ryan, Huebner, Díaz & Sánchez, 2009).



Creencias acerca del riesgo personal percibido de contraer el VIH son fundamentales para la comprensión de lo que motiva a los HSH a involucrarse en conductas que reducen o aumentan el riesgo de infección (Fernández et al. 2007; Napper, Fisher & Reynolds, 2011). Lo anterior podría deberse a las tendencias conductuales sobre el sexo no protegido, las cuales son: que se reportan con bajo conocimiento sobre el VIH, falta de motivación relacionada a la prevención del Sida (realización de la prueba de VIH), baja percepción de riesgo al VIH, el consumo de alcohol y de drogas, sentimientos de invulnerabilidad ante el VIH, percepción de que el sexo desprotegido es más placentero que el sexo protegido y conflicto con la identidad sexual (Tomas et al. 2009; Vargas, 2006). Las representaciones que los HSH elaboran sobre las consecuencias de un resultado positivo resulta de una gran importancia en la comprensión de sus percepciones (positivas o negativas), las cuales pueden llevar al retraso de la prueba de VIH (Fernández, Lupiáñez & Zaragoza, 2012; Jociles, Villamil & Lores, 2007; Lorenc et al. 2011).

Las teorías de cambio de comportamiento, como el Modelo de Creencias de Salud sugieren que las percepciones juegan un papel importante en la decisión de realizar conductas relacionadas con la salud (Yep, 1993). En el caso de la elección de realizarse una prueba de VIH, las percepciones relevantes son las ventajas y desventajas de hacérsela, y la propia percepción de riesgo hacia la infección por el VIH (Lauby, Bond, Eroglu & Batson, 2006).

En los últimos años se ha hecho evidente la reemergencia del interés internacional y nacional en el papel de los HSH en la epidemia mundial del VIH. Diversos artículos han recalcado la importancia de concentrar el trabajo de prevención en esta población de un modo más sensible y eficaz (Fernández et al. 2007; Folch, 2010; Lorenc, et al., 2011).

En México existe escasa información documentada que relacione las variables: riesgo percibido, balance decisional (pros y contras percibidos) hacia la prueba de VIH

en HSH; una vez identificadas podrán ser utilizadas por el personal de salud (enfermería) interesados en este subgrupo de población afectado, para proporcionar información de referencia y como apoyo para realizar intervenciones sobre prevención, ya que es necesario incrementar la conciencia de riesgo de VIH en esta población, además de realizar esfuerzos para aumentar el acceso a las pruebas confidenciales del VIH entre los HSH, y reducir el estigma en contra de este grupo vulnerable.

Por tanto el objetivo general de este estudio, es determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana.

### **Marco conceptual**

Para este estudio se utilizó como base el Modelo de Creencias de Salud (MCS) (Rosenstock, 1974), el cual ayudó a comprender la relación entre el riesgo percibido y el balance decisional (beneficios y barreras percibidas) hacia la prueba de VIH.

El MCS se basa en la teoría psicológica y se considera una teoría de las expectativas de valor. Es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (value-expectancy). Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción prevendrá o mejorará el proceso (Glanz & Reymers, 2008; Rosenstock et al. 1994). Fue desarrollado originalmente en la década de 1950 por el Servicio de Salud Pública de los EE.UU. para tratar de entender el “fracaso generalizado de las personas a aceptar prevenir enfermedades o realizarse pruebas para la detección de enfermedad asintomática” (Rosenstock, 1974). Desde entonces, los investigadores han trabajado para perfeccionar y ampliar el modelo para que abarque todos los comportamientos preventivos de salud. (Janz & Becker, 1984).

Es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (value-expectancy). Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción prevendrá o mejorará el proceso, y se basa en la noción de que los individuos valoran su salud (Glanz & Reymers, 2008; Rosenstock et al. 1994; Janz & Becker, 1984). La versión actual del MCS lo constituyen cinco dimensiones principales: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas y señales para la acción.

Las dimensiones que guiarán este estudio serán: la susceptibilidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. La *susceptibilidad percibida* ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad *estadística* de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad *real* de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro de contraer una enfermedad. Esta definición se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada enfermedad (Rosenstock et al. 1994). Hoy en general se cree que si una persona se percibe que es susceptible a una enfermedad entonces va a tomar medidas para detectar, prevenir, o controlar la enfermedad.

La aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad, que se percibe como grave (susceptibilidad percibida y severidad percibida), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar una conducta de salud (Rosentock, 1974). El curso de acción específico dependería, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su recopilación que puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como

la dimensión de los *beneficios percibidos*, los cuales son las expectativas que tienen las personas para llevar a cabo conductas preventivas

Por último, las determinadas *barreras percibidas* se refieren a la percepción que tiene las personas sobre lo que implica (costos materiales y psicológicos); el llevar a cabo una conducta preventiva se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión, como puede ser por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

En conclusión, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la toma de una conducta preventiva cuando el sujeto se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza (riesgo percibido), y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado costosa. Contemplando un posible análisis interior de barreras y beneficios (balance decisional) para el sujeto, que sopesaría la efectividad de la acción a tomar (prueba de VIH), así como los posibles costos de tomarla.

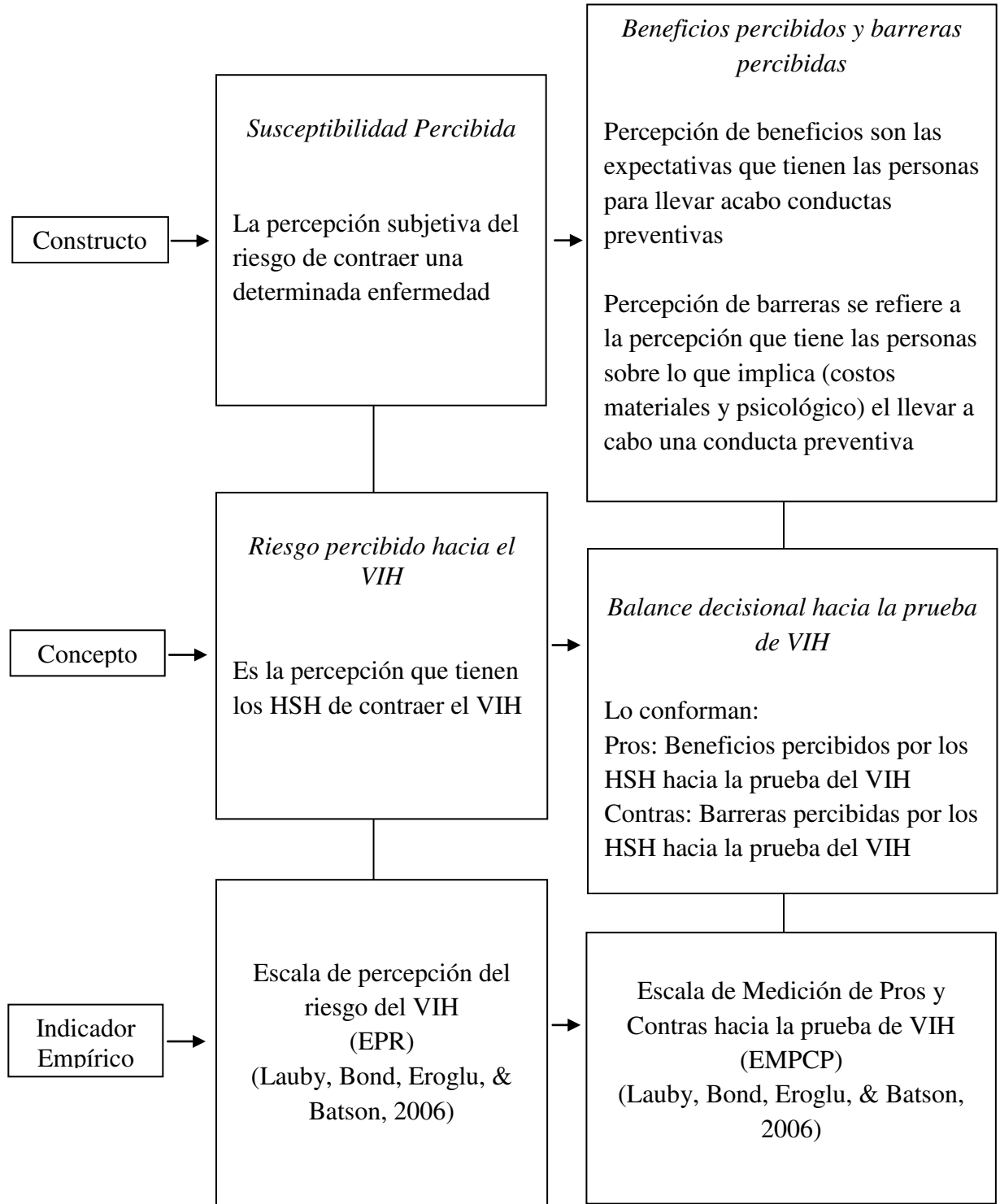


Figura 1. Estructura conceptual teórico - empírica

## Estudios relacionados

A continuación se presentan los artículos científicos con relación a las variables de interés que son riesgo percibido hacia el VIH, balance decisional (beneficios y obstáculos percibidas) hacia la prueba de VIH de los HSH.

Blas, Alva, Cabello, Carcamo y Kurth (2011) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de identificar las conductas de riesgo y las razones para no hacerse la prueba del VIH entre HSH en Perú. La muestra fue de 130. La media de edad de los participantes fue de 22.5 años (rango de 12 a 71 años), el 67 % eran homosexuales. El 49.4% no se había hecho la prueba del VIH. Los investigadores dividieron a los participantes en dos grupos: bajo riesgo y alto riesgo, de los que obtuvieron dos razones comunes para no hacerse la prueba del VIH. Entre los participantes del grupo de bajo riesgo fueron “Me temo de las consecuencias de un resultado positivo de la prueba” (33.6%), seguido de “Yo usé siempre protección” (30.8%). Las dos razones más comunes para no hacerse la prueba entre los participantes en el grupo de alto riesgo fueron “Me temo las consecuencias de un resultado positivo” (34.4%), seguido por “Yo no sé dónde pueda hacerme la prueba” (31.3%). Al comparar las diferencias de las principales razones para no obtener la prueba del VIH entre los participantes en el grupo de bajo y de alto riesgo, se encontró que los participantes en el grupo de bajo riesgo informaron en un mayor porcentaje que “nunca han estado en riesgo de infección” (27.9% vs 20%,  $p < .05$ ) y “siempre usan protección” (30.8% vs 8.8%,  $p < .001$ ). Además se encontró que los participantes en el grupo de alto riesgo informaron en un porcentaje mayor que “no pueden pagar por la prueba del VIH” (23.8% vs 15.2%,  $p < .02$ ) y “No sé dónde hacerme la prueba” (31.3% vs 21.1%,  $p < .01$ ).

Nelson et al. (2010) llevaron a cabo un estudio cualitativo en Washington, D.C., EUA, con el fin de identificar los factores asociados con el retraso en el diagnóstico del VIH en HSH. En la categoría llamada “las razones para no realizarse la prueba” obtuvieron como razón principal el miedo al resultado, seguido de miedo a las pruebas,

además los participantes expresaron su deseo de permanecer en anonimato acerca de su estado seropositivo.

Lorenc et al. (2011) realizaron una revisión sistemática acerca de la evidencia cualitativa en relación a las opiniones y actitudes HSH en relación a las pruebas de detección del VIH. En dicho estudio tuvieron como resultado que la ansiedad y el miedo (al resultado y al tratamiento) son actitudes negativas hacia las pruebas para los participantes; en cambio la pérdida de calidad de vida fue percibida como una desventaja importante de las pruebas por parte de los HSH.

Fernández et al. (2007) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de identificar características socio-demográficas, psico-sociales y sexuales relacionadas con la realización de la prueba del VIH en HSH de España. Los resultados obtenidos muestran que la edad media de los participantes fue de 32.8 años ( $DE= 8.39$ ). La mayor parte de la muestra tenía un rango de edad entre los 25 y 34 años (43%). Los HSH encuestados refieren tener un elevado nivel educativo, ya que el 52% había completado estudios universitarios. El 71% de los participantes se habían realizado la prueba del VIH en alguna ocasión. Los HSH más jóvenes fueron en mayor proporción los que no se habían realizado la prueba. Las mayores razones para no realizarse la prueba fueron: estar seguro de ser VIH-negativo (36%) y miedo de recibir un resultado positivo (35%).

Yan et al. (2011) realizaron un estudio descriptivo correlacional con 307 jóvenes HSH migrantes de 18 a 29 años en Beijing. El estudio tuvo por objetivo identificar las barreras psicológicas y estructurales a las pruebas del VIH. Los resultados muestran que el 72% de los HSH se han hecho una prueba de VIH. El 28% de los que nunca se realizaron una prueba de VIH, mencionaron las siguientes barreras psicológicas: que se perciben con bajo riesgo de infección por el VIH (70.2%), que tienen temor a ser estigmatizados por ser homosexuales (40.5%) y que tienen temor a un resultado positivo (30.2%). Con respecto a las barreras estructurales, mencionan: que no

tienen conocimiento de dónde hacerse la prueba de VIH (41.7%), no tienen tiempo para hacerse la prueba de VIH (38.1%), el laboratorio donde se realizan la prueba está muy lejos de su residencia (31.0%), no creen necesario hacerse la prueba (21.4%), las actitudes estigmatizantes del personal que realiza las pruebas (21.4%), la falta de confidencialidad por parte del personal (21.4%) y el alto costo de la prueba (20.2%).

Blas, Menacho, Alva, Cabello y Orellana (2012) realizaron un estudio cualitativo en el cual formaron ocho grupos focales con HSH con el fin de identificar las principales características y preferencias para motivar a esta población a hacerse la prueba del VIH. Dicho estudio evidenció que los participantes informaron que, a fin de motivar a las pruebas del VIH, las intervenciones deben basarse en mensajes de motivación que los alienten a superar el miedo de hacerse la prueba y a aumentar la percepción de riesgo del VIH (de los participantes que no se consideran en riesgo); además de enfatizar la confidencialidad, el respeto y la profesionalidad del personal que realizan la consejería y pruebas, también mencionaron que los mensajes estigmatizantes o imágenes deben ser evitados.

Wei Ma et al. (2012) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de examinar la percepción de riesgo de VIH entre los HSH. El estudio se llevó a cabo en Beijing y Chongqing. La muestra fue de 54 HSH que habían tenido relaciones sexuales con hombres en los últimos 12 meses. Se realizaron ocho grupos de discusión y 65 entrevistas en profundidad. Los resultados muestran que un pequeño número de HSH con niveles de educación bajo no estaban conscientes de la creciente epidemia de VIH / Sida entre los HSH en China, por lo que no se perciben a sí mismos como de alto riesgo para la enfermedad. En cambio, los participantes con un nivel de educación alto, la mayoría estaban conscientes de la alta prevalencia de infección por VIH entre los HSH; sin embargo, estos mismos participantes pensaban que era poco probable que se infectaran con el VIH/Sida. A pesar del conocimiento sobre el riesgo del VIH, algunos



dijeron no estar preocupados porque saben que existen tratamientos eficaces o no se perciben estar en riesgo.

Bautista, Colchero, Sosa, Romero y Conde, (2013) realizaron una encuesta de sero-prevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres, en México, sus objetivos fueron conocer las características socioeconómicas de la población de HSH que se reúne en sitios de encuentro, sus prácticas sexuales, conocimientos del VIH e ITS, acceso a servicios de salud y percepción de estigma y discriminación; y conocer el porcentaje de HSH con resultados positivos a la prueba de VIH. La muestra fue de 8,503 HSH, el 45.6% de los participantes se había hecho una prueba de VIH. Y de acuerdo a las razones para no hacer la prueba, obtuvieron: no me siento en riesgo 37.3%, temor de recibir los resultados 19.3%, no quise 14.3%, no sé dónde hacerme la prueba 12.1, otra razón 17.25%.

Jociles et al. (2007) elaboraron un estudio cualitativo en Madrid orientado a conocer los modos en el que los HSH confrontan la prueba del VIH. Los investigadores identificaron que la prueba del VIH genera ansiedad a raíz del miedo tanto a la enfermedad que es conocida, como a las consecuencias que puede tener dicho padecimiento. Además demostraron que, cuanto más probable sea la exposición a la infección de VIH, mayor es el miedo y menor la predisposición a hacerse la prueba. El estudio concluye que cuanto mayor sea el riesgo percibido de los HSH, no se harán la prueba del VIH o la retrasarán.

En síntesis, los estudios fueron realizados en España, Washington, Perú, Madrid, Barcelona, China, México y Beijing. Cuatro fueron cuantitativos, cuatro cualitativos y una revisión sistemática cualitativa. Los resultados revelan que los HSH no son conscientes de la creciente epidemia de VIH/Sida entre dicha población, por lo que no se perciben a sí mismos como de alto riesgo para la enfermedad. Respecto a la prueba de VIH, los contras percibidos en los HSH son mayores que los pros percibidos hacia ella, siendo el miedo hacia la prueba y hacia al resultado unos de los contras más percibidos

por los HSH. Sin embargo no existe literatura en población mexicana, donde sea posible observar resultados sobre la relación entre el riesgo percibido del VIH y el balance decisional hacia la prueba de VIH.

### **Definición de términos**

Riesgo percibido hacia el VIH: Es la percepción que tienen los HSH de contraer el VIH.

Balance decisional hacia la prueba de VIH: Lo conforman:

Pros: Beneficios percibidos por los HSH hacia la prueba del VIH.

Contras: Barreras percibidas por los HSH hacia la prueba del VIH.

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana.

#### **Objetivos específicos**

1. Determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH.
2. Describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH.
3. Describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH.
4. Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y pros percibidos hacia la prueba de VIH.
5. Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y contras percibidos hacia la prueba de VIH.
6. Establecer si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que sí se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y estrategia de análisis de datos.

#### **Diseño del estudio**

El diseño del estudio es descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012), descriptivo porque permitió describir el riesgo percibido hacia VIH, balance decisional (pros y contras percibidos) hacia la prueba del VIH y datos como edad y realización de la prueba de VIH. Correlacional por que se determinó la asociación entre el riesgo percibido y balance decisional hacia la prueba de VIH.

#### **Población, muestra y muestreo**

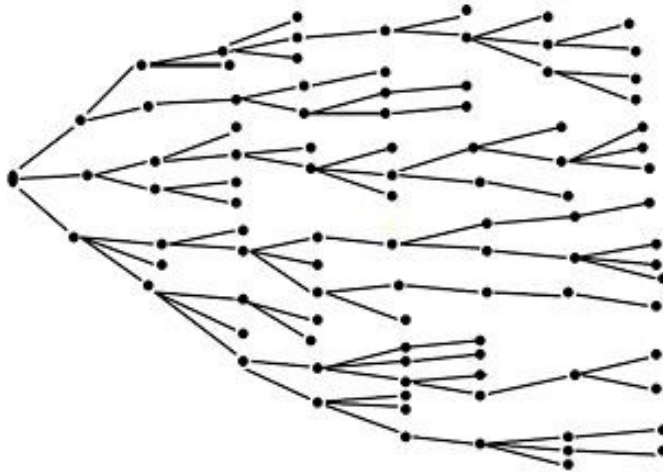
La población fue conformada por HSH del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra fue de 202 HSH, con límite de error de estimación de .08 para estimar una proporción con 95% de confianza, para intervalos bilaterales, usando el enfoque conservador y con un tamaño de efecto del diseño de 1.25, mediante el programa estadístico nQuery Advisor versión 4.0.

El muestreo fue mediante el método respondent-driven sampling (RDS) creado por Heckathorn (1997), en español es conocido como muestreo dirigido por entrevistados (MDE). Es un sistema de aproximación tipo cadena de referencia para obtener un tamaño muestral representativo de una población objeto, el reclutamiento se expande a diferentes niveles de profundidad y dentro de redes sociales distintas.

Este tipo de muestreo se usa principalmente en poblaciones denominadas “poblaciones ocultas”, debido a la discriminación y el estigma social que sufren quienes son identificados abiertamente como parte de esas poblaciones. Se basa en el conocimiento de que los individuos que mejor pueden tener acceso a una población

oculta son aquellos que pertenecen a ella. El muestreo se inicia con la selección de informantes clave de la población objeto, llamados “semillas” los cuales reclutan miembros de su grupo de compañeros con los que comparten ciertas características, para este tipo de muestreo se utilizan cupones (Estrada & Vargas, 2010) (Figura 2).

Semilla Ola 1 Ola 2 Ola 3 Ola 4 Ola5 Ola 6 Ola 7



*Figura 2.* Sistema de aproximación tipo cadena.

### **Criterios de inclusión**

Hombres de 18 años de edad en adelante.

Hombres que se auto-identifiquen tener sexo con otros hombres.

### **Criterios de exclusión**

HSH infectados por VIH/Sida (por medio de una pregunta filtro en la cédula de datos personales).

### **Instrumentos de medición**

Para el presente estudio se utilizó una cédula de datos personales (Apéndice A) la cual incluye datos como: edad, si se han realizado o no la prueba de VIH y si han sido diagnosticados con la infección.

*El riesgo percibido hacia el VIH* se midió a través de la Escala de percepción del riesgo del VIH (Apéndice B) desarrollada por Lauby et al. 2006, el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012); consta de 4 preguntas, un ejemplo de pregunta es: Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida, con respuestas en escala tipo Likert, un ejemplo es 1= Muy Improbable, 2 = Improbable, 3 = Poco probable, 4 = Probable, 5 = Muy probable, la puntuación final se obtuvo mediante la suma total del instrumento con un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 20; donde un puntaje de 4 a 12 puntos indica bajo riesgo percibido y de 13 a 20 un alto riesgo percibido hacia el VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, alpha de Cronbach de .88.

*El balance decisional hacia la prueba de VIH* se midió a través de la Escala de medición de pros y contras hacia la prueba de VIH (Apéndice C) desarrollada por Lauby et al. 2006, el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012). El instrumento está compuesto por dos factores; el primero es Pros, el cual está formado por 8 preguntas, las cuales están divididas en 3 sub-escalas: seguridad y responsabilidad (3 preguntas), prevención de transmisión (4 preguntas) y disponibilidad de medicación (1 pregunta). Un ejemplo de pregunta es: Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad VIH con respuestas en escala tipo Likert, un ejemplo es 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indiferente, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo. La puntuación se obtendrá con la suma de las puntuaciones en cada respuesta que va de 8 a 40 en donde a mayor puntuación, mayores son los pros hacia la prueba.

El segundo factor es Contras, el cual está formado por 9 preguntas, las cuales están divididas en 3 sub-escalas: preferiría no saber (5 preguntas), el estigma de ser VIH positivo (3 preguntas), el miedo a las agujas (1 pregunta), un ejemplo de pregunta es: Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH con respuestas en escala tipo Likert, un ejemplo es 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indiferente,

4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo. La puntuación se obtiene con la suma de las puntuaciones en cada respuesta que va de 9 a 45 en donde a mayor puntuación, mayores son los contras hacia la prueba. El puntaje del instrumento en general es dependiendo de la puntuación máxima entre las dos sub-escalas, cuando se obtiene un puntaje mayor en pros se dice que es un balance decisional positivo y un puntaje mayor en contras indica un balance decisional negativo hacia la prueba de VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, alpha de Cronbach de .72 para el apartado de pros y .76 para el de contras.

### **Procedimiento de recolección de datos**

El estudio se realizó con previa autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y del representante de una Organización de la Sociedad Civil (OSC). Una vez que se obtuvieron los permisos, se procedió a la reunión con el representante de la OSC para explicar los objetivos de las encuestas, y los conceptos generales de la metodología a implementar; posteriormente se le pidió que reclutara entre tres y diez individuos HSH. Una vez reclutados, se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar, si aceptaban, se les indicó la forma en que tendrían que reclutar a otros individuos de su misma población, a éste grupo se le denominó “semillas” (iniciales), ya que serán los primeros miembros del grupo objetivo, se les explicó el objetivo general del estudio, y se les mencionó que tendrían que reclutar a otros individuos por medio de cupones. A cada semilla se le otorgó tres cupones para ser entregados a tres personas que invitaran a participar en el estudio, a su vez estas personas invitaron cada una a tres más y así sucesivamente, hasta completar el número de muestra establecida.

Los cupones fueron enumerados con un código de tal manera que el reclutador original sea identificado, al mismo tiempo sirvió de identificación del nuevo participante, este sistema permitió dar seguimiento y establecer redes, además contó con un número telefónico para acordar una cita para la encuesta y dirección de la OSC; estos

cupones fueron hechos de tal manera que sea difícil su reproducción, ya que llevaban un sello y firma de la investigadora.

Cada reclutado tuvo que asistir a la OSC con su cupón correspondiente, en dicho lugar se les recibía, y si cumplían con los criterios de inclusión, se les daba a leer y firmar el consentimiento informado (Apéndice D), en caso de aceptar se procedía al llenado de los cuestionarios (Escala de percepción del riesgo del VIH y Escala de medición de pros y contras hacia la prueba de VIH), éstos fueron aplicados en una oficina de la OSC para maximizar la confidencialidad. Al término del llenado de los cuestionarios, se les entregó tres cupones con los que invitarían a otros HSH, además se les otorgó un incentivo por su participación (kit con tres condones y lubricante), además se les proporcionó un folleto informativo con un directorio de organizaciones o servicios para realizarse pruebas de VIH, al finalizar se le agradeció su asistencia y participación.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1987), que establece los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse. En el cual se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13). Para la realización del estudio, se contó con la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, fracciones I, IV, VI, VII, VIII).

Se brindó al participante la libertad de elegir si desea o no participar en el estudio. En los que aceptaron, se cuidó el mantener la privacidad de los datos que proporcionaron los participantes, se explicó de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, así como el procedimiento para dar respuesta a la recolección de los datos, mediante la entrega del consentimiento informado por escrito, se enfatizó que el

participante tiene la libertad de terminar su participación en el estudio en el momento que lo considerara conveniente. Así mismo, se aclararon dudas para que el participante tuviera suficiente información, lo que permitió aceptar o rechazar su participación (Artículo 20, Artículo 21, fracción I, II, III, VI y VII, Artículo 22, fracción I, II, III, Artículo 25).

Para cuidar la privacidad de los datos que identificaron al participante, el nombre fue sustituido por un código de identificación para esta investigación, además los cuestionarios fueron aplicados en una oficina de la OSC para maximizar la confidencialidad de los datos, en donde sólo se encontraban la investigadora y el participante (Artículo 16, Artículo 21, fracción I, V, VII y VIII).

La investigación se considera como riesgo mínimo, ya que se abordan variables como: riesgo percibido y balance decisional (pros y contras percibidos) hacia la prueba de VIH, las cuales pueden generar preocupaciones en los participantes o diversos sentimientos. Además se les dejó en claro que los datos que se obtuvieron no serán utilizados en perjuicio de los mismos participantes (Artículo 17, fracción II, Artículo 58, fracción II).

### **Estrategia de análisis de datos**

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Para describir los datos personales de los participantes se utilizó un análisis descriptivo a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el coeficiente de alpha de Cronbach; se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables continuas y numéricas.

Para dar respuesta al objetivo general que indica, determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los



HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana, se respondió mediante el coeficiente de correlación Spearman.

Para cumplir con el objetivo uno que establece, determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para cumplir con el objetivo dos que fue describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH y el objetivo tres que consiste en describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH, se utilizó estadística descriptiva así como medias, desviación estándar y variabilidad.

En los objetivos cuatro y cinco que se refieren a determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y pros percibidos hacia la prueba de VIH y determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y contras percibidos hacia la prueba de VIH, se respondió mediante el coeficiente de correlación de Spearman, ya que no hubo distribución normal en las variables; y para el objetivo seis que fue determinar los beneficios y barreras (pros y contras) de los HSH, que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho se respondió mediante U de Man-Whitney para probar la diferencia en los rangos de los dos grupos ya que las variables presentaron distribución no paramétrica.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se muestran las características de los participantes, consistencia interna de los instrumentos, prueba de normalidad, posteriormente la estadística descriptiva de las variables de estudio y estadística inferencial.

#### Características de los participantes

La muestra fue de 202 HSH de Monterrey y su área metropolitana. La edad media fue de 27.79 años ( $DE = 8.13$ ). El 69.3% de los participantes se encuentra en un rango de 18 a 29 años de edad.

#### Consistencia interna y validez de los instrumentos

Previo al análisis estadístico se evaluó la consistencia interna de los instrumentos. En la tabla 1, se muestran los coeficientes alfa de Cronbach para la Escala de percepción del riesgo del VIH, Escala de medición de pros y contras hacia la prueba del VIH y sus dos factores (pros y contras); las cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1

*Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de percepción del riesgo del VIH (EPR)	4	.79
Escala de medición de pros y contras hacia la prueba del VIH (EMPCP)	17	.89
Pros	8	.86
Contras	9	.85

*Nota= n= 202*

En la tabla 2 se muestra el análisis factorial de la Escala medición de pros y contras hacia la prueba de VIH, ya que es la primera vez que se realizó el proceso de back translation (traducción al español) y de ser usado por primera vez en población mexicana. Se utilizó rotación Varimax para dos factores que explican el 76.295% de la varianza; en el cual se encontró que la escala presenta validez de constructo, el cual coincide con lo reportado por el autor (Lauby et al.2006).

Tabla 2

*Análisis factorial de la escala medición de pros y contras hacia la prueba de VIH*

Ítems	Componentes			
	F1		F2	
	<i>Método de rotación</i>	<i>% Varianza Explicada</i>	<i>Método de rotación</i>	<i>% Varianza Explicada</i>
1			.571	36.998
2			.637	13.418
3			.497	9.717
4			.747	6.010
5			.821	5.386
6			.743	4.399
7			.795	3.632
8			.644	3.513
9	.603	3.271		
10	.577	2.779		
11	.778	2.345		
12	.582	2.026		
13	.784	1.765		

(Continúa...)

Ítems	Componentes			
	F1		F2	
	<i>Método de rotación</i>	<i>% Varianza Explicada</i>	<i>Método de rotación</i>	<i>% Varianza Explicada</i>
14	.641	1.664		
15	.603	1.377		
16	.636	1.167		
17	.668	.531		
Auto valores		4.399		4.171
% Varianza explicada		25.879		24.537
% Varianza acumulada		25.879		50.416

*Nota= F = Factor; Método de extracción: Análisis de componentes principales y Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.*

### Prueba de normalidad

Previo al análisis de datos se exploró la distribución para las variables del estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Sminrov con corrección de Lilliefors. Los resultados mostraron que no se presentó distribución normal en las Escalas de percepción del riesgo del VIH ( $Da = .078, p < .001$ ), Escala de medición de pros y contras hacia la prueba de VIH ( $Da = .059, p = .088$ ), para las sub-escala pros ( $Da = .118, p < .001$ ) y contras ( $Da = .060, p = .072$ ).

### Estadística descriptiva

#### Proporción de los HSH que se han hecho la prueba de VIH

Para dar repuesta al objetivo uno, que consistió en determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH. Se encontró que el 46% de los HSH no se han realizado la prueba de VIH, y de aquellos que reportaron habérsela hecho, el 25.2% sólo se la ha realizado una vez, mientras que el 10.9% mencionó habérsela hecho dos veces (tabla 3).

Tabla 3

*Estadística descriptiva respecto a la realización de la prueba de VIH.*

Variable	<i>f</i>	%
HSH que se han realizado la prueba de VIH		
Si	109	54
No	93	46
Número de pruebas de VIH realizadas		
Ninguna vez	93	46
1 vez	51	25.3
2 veces	22	10.9
3 veces	15	7.4
4 veces o mas	21	10.4

*Nota= n= 202*

En la tabla 4, se presenta la estadística descriptiva para las variables del estudio.

Tabla 4

*Estadística descriptiva de las variables*

VARIABLES	$\bar{X}$	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Riesgo percibido hacia el VIH	11.22	3.63	4	20
Balance decisional hacia la prueba de VIH	61.27	11.83	31	85
Pros	33.44	5.54	16	40
Contras	27.84	8.01	10	45

*Nota=* $\bar{X}$ *= Media; DE= Desviación Estándar; Min= Mínimo; Máx= Máximo*

### Riesgo percibido hacia el VIH

Para cumplir con el objetivo dos, el cual consistió en describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH (tabla 5). Se encontró por medio de la Escala de percepción de riesgo del VIH, que el 66.3% reportó bajo riesgo percibido hacia el VIH ( $IC = 95\%$ .)

Tabla 5

#### *Estadística descriptiva del riesgo percibido hacia el VIH de los HSH*

Variable	<i>f</i>	%
Riesgo percibido		
Bajo riesgo	134	66.3
Alto riesgo	68	33.7
Total	202	100

*Nota= n=202*

### Balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH

#### Pros

En relación al objetivo tres, el cual se refiere a describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH, se obtienen los siguientes resultados. En la tabla 6, se muestran los pros (beneficios) hacia la prueba de VIH que los HSH reportaron, en cuanto a la sub-escala de *Seguridad y responsabilidad*, el 83.6% de los encuestados mencionó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que hacerse la prueba de VIH les daría una sensación de seguridad; respecto a la sub-escala de *Prevención de Trasmisión*, el 95% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que si tuvieran el VIH no quisieran infectar a nadie más y el 90.6% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que quisieran estar seguros de no tener VIH para decírselo a su pareja sexual.

Tabla 6

*Estadística descriptiva del factor: Pros hacia la prueba de VIH*

Ítems	TD		D		I		A		TA		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
<b><i>Seguridad y responsabilidad</i></b>											
1. Todos deberían hacerse la prueba del VIH	10	5	8	4	16	7.8	81	40.1	87	43.1	
2. Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad	5	2.5	13	6.4	15	7.5	78	38.6	91	45	
3. Hacerme la prueba del VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigos	16	7.9	16	7.9	29	14.4	66	32.7	75	37.1	
<b><i>Prevención de transmisión</i></b>											
4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie mas	3	1.5	1	.5	6	3	79	39.1	113	55.9	
5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más	2	1	2	1	6	3	88	43.6	104	51.4	
6. Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	3	1.5	13	6.4	7	3.5	59	29.2	120	59.4	

(Continúa...)

Ítems	TD		D		I		A		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
7. Quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual	3	1.4	8	4	8	4	70	34.7	113	55.9
<b>Disponibilidad de medicación</b>										
8. Si me entero que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar	22	10.9	18	8.9	29	14.4	80	39.6	53	26.2

*Nota:* TD= Totalmente en desacuerdo; D= En desacuerdo; I= Indiferente; A= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

### Contras

En la tabla 7, se muestran los contras (barreras) hacia la prueba de VIH. Se muestra en la sub-escala *Preferiría no saber*, que el 60.9% de los HSH reportó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo de tener miedo de hacerse la prueba de VIH; respecto a la sub-escala *Estigma de ser VIH positivo*, el 78.7% mencionó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo de que la gente los podría rechazar si tuvieran el VIH y un 71.8%% reportó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que podrían ser despedidos de su trabajo o no ser capaz de conseguir uno nuevo si tuvieran el VIH y en la sub-escala *Miedo a las agujas*, el 53% manifestó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo de tener miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección de VIH.



Tabla 7

*Estadística descriptiva del factor: Contrar hacia la prueba de VIH*

Ítems	TD		D		I		A		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b><i>Preferiría no saber</i></b>										
9. Si tuviera el VIH preferiría no saberlo	92	45.5	67	33.2	18	8.9	19	9.4	6	3
10. Es mejor no saber si tengo el VIH	88	43.6	75	37.1	21	10.4	14	6.9	4	2
11. Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH	35	17.3	23	11.4	21	10.4	81	40.1	42	20.8
12. No es importante saber si tengo el VIH porque el destino decidirá si vivo o muero	101	50	33	16.3	40	19.8	25	12.4	3	1.5
13. Tengo miedo de decirle a mi pareja sexual que me hice la prueba de VIH	57	28.2	29	14.4	17	8.4	60	29.7	39	19.3
<b><i>Estigma de ser VIH positivo</i></b>										
14. Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar	14	6.9	16	7.9	13	6.5	68	33.7	91	45

(Continúa...)

Ítems	TD		D		I		A		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15. Si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo	26	12.9	23	11.4	8	4	59	29.2	86	42.5
16. Si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia	43	21.3	45	22.3	17	8.4	55	27.2	42	20.8
<b>Miedo a las agujas</b>										
17. Tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH	41	20.3	24	11.9	30	14.9	61	30.2	46	22.7

*Nota:* TD= Totalmente en desacuerdo; D= En desacuerdo; I= Indiferente; A= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

### Estadística inferencial

#### Asociación entre el riesgo percibido y pros y contras hacia la prueba de VIH

Para cumplir con el objetivo cuatro, que se refiere a determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y pros percibidos hacia la prueba de VIH y para el objetivo cinco, el cual es determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y contras percibidos hacia la prueba de VIH, en la tabla 8, se puede apreciar que no se encontraron correlaciones significativas entre las variables de interés para ninguno de los objetivos ya mencionados.

Tabla 8

*Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio*

Variabes	1	2	3	4
1. Riesgo Percibido	1			
2. Balance Decisional	.011	1		
	.881	-		
3. Pros	.003	.835**	1	
	.969	.000	-	
4. Contras	.025	.905**	.556**	1
	.720	.000	.000	-

*Nota:* \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

### **Diferencias entre los pros y contras percibidos hacia la prueba de VIH**

Para cumplir con el objetivo seis, que fue establecer si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho. Se utilizó la prueba de U de Mann Whitney para probar la diferencia en los rangos entre los pros y contras de realizarse la prueba de VIH, como se muestra en la tabla 9 y 10. En la tabla 9 se aprecian diferencias significativas en los pros: hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad ( $U = 3992, p < .005$ ); hacerme la prueba de VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigos ( $U = 3764.5, p < .001$ ); si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más ( $U = 4014.5, p = .004$ ); quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual ( $U = 4157.5, p = .013$ ); si me entero que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar ( $U = 3940, p = .004$ ).

Tabla 9

*Diferencia en los rangos de HSH que se han realizado la prueba y de los que no: Pros*

Ítems	RPVIH	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	Rango promedio	<i>U</i>	<i>p</i>
1.Todos deberían hacerse la prueba de VIH	No	93	3.99	4	91.92	4178.00	.020
	Si	109	4.24	5	109.67		
2.Hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad	No	93	4	4	89.92	3992.00	.005
	Si	109	4.32	5	111.38		
3.Hacerme la prueba de VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigos	No	93	3.55	4	87.48	3764.50	.001
	Si	109	4.07	4	113.46		
4.Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie mas	No	93	4.39	4	93.61	4335.00	.043
	Si	109	4.55	5	108.23		
5.Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien mas	No	93	4.34	4	90.17	4014.50	.004
	Si	109	4.51	5	111.17		
6.Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	No	93	4.31	5	95.89	4547.00	.150
	Si	109	4.45	5	106.28		
7.Quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual	No	93	4.31	4	91.70	4157.50	.013
	Si	109	4.47	5	109.86		
8.Si me entero que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar	No	93	3.37	4	89.37	3940.00	.004
	Si	109	3.83	4	111.85		

*Nota:* RPVIH = Se han realizado la prueba de VIH;  $\bar{X}$ = Media; *Mdn*= Mediana; *U*= U de Mann Withney

En la tabla 10 se muestran las diferencias significativas en relación a los contras. Se encontraron diferencias significativas en: es mejor no saber si tengo el VIH ( $U = 3952.5, p = .004$ ); tengo miedo de hacerme la prueba de VIH ( $U = 3452.5, p < .001$ ); si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo ( $U = 4325, p = .058$ ); si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia ( $U = 3499.5, p < .001$ ); tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH ( $U = 3714.5, p < .001$ ).

Tabla 10

*Diferencia en los rangos de HSH que se han realizado la prueba y de los que no:  
Contras*

Ítems	RPVIH	n	$\bar{X}$	Mdn	Rango promedio	U	p
9.Si tuviera el VIH preferiría no saberlo	No	93	2.06	2	111.69	4121.00	.014
	Si	109	1.78	1	92.81		
10.Es mejor no saber si tengo el VIH	No	93	2.04	2	113.50	3952.50	.004
	Si	109	1.72	1	91.26		
11.Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH	No	93	3.81	4	118.88	3452.50	.001
	Si	109	2.97	1	86.67		
12.No es importante saber si tengo el VIH porque el destino decidirá si vivo o muero	No	93	2.19	2	111.56	4133.00	.015
	Si	109	1.82	1	92.92		
13.Tengo miedo decirle a mi pareja sexual que me hice la prueba de VIH	No	93	3.28	4	111.64	4125.50	.019
	Si	109	2.72	2	92.85		
14.Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar	No	93	4.22	4	108.13	4451.50	.110
	Si	109	3.85	4	95.84		

(Continúa...)

Ítems	<i>RPVIH</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	Rango promedio	<i>U</i>	<i>p</i>
15.Si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo	No	93	3.96	4	109.49	4325.00	.058
	Si	109	3.61	4	94.68		
16.Si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia	No	93	3.47	4	118.37	3499.50	.001
	Si	109	2.62	2	87.11		
17.Tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH	No	93	3.62	4	116.06	3714.50	.001
	Si	109	2.90	3	89.08		

*Nota: RPVIH* = Se han realizado la prueba de VIH;  $\bar{X}$  = Media; *Mdn* = Mediana; *U* = U de Mann Withney

Para dar respuesta al objetivo general que fue determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH. Se utilizó una correlación de Spearman donde se encontró que no hubo asociación (ver tabla 7) entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH ( $r_s = .011$ ,  $p = .881$ ).

## Capítulo IV

### Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH en una muestra de 202 HSH, se utilizó como base el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974). A continuación se discuten los resultados obtenidos del objetivo general y de los seis objetivos específicos. Posteriormente las limitaciones, conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo a la proporción de HSH que se han realizado la prueba de detección de VIH, se encontró que un poco menos de la mitad no se ha realizado la prueba de VIH; datos que concuerdan con lo reportado por Blas et al. (2011), quienes reportaron que el 49.4% no se había hecho la prueba del VIH. Esto pudiera deberse a que tal vez la mayoría de los HSH no se perciben en riesgo porque creen ser muy cuidadosos en sus prácticas sexuales y esto los haga sentirse invulnerables.

En cuanto a la percepción de riesgo hacia el VIH por parte de los HSH, se encontró que más de la mitad de ellos se perciben con bajo riesgo. Esto concuerda con lo reportado por Yan et al. (2011) quienes refieren que un 70.2% de HSH tienen baja percepción de riesgo; además Bautista et al. (2013) también reportaron que poco menos de la mitad de HSH no se sienten en riesgo; asimismo Wei Ma et al. (2012) refieren que los HSH no se perciben como de alto riesgo para la enfermedad por lo que pensaban que era poco probable que se infectaran con el VIH, lo que se pudiera explicar que a pesar del conocimiento sobre el riesgo del VIH, algunos pueden no estar preocupados o sentirse en riesgo porque saben que existen tratamientos eficaces, y esto aunado a la invulnerabilidad que sienten, crea en los HSH sentirse con baja percepción de riesgo.

En cuanto a los principales pros (beneficios) hacia la prueba de VIH que reportaron los HSH, fueron: hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de

seguridad, si tuvieran el VIH no quisieran infectar a nadie más y quisieran estar seguros de no tener VIH para decírselo a sus parejas sexuales, así mismo mencionaron que hacerse la prueba de VIH les ayudaría a mantenerse sanos para cuidar a su familia y amigos, a su vez refieren que si se enteran que tienen el VIH, saben que hay nuevos medicamentos que pueden tomar; lo anterior concuerda con Gray, Prestage, Down, Ghaus y Hoare, (2013), quienes reportan similitudes en las observaciones de sus participantes, es decir, mencionan que los principales aspectos positivos hacia las pruebas de VIH son, que les permite conocer su estado serológico, da la posibilidad de evitar la transmisión a terceras personas y el acceso al tratamiento de la enfermedad de manera temprana y eficaz. Probablemente esto pudiera deberse a que los HSH son conscientes sobre los beneficios que les brindan las pruebas, sin embargo los costos potenciales de un prueba positiva, siguen siendo mayores en esta población.

Por otro lado, los contras (barreras) hacia la prueba de VIH más reportados en este estudio fueron: rechazo por parte de la gente, ser despedidos de su trabajo o no ser capaces de conseguir uno nuevo, el miedo a la prueba de VIH, y el miedo a la aguja utilizada para la prueba de detección de VIH; datos que concuerdan con lo reportado por Blas et al. (2011); Nelson et al. (2010); Lorenc et al. (2011); Fernández et al. (2007); Yan et al. (2011), y Bautista et al. (2013), quienes encontraron resultados similares a los de este estudio, además que mencionaron otros factores, los cuales no fueron explorados en el presente estudio, pero es necesario resaltarlos ya que se consideran datos importantes: no puedo pagar por la prueba de VIH, no sé dónde hacerme la prueba de VIH. Esto pudiera deberse a las anteriores experiencias personales, ya sean buenas o malas al haber tomado una prueba, o bien a la falta de confianza en el sistema de salud, falta de información acerca del VIH, el carácter mortal de la enfermedad, estigma, discriminación (trabajo, familia y vínculo social), por tal motivo estas cuestiones son vistas como los determinantes y/o impedimentos más importantes para la prevención y pruebas del VIH. Lo anterior, puede relacionarse con lo propuesto en el MCS, donde las



*barreras percibidas* que tiene las personas sobre lo que implica (costos materiales y psicológicos) y el llevar a cabo una conducta preventiva (realizarse la prueba de VIH) se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión, como puede ser por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

No se encontró relación entre los elementos del balance decisional (pros, contras) y el riesgo percibido. Investigaciones anteriores acerca del VIH en individuos en situación de riesgo, encontraron que los de mayor riesgo percibido pueden tener puntos de vista más negativos hacia la prueba del VIH (las puntuaciones más altas “contras” y las puntuaciones más bajas “pros”). Esto se traduce en una evaluación del balance decisional donde las desventajas superan las ventajas, posiblemente debido al temor a un estado positivo del VIH (Lauby et al., 2006). Sin embargo, los HSH no suelen anticipar una prueba del VIH positiva, lo que puede explicar la falta de asociación (Marelich & Clark, 2005). Otra posible explicación sería que la recolección de datos se hizo de forma transversal, y no en el momento del antes o después de realizarse una prueba del VIH, probablemente los pros y contras hacia la prueba de VIH y el riesgo percibido pueden verse afectados por la experiencia de hacerse la prueba. O bien pudiera deberse a que en nuestro estudio no se analizó la relación de diversos factores que el Modelo menciona como factores *modificantes* y esto comprueba que el Modelo representa de manera adecuada la relación entre sus factores.

Respecto a que si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos; esto podría deberse a que los HSH que se han realizado la prueba de VIH perciben menos contras (barreras) debido al

posible conocimiento del procedimiento antes y después de dicho examen; sin embargo, también es probable que esta posible experiencia también los lleve a no hacérsela, pero dependiendo de las experiencias que hayan vivido ya sea por cualquiera de los predictores antes ya mencionados, por lo cual se considera un punto a favor para poder lograr un cambio positivo a futuro en los HSH y una posible mejora en los servicios de salud, ya que se demuestra que los pros y contras influyen dependiendo de las posibles experiencias vividas por esta población en este tipo de servicio de prevención.

### **Limitaciones**

La escala utilizada para medir los pros y contras hacia la prueba de VIH, no se había utilizado en población mexicana.

Referente al MCS, una de las limitantes fue que para medir la relación entre la susceptibilidad percibida (riesgo percibido hacia el VIH) y beneficios percibidos y barreras percibidas (balance decisional) hacia la prueba de VIH, no se incluyeron los factores modificantes que sugiere el modelo.

### **Conclusiones**

La mayoría de los participantes se encuentran en un rango de edad de 18 a 29 años, un alto porcentaje de HSH se perciben como de bajo riesgo para la infección del VIH.

Un poco más de la mitad de los HSH reportó haberse realizado pruebas de VIH, mientras que la otra mitad reportó no haberse hecho ninguna prueba de VIH en su vida; cabe mencionar que la proporción que reportó habérsela realizado, sólo lo ha hecho una vez. Los HSH de mayor edad fueron los que se la han hecho más de una vez.

Se encontró que los pros (beneficios) más significativos para la población fueron: hacerme la prueba de VIH les daría una sensación de seguridad, si tuviera el VIH no quisieran infectar a nadie más; mientras que los contras fueron: el miedo a la prueba de VIH, rechazo por parte de la gente, ser despedidos de su trabajo o no ser capaces de

conseguir uno nuevo, es mejor no saber si tengo el VIH y miedo a la aguja utilizada para la prueba de detección de VIH.

Se observó que no existe una correlación significativa entre las variables de interés: riesgo percibido y balance decisional (pros y contras) hacia la prueba de VIH, por lo que pudiera ser, que otros factores estén influyendo de manera importante en las variables del presente estudio. Se encontraron diferencias significativas entre los HSH que se habían realizado una prueba de VIH y entre los que no se la había realizado.

### **Recomendaciones**

Para futuros estudios se recomienda que se exploren los pros y los contras antes y después de obtener una prueba de VIH para evaluar el efecto sobre las medidas del balance decisional, junto con el riesgo percibido ya que al estar en el momento en que se realice la prueba, se crea conciencia de las prácticas sexuales que pudieran haber tenido durante su vida; siguiendo con el uso de la escala medición de pros y contras hacia la prueba de VIH junto con el de riesgo percibido hacia el VIH de Lauby et al. (2006), puesto que mostraron confiabilidad y validez aceptable en este estudio.

La exploración de los pros y los contras percibidos hacia la prueba de VIH en este estudio da una idea de las áreas que pueden ser aprovechados como motivadores para la prueba del VIH en poblaciones de HSH. Las investigaciones futuras deberían examinar el diseño de campañas de pruebas de VIH en torno a las ideas de “seguridad y responsabilidad” y “prevención de la transmisión”, y su eficacia debe ser evaluada. La promoción de mensajes de la prueba en torno al tema de la “seguridad y responsabilidad” pueden ser especialmente eficaces porque el mensaje es “salud positiva” (por ejemplo, para confirmar el estado de VIH negativo).

Se recomienda continuar con el uso del muestro MDE, ya que se probó que es la mejor manera documentada para poder acceder a las poblaciones denominas “ocultas” por medio de semillas (primeros participantes), además de que este tipo de muestreo no se ha aplicado en poblaciones mexicanas. Asimismo se recomienda incluir años de

escolaridad, situación económica, identidad sexual, y conocimientos acerca del VIH/Sida, para poder evaluar si el riesgo percibido hacia el VIH depende de dichas variables.

En próximos estudios se recomienda ampliamente seguir con el uso del Modelo de Creencias de Salud para analizar diversos factores que lleva a las personas a realizar o evitar conductas promotoras de salud.

Las investigaciones futuras deberían aplicar un enfoque de métodos mixtos para explorar primero cualitativamente una lista más completa de los pros y los contras percibidos para la prueba. Estos datos podrían utilizarse entonces para informar sobre el desarrollo de un estudio más amplio en la población específica de HSH. Además, también debe evaluar el comportamiento en relación con la percepción del riesgo y la prueba del VIH para comprender mejor cómo los HSH perciben su susceptibilidad al VIH basada en las conductas de riesgo personal.

## Referencias

- Alcarraz, C., Arias, K., Peña, C., Ventura, J. & Calle, M. (2008). Associated factors to the HIV testing in university students. *Societal Scientific de San Fernando*.
- Bautista, S., Colchero, M., Sosa, R., Romero, M. & Conde, G. (2013). Is the HIV Epidemic Stable among MSM in Mexico? HIV Prevalence and Risk Behavior Results from a Nationally Representative Survey among Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE* 8 (9). doi:10.1371/journal.pone.0072616
- Blas, M., Alva, I., Caballero, R., Carcamo, C. & Kurth, A. (2011). Risk Behaviors and Reasons for not Getting Tested for HIV among Men Who Have Sex with Men: An Online Survey in Peru. *PLoS ONE* 6(11), 27334. doi:10.1371.
- Blas, M., Menacho, A., Alva, E., Cabello R. & Orellana, R. (2012). Motivating Men Who Have Sex with Men to Get Tested for HIV through the Internet and Mobile Phones: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 8(1), 54012. doi: 10.1371.
- Bravo, M. (2009). Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México. (Spanish). *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 15(1), 71-85.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería* (3<sup>a</sup> ed.). Madrid, España: Elseiver.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2012). El VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio del 2012.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2012). Informe nacional de avances en la lucha contra el Sida, Período reportado: Enero 2010-Diciembre 2011 Fecha del informe: 31 marzo 2012.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2011). El VIH/SIDA en México 2011.

- Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC, 2009). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*, 55.
- Estrada, J. & Vargas, L. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: Su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 28(3), 266-281.
- Fernández, P., Lupiañez, F. & Zaragoza, K. (2012). Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 28(4).
- Fernández, P., Zaragoza, K., Rodés, A., Menoyo, C., Perez, A. & Poveda, T. (2007). Prueba del VIH y variables asociadas a su realización en HSH de España. *Barcelona: Stop Sida*.
- Folch, C. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Elsevier España*, doi:10.1016.
- Glanz, K. & Reymers, B. (2008). *Health Behavior and Health Education* (4<sup>a</sup>ed.). San Francisco: Jossey-bass Inc; U.C.
- Gray, T., Prestage, P., Down, I., Ghaus, H. & Hoare, A. (2013) Increased HIV testing will modestly reduce HIV incidence among gay men in NSW and would be acceptable if HIV testing becomes convenient. *PLoS ONE* 8(2), doi:10.1371/journal.pone.0055449
- Groce, N. & Trasi, R. (2004). Violación de personas con: SIDA. *AIDS care*, (ahead-of-print), 1-5.
- Heckathorn, D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44, 174-199.
- Janz, N. & Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jociles, M., Villamil, F. & Lores, F. (2007). Una investigación cualitativa en busca de la diversidad de lógicas de actuación: la prueba del VIH en HSH. *Redalyc*, 29, 49-66.

- Joint United Nations Program on HIV/ AIDS [UNAIDS]. (2010). 2011-2015 Strategy. Getting to Zero.
- Joint United Nations Programmed on VIH AIDS [UNAIDS]. Report on the Global AIDS Epidemic: UNAIDS 2012.
- Lansky, A., Sullivan, S., Gallagher K. & Fleming, P. (2007). HIV behavioral surveillance in the U.S.: A conceptual framework. *Public Health Rep*, 122 (1), 16-23.
- Lauby, J., Bond, L., Eroglu, D. & Batson, H. (2006). Decisional Balance, Perceived Risk and HIV Testing Practices. *AIDS and Behavior*. doi: 10.1007/s10461-005-9029-7.
- Lorenc, T., Marrero, I., Llewellyn, A., Aggleton, A., Coopers, C., Lehmann, A. & Lindsay, C. (2011). HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health education research*, 26(5) ,834–846.
- Marelich, W. & Clark, T. (2005). Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing and false disclosures in heterosexual college students. *Journal of American College Health*, 53(3),109-115.
- Napper, L., Fisher, D. & Reynolds, G. (2011). Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS Behavior*, 16, 1075–1083.
- Nelson, K., Thiede, H., Hawes, S., Golden, M., Hutcheson, R., Carey, J., ... Jenkins, R. (2010). Why the Wait? Delayed HIV Diagnosis among Men Who Have Sex with Men. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. doi: 10.1007
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). 10 datos sobre el VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). Proyecto para la provisión de cuidado integral a HSH en América Latina y el Caribe. Recuperado de: [new.paho.org/hq/.../Blueprint%20MSM%20Final%20SPANISH.pdf](http://new.paho.org/hq/.../Blueprint%20MSM%20Final%20SPANISH.pdf)
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, (2), 328-335.

- Rosenstock, I., Stretcher, V. & Becker, M. (1994). *The health belief model and HIV risk behavior*. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Ed), Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions 5-22. Plenum Press, New York.
- Ryan, C., Huebner, D., Díaz, R. & Sánchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. doi:10.1542/peds.2007-3524
- Secretaría de Salud [SS]. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud* (7<sup>a</sup> ed.). México. Porrúa.
- Thomas, B., Mimiaga, M., Mayer, K., Johnson, C., Menon, S., Swaminathan, S. & Safren, S. (2009). Unseen and unheard: predictors of sexual risk behavior and HIV infection among men who have sex with men in Chennai, India. *AIDS Education & Prevention*, 21(4), 372-383. doi:10.1521/aeap.2009.21.4.372
- Vargas, R. (2006). Conocimientos, Actitudes y Prácticas VIH/SIDA y Uso del Condón. *Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO)*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional.
- Wei Ma, K., Hongyan, L., Ma, X., Xia, D., Rongrong, L., Xu, J., ... Ruan, Y. (2012). HIV risk perception among men who have sex with men in two municipalities of China implications for education and intervention. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(3), 385-38.
- World Health Organization (2011). Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendations for a public.
- Yan, S., Xiaoming, L., Liying, Z., Xiaoyi, F., Xiuyun L., Yinjie, L. & Bonita S. (2011). HIV testing behavior among young migrant men who have sex with men (MSM) in Beijing, China. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 23(2), 179-186.



Yep, G. (1993). HIV Prevention among Asian-American College Students: Does the Health Belief Model Work?. *Journal of American College Health*, 41, (5), 199-205.

## **Apéndices**

**Apéndice A**  
**Cédula de datos personales**

Contesta las siguientes preguntas.

*Por favor, contesta todas las preguntas lo más honestamente posible.*

1. Código de Identificación: \_\_\_\_\_
  
2. Cuáles es tu edad: \_\_\_\_\_ años
  
3. ¿Fuiste diagnosticado con VIH/Sida? 0. No  1. Si
  
4. ¿Alguna vez te has realizado la prueba de detección del VIH? 0. No  1. Si
  
5. ¿Si la respuesta es sí, cuantas veces te la has realizado? \_\_\_\_\_

## Apéndice B

### Escala de percepción del riesgo del VIH

(Lauby et al.2006).

*Las siguientes preguntas son acerca de la percepción de riesgo que usted siente de infectarse con el VIH. Marca solo una opción con la que tú estés de acuerdo.*

1. Que tan probable es que actualmente esté infectado con el VIH.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

2. Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

3. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer el VIH.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

4. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá el VIH.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

## Apéndice C

### Escala de medición de pros y contras hacia la prueba del VIH

(Lauby et al.2006).

*Las siguientes preguntas son acerca de beneficios y obstáculos que usted percibe hacia la prueba de VIH. Marca solo una opción con la que tú estés de acuerdo.*

1. Todos deberían hacerse la prueba del VIH.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

2. Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

3. Hacerme la prueba del VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigos.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectara alguien más.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

6. Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

7. Quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

8. Si me entero que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

9. Si tuviera el VIH preferiría no saberlo.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

10. Es mejor no saber si tengo el VIH.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

11. Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

12. No es importante saber si tengo el VIH porque el destino decidirá si vivo o muero.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

13. Tengo miedo de decirle a mi pareja sexual que me hice la prueba del VIH.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

14. Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

15. Si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir un nuevo trabajo.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

16. Si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

17. Tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

## Apéndice D

### Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**Título del Proyecto: Riesgo percibido y Balance decisional hacia la prueba de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres.**

Autor del estudio: Lic. Reyna Torres Obregón

Director de Tesis: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Estamos interesados en conocer la probabilidad que siente de infectarse con el virus del VIH y beneficios y barreras que siente para decidir realizarse la prueba de VIH. Por lo cual, lo invitamos a participar en el presente estudio, mismo que forma parte de mi formación como estudiante de posgrado, con el fin de obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Antes de aceptar su participación, necesita saber cuál es el propósito del estudio.

#### **Propósito del Estudio:**

Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana.

#### **Descripción del estudio/procedimiento:**

- En caso de aceptar participar en el presente estudio se le solicitará que conteste tres cuestionarios, que tardará en contestar aproximadamente de 25 minutos, además como parte del estudio se le entregarán 3 cupones con los cuales, podrá invitar o no a sus conocidos que quieran y puedan participar en el estudio, para así poder llegar a contactar a más hombres y se pueda completar y terminar con éxito el estudio, los nuevos reclutados tendrán que asistir a la OSC en donde el participante acordará una cita, al teléfono brindado en el cupón, para que el nuevo participante asista el día y la hora que él decida, la investigadora estará aplicando los cuestionarios de manera privada en una oficina en donde solo estará ella y el participante.
- Es importante mencionar a usted que en caso de participar, tendrá la libertad de terminar su participación en cualquier momento del estudio. La información que usted proporcione será resguardada bajo privacidad y con un estricto anonimato. Los datos serán guardados en una base de datos a la que solo el investigador tendrá acceso a ella. Después de 6 meses de haber concluido el estudio, todos los cuestionarios serán eliminados.



**Riesgos:**

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Sin embargo, si se siente indispuerto, incómodo o no desea seguir participando, puede dar por terminada su participación en el momento que usted así lo decida.

**Beneficios:**

En agradecimiento a su participación se le entregará un kit con condones al final de su participación, además en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para el beneficio de los hombres que tiene sexo con hombres para la prevención y detención del VIH/SIDA.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación**

Las únicas personas que conocerán de su participación en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en la investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que proporcione será completamente anónima y confidencial.

**Preguntas:**

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, puede comuníquese a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 89 43, en horario de 9 a 17 horas, dirección avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

**Consentimiento:**

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando mi participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

---

Firma del Participante

---

Firma del Investigador Principal

---

Firma del testigo (1)

---

Firma del testigo (2)

## **Resumen Autobiográfico**

Lic. Reyna Torres Obregón

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** RIESGO PERCIBIDO Y BALANCE DESICIONAL HACIA LA PRUEBA DE VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/Sida

**Biografía:** Nacida en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, el día 04 de Diciembre de 1989, hija del Sr. Maurilio Torres Hernández y la Sra. Ma. Aurora Obregón Chávez.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con grado de Licenciada en Enfermería en Junio 2011. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2012-2014. Miembro activo del Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing; Capitulo Tau Alpha.

**Experiencia Laboral:** Enfermera General en consultorio particular del 2009 a Enero 2012. Instructor de práctica clínica en el Hospital Universitario de Agosto 2011 a Julio 2012. Facilitador del Programa Educativo Conéctate, para reducir el riesgo de VIH/Sida en adolescentes. Auxiliar de investigación durante el periodo Agosto 2012 al presente. Líder del proyecto Accesida (aplicación móvil) en el concurso APPORTA del Consejo de Software de Nuevo León (Csoftmty). Participación en conferencias, en preparatorias de la UANL, sobre la epidemia del VIH/Sida y sexualidad en adolescentes.

**e-mail:** reynatorres04@yahoo.com.mx