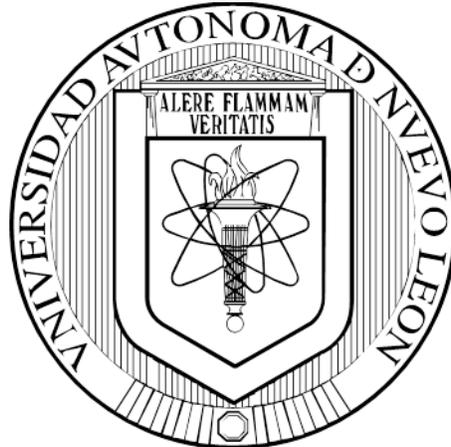


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



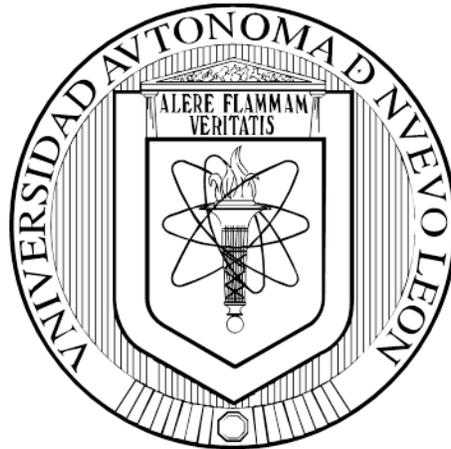
MODELO DE SEXO SEGURO PARA HOMBRES
QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

POR
ME. VICENTE JIMÉNEZ VÁZQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

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



MODELO DE SEXO SEGURO PARA HOMBRES
QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

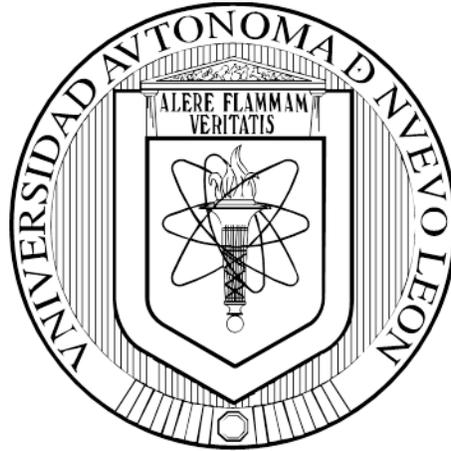
POR
ME. VICENTE JIMÉNEZ VÁZQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

AGOSTO, 2018

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



MODELO DE SEXO SEGURO PARA HOMBRES
QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

POR

ME. VICENTE JIMÉNEZ VÁZQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

AGOSTO, 2018

MODELO DE SEXO SEGURO PARA HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
HOMBRES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Secretario

Dra. María Aracely Márquez Vega

1er. Vocal

Dra. Carolina Valdez Montero

2do. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.

3er. 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 por brindarme la oportunidad de seguir mi formación como Doctor en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca proporcionada para realizar los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Directora de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, y a la Subdirectora de Posgrado e Investigación, Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por su apoyo académico.

Al Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS), por el espacio y equipo de trabajo.

A mi Directora de Tesis, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, quien fue pilar en mi formación. Gracias por compartir sus conocimientos, su disponibilidad, y motivación para el logro de este proyecto.

A los integrantes del Comité de Tesis, Raquel Alicia Benavides Torres, PhD., Dra. María Aracely Márquez Vega, Dra. Carolina Valdez Montero y Marco Vinicio Gómez Meza, PhD., por sus aportaciones y recomendaciones que permitieron fortalecer este proyecto.

También agradezco a la Dra. Silvia Susana Robles Montijo, y al Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por las facilidades para realizar la estancia de investigación.

Gracias a los profesores del programa de doctorado por compartir sus conocimientos y experiencias.

A mis compañeros de generación por su amistad, apoyo, y experiencias en este proceso de crecimiento profesional y personal. Agradezco también a los informantes clave y participantes por su contribución en el estudio.

Dedicatoria

A mis padres Elvira e Isidro, sin duda los pilares de mi formación personal, vivo ejemplo de trabajo, tenacidad para alcanzar las metas, y a quienes les debo todo lo que soy. A mi hermano Erik, y a Luciano por su apoyo incondicional, motivación y compañía en este proceso.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	11
Substracción teórica	13
Modelo de sexo seguro para HSH	30
Estudios relacionados	34
Objetivo general	55
Objetivos específicos	56
Definición de términos	57
Capítulo II	
Metodología	59
Diseño del estudio	59
Población, muestra y muestreo	59
Criterios de inclusión	63
Criterios de eliminación	63
Instrumentos de medición	64
Procedimiento de recolección de información	71
Entrenamiento del equipo de reclutamiento	73
Consideraciones éticas	74
Plan de análisis de los datos	75
Capítulo III	
Resultados	77
Estadística descriptiva de datos sociodemográficos	77
Estadística descriptiva de datos de sexualidad	77

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Estadística descriptiva de las variables del modelo de sexo seguro para HSH	78
Estadística descriptiva de los ítems de las variables del modelo de sexo seguro para HSH	81
Análisis de confiabilidad	84
Relaciones internas del modelo de sexo seguro para HSH	85
Comprobación del modelo de sexo seguro para HSH	107
Modelo de sexo seguro para HSH	111
Capítulo IV	
Discusión	113
Conclusiones	135
Recomendaciones	136
Limitaciones	139
Referencias	141
Apéndices	175
A. Consentimiento informado	176
B. Cédula de datos personales y de sexualidad	177
C. Escala de imagen corporal	178
D. Escala de búsqueda de sensaciones sexuales	179
E. Cuestionario de uso de material sexual en línea	180
F. Escala de discriminación	184
G. Escala de victimización	185
H. Inventario de conformidad de las normas masculinas	186
I. Escala de autoestima	188

Tabla de Contenido

Contenido	Página
J. Escala de conocimientos sobre el VIH y sida para adultos	189
K. Escala de conocimientos sobre el uso del condón	191
L. Sub-escala placer de la escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón	192
M. Escala de autoeficacia para el uso de condón	193
N. Escala multidimensional de apoyo social percibido	195
O. Escala de intenciones hacia el uso del condón	196
P. Sub-escalas equidad y colaboración de la escala de estilos de negociación para el uso del condón	197
Q. Sub-escalas uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura	199
R. Datos descriptivos de la búsqueda de sensaciones sexuales	201
S. Datos descriptivos del uso de material sexual en línea	202
T. Datos descriptivos de la discriminación por diversidad sexual	204
U. Datos descriptivos del machismo	205
V. Datos descriptivos de la autoestima	206
W. Datos descriptivos de conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón	207
X. Datos descriptivos de la actitud hacia el sexo seguro	209
Y. Datos descriptivos de la autoeficacia para el sexo seguro	210
Z. Datos descriptivos del apoyo social	211
A1. Datos descriptivos de las intenciones hacia el sexo seguro	212
B1. Datos descriptivos de la negociación para el sexo seguro	213
C1. Datos descriptivos de la conducta sexual segura	214

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Muestra proporcional de cada estrato	61
2. Datos de sexualidad	78
3. Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad de factores psicológicos y socioculturales	79
4. Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad de recursos de protección internos y externos	80
5. Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad de amortiguadores de protección y conducta resultado	81
6. Consistencia interna de los instrumentos	84
7. Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores psicológicos y conducta sexual segura	86
8. Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores socioculturales y conducta sexual segura	87
9. Análisis discriminante inicial del modelo de factores psicológicos y recursos de protección internos con Lambda de Wilks	88
10. Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de factores psicológicos y recursos de protección internos	89
11. Modelo Lineal Multivariado de factores psicológicos con Coeficiente Beta y variables dependientes de recursos de protección internos	90
12. Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de factores psicológicos y recursos de protección externos	91
13. Correlación entre factores socioculturales y recursos de protección externos e internos	92
14. Análisis discriminante inicial del modelo de factores socioculturales y recursos de protección internos con Lambda de Wilks	93

Lista de Tablas

Tabla	Página
15. Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de factores socioculturales y recursos de protección internos	94
16. Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores socioculturales y recursos de protección externos	96
17. Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores socioculturales y recursos de protección externos con método de remuestreo Bootstrap	96
18. Correlación entre recursos de protección externos e internos	97
19. Correlación entre recursos de protección internos y amortiguadores de protección	98
20. Análisis discriminante de modelo de recursos de protección internos y amortiguadores de protección con Lambda de Wilks	99
21. Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de recursos de protección internos y amortiguadores de protección	100
22. Modelo Lineal Multivariado de recursos de protección internos con Coeficiente Beta para intenciones hacia el sexo seguro	101
23. Modelo Lineal Multivariado de recursos de protección internos con Coeficiente Beta para negociación para el sexo seguro	101
24. Análisis discriminante de modelo de recursos de protección externos y amortiguadores de protección con Lambda de Wilks	102
25. Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de recursos de protección externos y amortiguadores de protección	103
26. Modelo de Regresión Lineal Univariado entre amortiguadores de protección y conducta sexual segura	105

Lista de Tablas

Tabla		Página
27	Modelo de Regresión Lineal Univariado entre amortiguadores de protección y conducta sexual segura con método de remuestreo Bootstrap	105
28.	Modelo de Regresión Lineal Univariado entre recursos de protección internos y conducta sexual segura	106
29.	Modelo de Regresión Lineal Univariado entre recursos de protección internos y conducta sexual segura con método de remuestreo Bootstrap	106
30.	Prueba de efectos inter-sujetos del modelo de sexo seguro para HSH	108
31.	Modelo de Regresión Lineal Univariado del modelo de sexo seguro para HSH	109
32.	Modelo de Regresión Lineal Univariado del modelo de sexo seguro para HSH con método de remuestreo Bootstrap	109

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de sistemas de Neuman	13
2. Estructura conceptual teórico empírica de los estresores intrapersonales y extrapersonales	26
3. Estructura conceptual teórico empírica de líneas de resistencia	27
4. Estructura conceptual teórico empírica de la línea flexible de defensa	28
5. Estructura conceptual teórico empírica de la línea normal de defensa	29
6. Esquema de relación de conceptos del modelo de sexo seguro para HSH	33
7. Diagrama hipotético del proceso del MDE a partir de una semilla	62
8. Modelo Lineal General de la conducta sexual segura en HSH	110
9. Influencia de las variables del modelo de sexo seguro sobre la conducta sexual segura	112

Resumen

Vicente Jiménez Vázquez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2018

Título del estudio: MODELO DE SEXO SEGURO PARA HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Número de páginas: 214

Candidato para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivo y Método del Estudio. Determinar la relación de las variables imagen corporal, búsqueda de sensaciones sexuales, uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual, machismo, autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, autoeficacia para el sexo seguro, apoyo social, intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo con la conducta sexual segura en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Se utilizó como marco teórico el Modelo de Sistemas de Neuman. El diseño del estudio fue de tipo correlacional y de comprobación de modelo. La población estuvo constituida por HSH de 18 años y más, residentes de Monterrey N.L. y del área metropolitana. El tamaño de la muestra fue de 257 individuos, el cual se calculó con base en un modelo de regresión múltiple con 13 variables, con nivel de significancia de .05, Coeficiente de Determinación de $R^2 = .11$ y potencia de prueba de 90%. El muestreo fue no probabilístico por conglomerados. Se utilizó una cédula de datos personales y de sexualidad, y 15 instrumentos, de los cuales, la mayoría presentaron Coeficientes de Confiabilidad aceptables. Los objetivos se analizaron mediante Modelos de Regresión Lineal Univariado y Multivariado.

Resultados y Conclusiones. De acuerdo con los modelos de regresión se encontró que la búsqueda de sensaciones sexuales influye sobre la conducta sexual segura ($F_{[3,253]} = 9.80, p < .001$). El uso de material sexual en línea influye en la conducta sexual segura ($F_{[3,253]} = 16.93, p < .001$). Así mismo, se puede señalar que la actitud hacia el sexo seguro y la autoeficacia para el sexo seguro, influyen en la conducta sexual segura ($F_{[4,252]} = 11.90, p < .001$). El apoyo social influye en la conducta sexual segura ($F_{[1,255]} = 9.82, p = .002$). De igual manera, las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro influyen en la conducta sexual segura ($F_{[2,254]} = 24.02, p < .001$). Finalmente se ajustó un modelo, el cual consideró tres variables de las 13 introducidas, las cuales fueron búsqueda de sensaciones sexuales, intenciones hacia el sexo seguro, y la negociación para el sexo seguro ($F_{[3,253]} = 36.19, p < .001$), dichas variables explicaron el 30% de la varianza de la conducta sexual segura. Los hallazgos del estudio sugieren la importancia de la identificación de factores que pueden inhibir o facilitar la conducta sexual segura en esta población clave de mayor riesgo, así también, proporcionan evidencia que podría ser considerada para futuros estudios o en el diseño de intervenciones para HSH de México.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

La prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema de salud pública que conllevan a repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas (Bautista, Colchero, Romero, Conde, & Sosa, 2013). De acuerdo con cifras del ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida, 2017a) 36.7 millones de personas vivían con el VIH a nivel mundial, 1.8 millones contrajeron la infección y un millón de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. En América Latina se estima que se produjeron aproximadamente 97,000 nuevas infecciones y 36,000 personas fallecieron a causa de enfermedades asociadas al sida. Mientras que México de acuerdo con cifras preliminares para el 2018 se han identificado 1,345 nuevas infecciones por el VIH, y 876 casos de sida (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2018a).

En este sentido, de acuerdo a lo establecido en el mapa de ruta de prevención del VIH, se propone para el 2020 reducir el 75% de los casos en poblaciones clave de mayor riesgo (ONUSIDA, 2017b), entre estas, los usuarios de drogas inyectables, mujeres transgénero, trabajadores sexuales, hombres privados de la libertad, y hombres que tienen sexo con hombres. Al respecto de este último grupo, el término hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se refiere específicamente al comportamiento de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, independientemente si tienen o no relaciones sexuales con mujeres, e independientemente si a nivel particular o social, tienen una identidad heterosexual, gay, bisexual u otra (ONUSIDA, 2015).

Desde el inicio de la epidemia, a nivel internacional y nacional se identificó que los HSH constituían un grupo de mayor afectación en la transmisión del VIH. Con base a datos referidos por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2017a),

en la actualidad presentan una tasa de incidencia de 44 veces mayor en comparación con otros hombres. En América Latina la prevalencia corresponde a 16.4 (Estrada, Escalante, & Rojo, 2015), mientras que en México la prevalencia es de 17.3% (ONUSIDA, 2017c). Por lo anterior, la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración política sobre el VIH y sida, establece como meta, garantizar que el 90% de los HSH como grupo de mayor riesgo, tenga acceso a los servicios integrales de prevención del VIH (ONUSIDA, 2016a).

Una de las formas más efectivas de prevención es mediante el sexo seguro, sin embargo desde 1983 año en que se registraron los primeros casos del VIH y sida en México, y hasta la actualidad, aún se desconoce en su totalidad por qué parte del colectivo HSH no mantiene conducta sexual segura, es decir prácticas sexuales y eróticas de bajo riesgo que evitan la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH (Secretaría de Salud [SS], 2012). Parte de la literatura que justifica la prevalencia de la transmisión del VIH, se le atribuye a la susceptibilidad biológica. Con base en los resultados de un meta-análisis realizado por Baggaley, White y Boily (2010), el riesgo de transmisión del VIH durante el sexo anal puede ser alrededor de 18 veces más en comparación que el sexo vaginal y oral.

Los datos referidos afectan directamente a la población de HSH, ya que el sexo anal sin protección es el principal mecanismo para la transmisión del VIH (Grulich & Zablotska, 2010). Mendoza y Ortiz (2009) señalan respecto al sexo anal, que la mucosa del recto es muy absorbente, se ubica en una zona vascularizada y tiene mayor facilidad de acceso al torrente sanguíneo, por otra parte, la mucosa anal es susceptible de padecer laceraciones y sangrado. Además de lo anterior, si el sexo anal es acompañado con deposición de semen, el cual contiene una elevada concentración viral y no se usa condón, o se usa incorrectamente, el riesgo de transmisión del VIH puede aumentar considerablemente (Mustanski, Newcomb, Du Bois, García, & Grov, 2011).

Aunado a la vulnerabilidad biológica, estudios han demostrado que los HSH

pueden exponerse a situaciones sexuales de riesgo, como tener sexo con desconocidos (Prestage, Fengyi, Bavinton, Scott, & Hurley, 2013), tener múltiples parejas sexuales (Pires et al., 2015), acudir a fiestas sexuales y practicar sexo grupal (Groves et al., 2014), iniciar vida sexual activa en forma temprana, pagar por sexo (Mor, Turner, Livnat, & Levy, 2017), practicar sexo anal, oral y/o vaginal sin condón, o usarlo incorrecta e inconsistentemente (Hakim et al., 2015; Pereira, 2014; Koh & Yong, 2014), realizar prácticas que implican erotizar con el semen (Downing Schrimshaw, Antebi, & Siegel, 2014), y tener sexo bajo influencia de drogas o alcohol (Soriano, 2017; Zhang Z, Zhang L, Zhou, Li, & Yang, 2017). Dichas situaciones han conllevado a que la transmisión sexual sea la principal vía para adquirir el VIH en el 98.6% de los casos (CENSIDA, 2018a).

Mediante una revisión de literatura se identificaron diversos factores que podrían afectar o favorecer la adopción del sexo seguro para prevenir el VIH, entre estos, la imagen corporal, la búsqueda de sensaciones sexuales, el uso de material sexual en línea, la discriminación por diversidad sexual, el machismo, la autoestima, los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, la actitud y autoeficacia para el sexo seguro, el apoyo social, las intenciones y la negociación para el sexo seguro (Aliabadi et al., 2015; Bauermeister, Hickok, Meadowbrooke, Veinot, & Loveluck, 2014; Fauk, Merry, Sigilipoe, Putra, & Mwanri, 2017; Gao et al., 2016; Goedel, Krebs, Greene, & Duncan, 2016; Liu, Kennedy, Hong, Ha, & Ning, 2013; Malonzo & Chavers, 2013; McDonough, 2012; Semple et al., 2017; Sithole, 2017; Warren et al., 2008; Whitfield, Rendina, Groves, & Parsons, 2017).

De acuerdo a lo descrito, se puede denotar la dimensión del fenómeno, es decir, la conducta sexual segura en HSH es el resultado de múltiples factores que la pueden inhibir o favorecer como medida de salud. Con base en antecedentes, existe un modelo explicativo en HSH mexicanos propuesto a partir del modelo de promoción de la salud, en el cual se determinó la influencia de características personales y cogniciones en la

conducta sexual de los HSH, si bien los hallazgos contribuyen en la comprensión de la conducta sexual, los resultados potencializan la necesidad de nuevas investigaciones, así mismo, Valdez (2015) señala, dada la complejidad del fenómeno, es importante indagar otros factores psicológicos y socioculturales que favorezcan la prevención del VIH.

A nivel psicológico, la literatura indagada muestra que la imagen corporal puede repercutir en el sexo seguro. Fernández (2009) refiere que la cultura de HSH, ha creado una sobrevaloración por la belleza física, caracterizada por la masculinidad, la juventud y el peso, lo cual genera exclusiones y violencia simbólica hacia los hombres que no reúnen dichas expectativas. Leung, Wong, Naftalin y Lee (2014) señalan que el atractivo físico ha sido vinculado a la ausencia de sobrepeso u obesidad, mientras que la musculatura se ha convertido en un ideal normativo, un hombre con cuerpo musculoso, es visual y sexualmente atractivo para los HSH (Tiggemann, Martins, & Kirkbride, 2007).

Halkitis, Green y Wilton (2004) señalan que cuando los HSH cumplen los estándares de musculatura y masculinidad, pueden sentirse más seguros de su atractivo físico, y por tanto, también sentirán mayor seguridad durante las relaciones sexuales, por lo que es probable que, en relación a la conducta sexual segura, privilegien sus preferencias e ignoren las de su pareja, dichos aspectos podrían influir en el uso o no del condón. Por otro lado, los HSH que se perciben con sobrepeso u obesidad, pueden experimentar vergüenza, baja autoestima, ansiedad, u otras situaciones que puede encaminar a la adopción de conductas como una forma de mitigar estos sentimientos, incluida la adopción de prácticas sexuales de riesgo (McCreary, Hildebrandt, Heinberg, Boroughs & Thompson, 2007).

Otro factor es la búsqueda de sensaciones sexuales, Matarelli (2013) reporto en un estudio que el 34.9% de los HSH con tendencia a la búsqueda de sensaciones sexuales tuvo sexo anal sin condón, y el 26.7% consumió drogas durante las relaciones sexuales, situación que de acuerdo a Heidinger, Gorgens, y Morgenstern (2015) y

Pakianathan et al. (2018), aumenta cinco veces más probabilidades de adquirir el VIH, y cuatro veces más riesgo de ser diagnosticado con otra ITS. A su vez, Gao et al. (2016) señalan que la búsqueda de sensaciones sexuales puede influir en los HSH para tener múltiples parejas sexuales, fomentar actitudes negativas respecto al uso del condón y repercutir otras acciones que favorezcan la conservación de la salud sexual (Taylor, O' Cleirigh, Mayer, & Safren, 2013).

Una variables asociada a la conducta sexual segura corresponde a la autoestima, Nyembezi et al. (2014) identificaron que el 88% de los HSH que tenían nivel alto de autoestima utilizó condón de manera consistente y se realizó la prueba de detención del VIH. Por otra parte, Fernández (2009) encontró que los sentimientos de aislamiento y soledad en los HSH conducen a una baja autoestima, la cual fomenta la toma de riesgo mediante sexo ocasional o con desconocidos, dicha conducta actúa como un mecanismo de afrontamiento o escape de estados de malestar emocional. De manera similar, Fernández y Morales (2013) identificaron que los HSH que tenían baja autoestima, refirieron tener más parejas en un intento de conectarse a través del sexo y aceptar tener sexo sin condón para evitar ser rechazados por la pareja sexual. En este entendido, el nivel de autoestima puede reflejarse en las fortalezas o debilidades para defenderse de eventos que ponen en riesgo la salud sexual, como es la transmisión del VIH.

Fishbein y Ajzen (1975) plantean que la actitud, es una evaluación positiva o negativa de las personas hacia una conducta de interés, y está condicionada por las creencias relacionadas a las consecuencias y al valor afectivo hacia esta. Respecto a la actitud hacia el sexo seguro, Gervasi (2012) encontró que el 63.3% de los HSH que tenían actitud positiva hacia el sexo seguro utilizó condón para el sexo anal, y el 73.4% evadió prácticas sexuales de riesgo. Lo cual indica que una actitud positiva hacia el sexo seguro puede favorecer la implicación hacia éste, principalmente mediante el uso del condón (Mor et al., 2017).

En cuanto a factores cognitivos, el corpus teórico señala que los conocimientos sobre la prevención del VIH están relacionados a la conducta sexual segura. Liu, Moses, Zhang y Liang (2013) identificaron en su estudio que el 75.5% de los HSH que tenían más conocimientos sobre las vías de transmisión y prevención del VIH y sida, tenían menor riesgo de adquirir el VIH. Sobre este mismo contexto, Guo, Li, Song y Liu (2012) analizaron la conducta sexual de los HSH, identificando que aquellos que tenían menos conocimientos sobre el VIH y el uso del condón, tenían menos probabilidad de hacer uso del condón y de realizarse la prueba de detección del VIH, así mismo, tenían menos disposición para participar en programas de prevención hacia el VIH. Por lo tanto, tener conocimientos adecuados y suficientes sobre el VIH, sida y uso del condón, pueden ser un factor relevante para favorecer la conducta sexual segura en los HSH (Gomes, Ceccato, Kerr & Guimarães, 2017; Prati et al., 2016).

Otro factor cognitivo es la autoeficacia, Lavelle (2006) plantea que las personas con niveles altos de autoeficacia, tienen una mejor adaptación biológica, psicológica y social a sus situaciones particulares de la vida. En la conducta sexual ha sido identificada como un factor importante que influye en la capacidad para protegerse ante la transmisión del VIH, cuanto mayor sea el nivel de autoeficacia, menores serán las barreras que se perciban para realizar conductas saludables (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Por lo cual, en relación al sexo seguro, la literatura sugiere que a mayor autoeficacia percibida, mayor uso del condón y menor probabilidad de tener prácticas sexuales de riesgo en los HSH (Jung, 2013; Teng & Mak, 2011).

En esta misma línea, las intenciones hacia el sexo seguro, pueden identificarse como un antecedente y predictor inmediato para el uso del condón (Espada, Morales, Guillén, Ballester, & Orgilés, 2016). Fishbein (2000) plantea que para que una persona tenga un comportamiento preventivo, se debe poner atención en aspectos psicosociales, como la intención hacia el sexo seguro. Se ha encontrado que tener la intención para usar el condón reduce el número de parejas sexuales e incrementa el uso del condón para

el sexo anal en los próximos seis meses (Lau et al., 2012). Por otra parte Mansergh et al. (2010) encontraron que la disminución de las intenciones hacia el uso del condón se asocia a mayor riesgo para tener sexo anal insertivo y receptivo si protección.

Así mismo, autores señalan que, debido a que el uso del condón ocurre dentro de un acto sexual que implica la relación entre dos o más personas, y utilizarlo es una decisión de todos los involucrados, por lo tanto la negociación para el sexo seguro juega un papel relevante para identificar conflictos, proponer soluciones asertivas y llegar a un acuerdo para su uso cuando hay resistencia de alguno de los implicados (Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011). Las habilidades de negociación que tengan los HSH podrían favorecer o repercutir en el uso del condón para el sexo anal u oral, e incidir en la capacidad para proponer y llevar a cabo prácticas no penetrativas de bajo riesgo hacia la transmisión del VIH (Downing, 2011; Noboa & Serrano, 2006; Ybarra, DuBois, Parsons, Prescott, & Mustanski, 2014).

Respecto a factores socioculturales, el uso de material sexual en línea constituye un factor potencial que puede influir en la conducta sexual. De acuerdo con Bandura (1986), las personas pueden aprender comportamientos sexuales a partir de la interacción con material sexual en línea, al proporcionar éste información sobre las recompensas o castigos obtenidos al llevar a cabo determinadas conductas. En un análisis de material sexual en línea, Peter y Valkenburg (2006) observaron que la gratificación que obtienen los actores en el sexo sin condón se representa por medio del aumento en la satisfacción y placer sexual, mientras que las consecuencias negativas no aparecen representadas.

En uno de los sitios web más utilizado para consultar material sexual en línea por HSH, se reportó que de 36 empresas productoras, solo 8 producen exclusivamente videos de sexo seguro (Whitfield et al., 2017). En este sentido, Fernández y Zaragoza (2009) encontraron que en los HSH que usaban material sexual en línea, el 31% tuvo sexo anal sin condón, y 81% no lo usó de manera consistente, además habían consumido

drogas durante las relaciones sexuales, desconocían su estado serológico al VIH y habían tenido una ITS en el último año (Stein, Silvera, Hagerty, & Marmor, 2012).

En cuanto al machismo, es una construcción cultural que promueven conductas que desvalorizan y discriminan a las mujeres, pero también a hombres por ser, parecerse o identificarse con lo femenino, basándose en la falsa superioridad de lo masculino (Mansilla, 2014), lo cual justifica tener múltiples parejas sexuales, el inicio sexual a edades tempranas, las relaciones sexuales exentas del compromiso, y las relaciones extramaritales. Dichas conductas puede ser expresadas como una necesidad, o ser interpretadas como ser más hombre, gozando de popularidad y admiración (Ferrer et al., 2016; Sierra, Rojas, Ortega, & Martí, 2007). Adicionalmente Huang et al. (2011) señala que estas creencias culturales repercuten en la conducta sexual segura al disminuir el uso del condón, y con ello, disminuyendo el compromiso con la salud sexual.

En otro aspecto, cabe especificar que la conducta sexual no ocurre en un vacío social. Sosa (2013) señala que la epidemia del VIH no puede ser abordada únicamente como un problema de salud, ya que está sustentada por un problema social que es la discriminación. De acuerdo a datos del CENSIDA (2018b), se calcula que en México 220 mil personas viven con VIH, sin embargo solo el 64% han sido diagnosticadas, lo cual es atribuido a principalmente a conductas de estigma y discriminación por diversidad sexual. Dicho fenómeno a menudo impide que los HSH busquen o reciban servicios esenciales de prevención, atención y cuidado, favoreciendo que asuman comportamientos que aumentan el riesgo hacia la infección del VIH (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000).

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2015), señala que el apoyo social es un factor determinante vinculado con el grado de fortaleza del individuo, y permite obtener beneficios tanto en la salud física, psíquica y emocional. Se considera más probable que las personas se comprometan a la adopción de conductas promotoras de salud cuando reciben apoyo de sus fuentes primarias y significativas (Aristizábal,

Blanco, Sánchez, Meléndez, & Ostiguín, 2011). En este contexto, se ha identificado que el apoyo social es un elemento fundamental para la toma de decisiones relacionadas a la conducta sexual.

Deuba et al. (2013) en su estudio reportaron que el 78% de los participantes que no percibieron apoyo social o que estaba insatisfechos con el apoyo social recibido, no utilizaron el condón para el sexo anal y vaginal en los últimos tres encuentros. Por otra parte, Beougher, Gómez y Hoff (2011) señalan que pertenecer a una red social y contar con el apoyo de amigos u otras personas significativas permite a los HSH sentirse involucrados en la comunidad, hacer amigos y discutir aspectos importantes sobre la prevención de VIH y otras ITS. Por lo tanto, una percepción positiva y suficiente de apoyo social podría considerarse como recurso necesario para incidir en la conducta sexual segura (Heijman, Zuure, Stolte, & Davidovich, 2017; Valdez, Castillo, Olvera, Onofre, & Caudillo, 2015).

De acuerdo a las consideraciones anteriores, cabe especificar que la dinámica de actuación de los factores antes referidos y la conducta sexual segura no está clara en su totalidad, lo cual pudiera ser atribuible a que los HSH representan una población oculta, al ser un tema sensible y al estigma que aún persiste a nivel nacional e internacional en razón de su conducta sexual, así mismo, por la vulnerabilidad multifactorial, y si bien se han planteado una serie de variables identificadas aisladamente en estudios, ninguna de estas por sí sola es suficiente para explicar el fenómeno, lo cual representa una situación preocupante por la prevalencia concentrada del VIH en esta población, la inexistencia de una vacuna preventiva y/o tratamiento que garantice la cura (ONUSIDA, 2016b). Así también por sus repercusiones a nivel individual y/o familiar, y por el costo económico para el sistema de salud mexicano.

De acuerdo con resultados del estudio retrospectivo de Tapia, Sepúlveda, De la Rosa, y Revuelta (2018), en México los pacientes con sida tienen en promedio dos ingresos hospitalarios al año, estos con una estancia de 20 días cada uno, lo que

representa 11% del año, y un costo anual cercano a los 9.3 millones de pesos. El costo promedio anual del tratamiento hospitalario y de consulta externa por paciente es de siete millones, y el promedio de gasto que destina la familia al tratamiento es de 2.5 millones de pesos, lo cual representa el 52% del ingreso familiar anual, y de éste, el 42.3% corresponde a la disminución en el ingreso económico familiar originado por incapacidades y desempleo.

En esta misma línea, se puede referir que la literatura científica analizada corresponde principalmente a estudios realizados en el extranjero, y si bien muestran resultados interesantes, sin embargo, carecen del contexto cultural propio de HSH de México, lo cual puede repercutir en el abordaje adecuado a la problemática generada por la transmisión del VIH. Se puede concretar que la prevención del VIH demanda la atención de los profesionales de la salud, de tal manera, es relevante que el profesional de enfermería, como parte del sistema de salud, contribuya en la reducción de conductas sexuales de riesgo, inicialmente mediante la realización de investigación científica que permita explicar la interacción de variables involucradas en la conducta sexual, y a la vez, identificar dimensiones del conocimiento que puedan contribuir en la fundamentación de intervenciones conductuales para prevenir el VIH en esta población.

Para lo antes descrito, es necesario hacer un abordaje al problema en forma integral, considerando modelos conceptuales o grandes teorías que permitan incorporar nuevos conceptos y abordar a mayor profundidad el fenómeno. En este sentido, el Modelo de Sistemas de Neuman ([MSN], 2011), propone un marco idóneo para explorar fenómenos de la enfermería y otras ciencias de la salud, considerando simultáneamente múltiples variables, además de que ha sido utilizado para explorar la conducta sexual (Villarruel, Bishop, Simpson, Jemmott, & Fawcett, 2001). El MSN explica la presencia de estresores que pueden desencadenar problemas de salud en el individuo, la influencia y efecto de estos, dependerá de las capacidades y recursos disponibles para hacer frente a las diversas situaciones de riesgo.

Además, el MSN, visualiza al individuo como un ser holístico, cuyas partes están en interacción dinámica con su entorno, facilitando la comprensión de procesos complejos, la relación entre diversos estresores y las líneas de defensa que intervienen y favorecen la salud del individuo (Neuman, 2011), es decir, puede contribuir a esclarecer la dinámica de actuación entre factores del entorno que pueden favorecer la conducta sexual de riesgo para la transmisión del VIH y los factores de protección relacionados a la conducta sexual segura en HSH. Con base en el MSN, se seleccionaron cuatro de sus conceptos principales (estresores, líneas de resistencia, línea flexible de defensa y línea normal de defensa), los cuales se sometieron al método de substracción teórica de Dulock y Holzemer (1993), y posteriormente integrados en un modelo. La utilidad de los modelos de enfermería es que permiten hacer presentaciones y descripciones de un conjunto de conceptos, explicar sus relaciones y predicen resultados (Meléis, 2012).

Por lo descrito, el objetivo general del presente estudio es determinar la relación de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales), factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo), recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro), recursos de protección externos (apoyo social) y amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro), con la conducta sexual segura en los HSH.

Marco teórico

El Modelo de Sistema de Neuman (2011) propone un marco flexible para explorar fenómenos en el área de la salud, originalmente fue creado para proporcionar una base para evaluar e integrar información sobre el individuo y la forma de ayudarles a mantener o mejorar su estado de salud de una manera multicontextual y holística, enfocándose en su interacción con el entorno. Neuman (2011), concibe al individuo

como un todo constituido por factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, que se interrelacionan y son interdependientes.

En el MSN, el bienestar es visto como la estabilidad o armonía en la totalidad del individuo, e indica que las necesidades del sistema están satisfechas, mientras que el bienestar reducido o enfermedad indicaría necesidades insatisfechas. De igual manera establece que el individuo está en constante interacción con estresores que pueden provocar una reacción (positiva, negativa o neutral), esta dependerá de la capacidad y la presencia de mecanismos de protección disponibles, el resultado de esta interacción se verá reflejado en la estabilidad o bienestar de la persona.

Los conceptos explícitos del MSN (Neuman, 2011) son: estructura básica, líneas de resistencia, línea normal de defensa, línea flexible de defensa, estresores, grado de reacción, prevención como intervención (primaria, secundaria y terciaria) y reconstitución. De acuerdo a Chinn y Krammer (1995), se recomienda que en un estudio de investigación no se utilicen todos los conceptos de un modelo o teoría, sino seleccionar aquellos que tengan relación y puedan explicar el fenómeno. En tal sentido para el presente proyecto se utilizaron cuatro conceptos: estresores (intrapersonales y extrapersonales), líneas de resistencia, línea flexible de defensa y línea normal de defensa (Figura 1).

Proposiciones del MSN (Neuman, 2011) relacionadas al estudio:

1. Existen estresores conocidos, desconocidos y universales, y cada uno difiere en su potencial para afectar el nivel de estabilidad del individuo o línea normal de defensa
2. La línea flexible de defensa es el primer mecanismo de defensa contra los estresores, actúa como un amortiguador para proteger la línea normal de defensa.
3. Cuando el efecto amortiguador de la línea flexible de defensa no es capaz de proteger al individuo de los estresores, los estresores entran en contacto con la línea normal de defensa y pueden provocar desestabilidad.

4. Implícito en cada individuo hay factores conocidos como líneas de resistencia, su función es mantener o regresar al individuo a su normalidad y protegerlo aun en presencia de estresores.

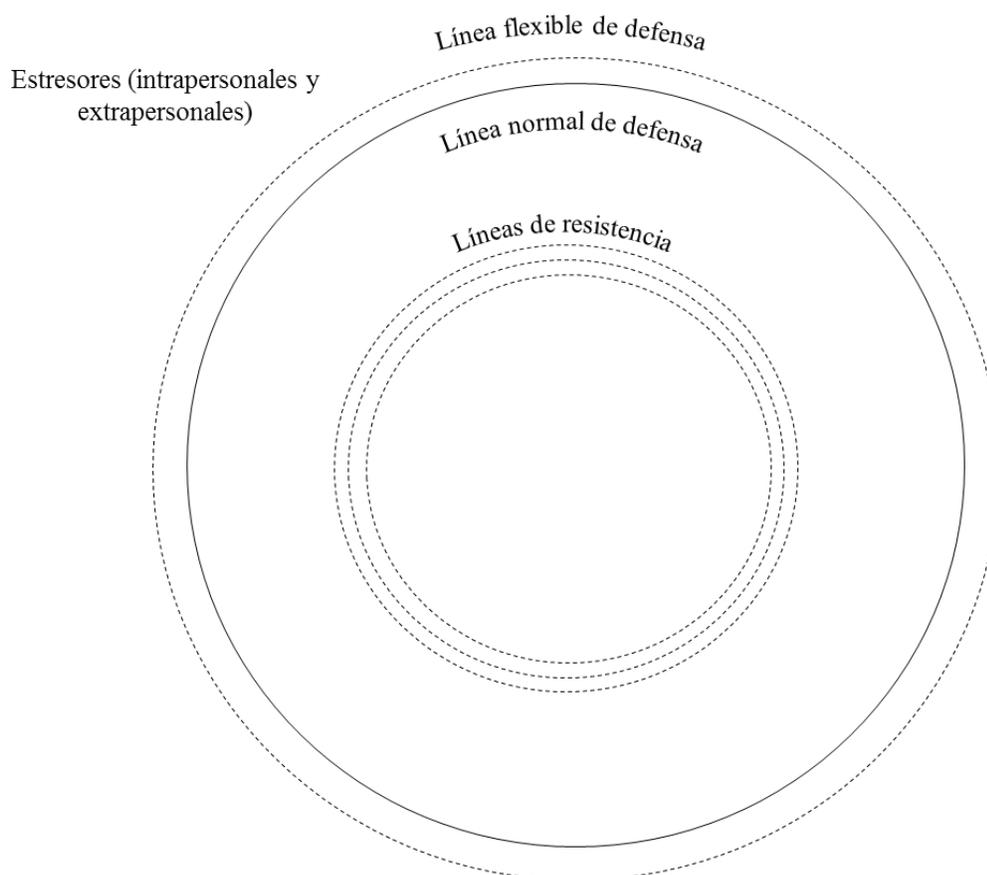


Figura 1. Modelo de Sistemas de Neuman

Substracción teórica

Considerando el soporte teórico de Neuman (2011), se llevó a cabo la substracción teórica mediante el método propuesto por Dulock y Holzemer (1993), el cual consta de cuatro pasos. El primero consistió en la identificación y selección de conceptos. En el segundo paso se especificó la relación entre conceptos, lo cual se realizó mediante la aplicación de analogías y tomando como referencia la literatura y las definiciones del MSN (Neuman, 2011). En el tercer paso se realizó la ordenación

jerárquica de los conceptos de acuerdo al nivel de abstracción, partiendo de lo más abstracto a lo más concreto. Y finalmente, en el cuarto paso, se llevó a cabo la representación gráfica de las relaciones entre los conceptos.

En las figuras 2-5, se muestra gráficamente la substracción teórica. El diagrama conceptual teórico empírico parte de manera descendente de los conceptos seleccionados del MSN, hacia el modelo propuesto con sus correspondientes definiciones teóricas, y en el nivel inferior se ubican los indicadores empíricos, es decir, los instrumentos que permiten medir los conceptos del modelo propuesto. Los conceptos seleccionados del MSN fueron: estresores (intrapersonales y extrapersonales), líneas de resistencia, línea flexible de defensa y línea normal de defensa. A continuación, se describen los conceptos y la substracción teórica de estos:

Estresores intrapersonales y extrapersonales.

Los estresores intrapersonales son factores personales que tienen el potencial de causar inestabilidad en el bienestar y tienen lugar al interior del individuo, como ocurre en los factores psicológicos (Neuman, 2011). Los factores psicológicos son procesos a nivel individual y sus interpretaciones que influyen en los estados mentales (Dumoy, 1999). A nivel psicológico, dos factores asociados a la conducta sexual de riesgo en HSH son la imagen corporal y la búsqueda de sensaciones sexuales.

Imagen corporal. Es definida como la forma en que un individuo se percibe, imagina y siente con respecto a su propio cuerpo (Vaquero, Alacid, Muyor, & López, 2013), y está constituida por tres elementos: el perceptual, concerniente a la precisión con que se percibe el tamaño corporal en segmentos o en su totalidad. El cognitivo-afectivo, alusivo a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física, ya sean positivas o negativa. Y el conductual, relacionado a las conductas que provocan la percepción del cuerpo (De la Serna, 2004).

En el contexto de los HSH, Wiseman y Moradi (2010) refiere que el deseo por ajustarse a los ideales corporales entre los HSH ha sido motivado principalmente por el deseo de atraer a otros hombres, las expectativas de atracción física hacen hincapié en la importancia de la delgadez y la musculatura. Por otra parte, Reilly, Yancura y Young (2013), indican que existe una presión para ajustarse a patrones en donde los HSH tratan tener cuerpos masculinos que favorezcan aceptación social, sin embargo, cuando estas expectativas no son satisfechas pueden tener consecuencias negativas en su autoconcepto y autoestima, siendo más propensos a sentirse poco atractivos, e insatisfechos, en consecuencia, aumentando la probabilidad de involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo, debido a la baja autovaloración (Peplau et al., 2009; Tylka & Andorka, 2012).

Búsqueda de sensaciones sexuales. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad multidimensional constituido por componentes como la búsqueda de emoción y aventura, la búsqueda de experiencias, la desinhibición y la susceptibilidad al aburrimiento. La búsqueda de sensaciones se conceptualiza como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias (Zuckerman, 2007). Si bien esta práctica implica un riesgo, también implican una ganancia para quien la ejecuta, como puede ser la satisfacción, el placer, el reconocimiento o admiración, y puede tener como base una necesidad biológica, afectiva, y/o social. Una persona con alta búsqueda de sensaciones se caracteriza por su tendencia a hacer aquellas cosas que una persona con baja búsqueda de sensaciones considera peligrosas y arriesgadas, la diferencia entre unos y otros es la distinta valoración que se hace del riesgo (Rosenbloom, 2003).

En específico, la búsqueda de sensaciones sexuales se define como la tendencia a obtener niveles óptimos de excitación sexual y de implicarse en experiencias sexuales novedosas (Kalichman et al., 1994). En los HSH, la búsqueda de sensaciones sexuales se

ha relacionado con la conducta sexual de riesgo, principalmente al acudir y tener sexo con mayor frecuencia en sitios de encuentro, tener múltiples parejas sexuales, más sexo ocasional, tener sexo sin condón, así como también al consumo de alcohol y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales (Grosskopf, LeVasseur, & Glaser, 2014; Léobon, Velter, Engler, Drouin, & Otis, 2011; Matarelli, 2013; Valdez, 2015).

Los estresores extrapersonales son factores del entorno que tienen el potencial de causar inestabilidad en el bienestar, ocurren distal y externamente al individuo, como sucede en los factores socioculturales (Neuman, 2011), los cuales son componentes de mayor escala dentro de las culturas y sociedades que afectan los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas, y por tanto, tienen un efecto importante en la conformación de las percepciones para responder a los problemas de salud y enfermedad (Pender et al., 2015). Al respecto, algunos factores socioculturales vinculados a la conducta sexual en los HSH, son el uso de material en línea, la discriminación por diversidad sexual y el machismo.

Uso de material sexual en línea. En los últimos años se ha producido un aumento sorprendente respecto al uso de tecnologías de la información y comunicación, principalmente del internet, el cual se ha convertido en una potente conexión ver material sexual explícito (pornografía). Al respecto, Kubicek, Beyer, Weiss, Iverson y Kipke (2010), señalan que este puede tener un impacto negativo, sobre todo, cuando se asume lo que sucede en la pantalla como una realidad y se busca llevar a la práctica. De acuerdo con la teoría social cognitiva (Bandura, 1986), las personas pueden aprender un comportamiento sexual a partir de la observación e interacción. En un análisis del contenido del material sexual explícito, se identificó que el sexo seguro en el 90% de los videos está ausente, siendo nulo el uso de condón para el sexo anal en el material conocido como “*sexo a pelo*”, el cual ha sido diseñado y dirigido específicamente para HSH (Stein et al., 2012).

Por otra parte, el internet se ha convertido en un medio de concertación de encuentros sexuales, sobre todo en HSH jóvenes, la búsqueda de parejas sexuales puede hacerse desde medios más tradicionales como portales, páginas web, correo electrónico, hasta las más recientes redes sociales y las novedosas aplicaciones en dispositivos móviles. Conde y Santoro (2015) refieren que las aplicaciones conocidas como “*de ligue*”, sirven casi exclusivamente para tener sexo con parejas ocasionales, permiten encuentros sexuales en todo momento, y con ello aumentando la frecuencia de las relaciones sexuales.

En esta misma línea, se señala que las aplicaciones para búsqueda de parejas sexuales en dispositivos móviles, dan una aproximación más espontánea y directa al sexo, crean entornos donde apenas se producen diálogos que no van más allá de acordar la cita sexual e intercambiar fotografías explícitas sexualmente, lo que podría relacionarse al uso poco frecuente del condón por la falta de comunicación (Landovitz et al., 2013). En general, se ha identificado que el uso de material sexual en línea puede aumentar la frecuencia de relaciones sexuales y número de parejas sexuales, así como en el uso inconsistente del condón en el sexo oral, anal y/o vaginal, con ello, aumentar el riesgo para adquirir el VIH (Valdez, 2011).

Discriminación por diversidad sexual. De acuerdo con Estrada, Magis y Bravo (2007), la discriminación es entendida como cualquier forma de distinción, exclusión o restricción que afecte a una persona, y tiene consecuencias emocionales y del comportamiento, como la vergüenza, depresión y la soledad, las cuales debilitan la fortaleza de la persona, aumentan su vulnerabilidad, aíslan y privan de atención y apoyo. Su origen suelen ser ciertos atributos o circunstancias como el color de la piel, la edad, la orientación o preferencia sexual, el sexo, la identidad de género, origen étnico, creencias religiosas, estado de salud, entre otras variables (Zepeda, 2007), y puede ser a nivel familiar, institucional, comunitario, y en plano extremo cuando las políticas

públicas discriminan a determinadas poblaciones, privándolas de acceso a reconocimiento o beneficios.

La literatura indica que, en los HSH, la discriminación ha sido ocasionada a partir de su identidad y conducta sexual (Sosa, 2013), este fenómeno puede ser atribuido a la percepción de una desviación de la norma heterocentrista, y al patrón sociocultural tradicional en donde se imponen comportamientos y se prohíben los considerados “*anormales*”. En consecuencia, al anonimato elegido por los HSH para ocultar su identidad y conductas sexuales, la discriminación puede incrementar la vulnerabilidad social, ocasionar problemas psicológicos y de conducta (Aggleton, 2004; Mills et al., 2004), e interferir en los procesos de toma de decisiones que conlleva al riesgo de actividades sexuales no razonadas que pueden contribuir en la transmisión del VIH y otras ITS (Dowshen, Binns, & Garofalo, 2009).

Machismo. El machismo se ha identificado décadas atrás como una característica cultural hispana y particularmente mexicana, y se define como un conjunto de creencias, actitudes y conductas que tiene como base dos ideas básicas: la polarización de los sexos, es decir, una contraposición de lo masculino y lo femenino, en donde no sólo son diferentes, sino excluyentes; y la segunda, la superioridad de lo masculino en las áreas consideradas importantes por los hombres (Montalvo & García, 2007). En la actualidad el machismo es un fenómeno de interés para identificar como este responde a comportamientos de hombres sobre otros hombres y a la epidemia del VIH (Dunkle & Jewkes 2007).

En los HSH, el machismo se ha fundado en el mito de superioridad que justifica y promueve conductas percibidas tradicionalmente heterosexuales, es un pensamiento de cómo se debe ser y hacer para no perder caracteres masculinos, evitando así ser considerado afeminado (Mansilla, 2014). Exigiéndose constantemente probar su masculinidad, y alentados por percepciones de poder e invulnerabilidad, pueden involucrarse en conductas sexuales de riesgo (Cáceres, Fernández, & Silva, 2009). Entre

estas, el inicio precoz de las relaciones sexuales, tener mayor número de parejas ocasionales, y/o adoptar una actitud negativa hacia el uso de condón (Larrañaga, Yubero, & Yubero, 2012). Pueden colocar el placer sexual antes de las medidas preventivas, no admitiendo que necesita orientación o asistencia médica (Pérez & Orengo, 2012).

Líneas de resistencia.

Las líneas de resistencia son los recursos específicos internos o externos que ayudan al individuo a defenderse y mantener su bienestar, y se activan ante situaciones de riesgo, así mismo, estos recursos de protección pueden favorecer a los recursos más cercanos al bienestar o conductas de salud (Neuman, 2011). De acuerdo a lo descrito, la literatura señala recursos de protección internos que pueden favorecer la conducta sexual segura, como la autoestima, los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, la actitud y la autoeficacia para el sexo seguro, los cuales actúan a nivel cognitivo en el individuo. Mientras que otros pueden provenir del exterior como los factores sociales e influencias interpersonales, pero de igual manera puede incidir en la conducta sexual segura en la población de HSH, como es el apoyo social.

Autoestima. La autoestima es definida por Rosenberg (1965) como una actitud positiva o negativa hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo. Maslow (1982) establece que al ser un concepto gradual se pueden presentar en tres niveles: nivel alto, que corresponde a sentirse confiadamente apto para la vida, sentirse capaz y valioso o aceptado. El nivel medio, equivale a sentirse apto-inútil, o acertado-equivocado, lo que puede conllevar a mostrar incongruencias en la conducta del individuo. Y el nivel bajo es cuando la persona no se siente en disposición para la vida, se siente equivocado como persona, buscan la aprobación y reconocimiento de otros, y con ello teniendo dificultad para expresar lo que piensan, sienten y necesitan en sus relaciones, así como para negarse al realizar determinada conducta.

En el contexto específico de HSH, Zaruma y Villavicencio (2016), refieren que la identidad sexual y las prácticas sexuales comúnmente son motivo de estigma y rechazo, generando así sentimientos de soledad y baja autoestima, lo que a menudo los lleva a emplear conductas negativas como mecanismos de defensa, entre ellos la obsesión con la belleza y el cuerpo, consumo de drogas y/o alcohol, sexo casual y frecuente, este último es experimentado como escape, o una forma aparentemente efectiva de llenar ese vacío, afectando además las capacidades individuales para ejercer prácticas sexuales seguras (Granados, Torres, & Delgado, 2009). Mientras que los individuos que tienen mayor o alta autoestima, muestran menos ansiedad o depresión, menos problemas conductuales, consumen menos alcohol y es más probable que tenga una conducta sexual segura (Lozano, 2009).

Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón. El conocimiento se define como el proceso de identificar, estructurar, interpretar y utilizar la información para obtener un resultado y requiere aplicar la intuición y la sabiduría propia de la persona a la información (López, 2004). En las ciencias de la salud, el conocimiento ha sido visto como uno de los más importantes recursos por la capacidad que otorga para realizar una acción (Brito et al., 2012). En específico el conocimiento sobre el VIH y sida es definido como la información que se tiene sobre los métodos de transmisión, protección y detección del VIH y sida que permiten la toma de decisiones sobre conductas de sexo seguro y uso del condón (Castillo & Benavides, 2012; Silva, Andrade, Palacios, Rojas, & Mendonca, 2014).

Cuando se tiene información adecuada sobre las maneras específicas en que pueden transmitirse y prevenirse las ITS, incluyendo el VIH, proporcionan un medio de protección para evitar conductas sexuales de riesgo, permitiendo decidir la mejor forma de protegerse y favoreciendo actitudes positivas para el uso frecuente y consistente del condón (Robles et al., 2012). Por otra parte, la falta, o escasos conocimientos sobre las

medidas básicas de prevención, puede ser un obstáculo que conduce frecuentemente a una conducta sexual de riesgo (Corona & Ortega, 2013).

Actitud hacia el sexo seguro. La actitud hace referencia a una evaluación positiva o negativa de la persona hacia un comportamiento particular de interés y está condicionada por un conjunto de creencias relacionadas a las consecuencias de la conducta y el valor afectivo hacia a esta (Fishbein & Ajzen, 1975). La literatura, señala tres componentes relevantes: el componente cognitivo, que se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal, es decir, al conjunto de creencias y opiniones que se poseen sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo. El componente afectivo, que define los sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto actitudinal, y el componente conativo que hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto de actitud (Rosenberg & Hovland, 1960).

En el ámbito de la salud, con base en el componente afectivo, la literatura denota que las actitudes de las personas están relacionadas al apego hacia las conductas (Ortego, 2011). De tal manera, en el caso de la conducta sexual, una actitud negativa hacia el sexo seguro, influiría negativamente y repercutiría en el apego del uso del condón (Teva, Bermúdez, & Ramiro, 2014). Mientras que una actitud positiva hacia este, favorecerían su uso habitual (Reis, Ramiro, Gaspar, & Alves, 2013; Verdecia, Acosta, & Carrasco, 2015).

Autoeficacia para el sexo seguro. La autoeficacia es identificada como un importante predictor para motivar a la adopción de conductas que promueven la salud, o detener conductas nocivas (Palacios, 2014), y se define como un estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad o conducta, entre otros, en una situación específica con un nivel de dificultad previsto (Bardales, Díaz, Jiménez, Terreros, & Valencia, 2006). Resnick y Jenkins (2000), refieren que a partir de la autoeficacia las personas pueden tener influencia sobre lo que

hacen, esto a través de componentes como el pensamiento reflexivo, el uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico.

Como competencia personal, se explica que cuando un individuo tiene una autoeficacia baja, tiende a evitar las tareas difíciles que considera como amenaza personal, y su compromiso con las metas es débil, pueden creer que las cosas son más difíciles de lo que realmente son, en contraste, un fuerte sentido de autoeficacia, fortalece los logros humanos y el bienestar de diferentes maneras, tales como la persistencia y el esfuerzo (Margolis & McCabe, 2006). Como ocurre en la conducta sexual de los HSH, tener niveles altos de autoeficacia para el sexo seguro, pueden favorecer el uso correcto y consistente del condón, así como facilitar la comunicación y negociación para su uso con la pareja (Maksut, Eaton, Siembida, Driffin, & Baldwin, 2016; Valdez, 2015).

Apoyo social. El apoyo social es un concepto multidimensional identificado como regulador en las conductas de salud, y se define como un sistema de reciprocidad de provisiones instrumentales, expresivas, reales y/o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos (Morales, Cerezo, Fernández, Infante, & Trianes, 2009). Un dato característico del apoyo social, es que la presencia o ausencia de este, afecta diferencialmente la salud física o psicológica de los individuos. Leiva, Pineda y Encina (2013), al respecto refieren que las personas presentan necesidades no solo de tipo físico sino también emocional y afectivo, por lo tanto, las relaciones interpersonales pueden convertirse en un estímulo externo, que sirve de señal para desencadenar una acción preventiva.

En los HSH, el no tener o tener apoyo social insuficiente, o en contextos donde son negados, rechazados, o aislados del núcleo familiar, generan una marginación mucho mayor y una desprotección ante los riesgos y peligros eventuales, como lo representa la transmisión del VIH (Antezana, 2007), mientras aquellos que cuentan con apoyo social, o en ambientes más tolerantes respecto a la orientación sexual, tienen más

probabilidad de tener una conducta sexual segura y disminuir así su vulnerabilidad hacia la transmisión (Hoff, Chakravarty, Beougher, Neilands, & Darbes, 2012).

Línea flexible de defensa.

La línea flexible de defensa corresponde al primer mecanismo de defensa, y puede ser representada por variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. La finalidad de esta línea es evitar que los estresores o factores afecten y se abran camino hacia el estado de bienestar, es decir actúa como un amortiguador de la estabilidad del individuo (Neuman, 2011). En este sentido, en torno a la prevención de la transmisión del VIH, se han identificado factores que actúan como antecedente inmediato a la realización de la conducta sexual segura, entre estas las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro.

Intenciones hacia el sexo seguro. La intención es la disposición hacia un comportamiento, hasta que en un momento adecuado y de oportunidad, se realiza un intento para traducir la intención en acción (Fishbein & Ajzen, 1975). De acuerdo con la teoría de la conducta planeada se postula que la intención de una persona para realizar o no un comportamiento, es el determinante o predictor más importante de esa acción. La intención conductual se constituye de cuatro elementos importantes: la conducta, el objeto al que la conducta va dirigida, la situación o lugar en que la conducta se realiza y el tiempo en que la conducta es ejecutada (Fishbein & Ajzen, 1975).

En el fenómeno de la prevención de la transmisión del VIH, Fishbein (2000) plantea que para que una persona tenga un comportamiento preventivo, se debe poner atención en factores psicosociales, como la intención para usar condón. Al respecto se ha encontrado que los HSH que tienen la intención de usar condón en la próxima relación sexual, reduce el número de parejas sexuales o se incrementa el uso del condón (Lau et al., 2012; Liu et al., 2013). Es decir, los HSH que tienen intención para usar condón es más probable que tengan sexo seguro que quienes no tienen dicha intención.

Negociación para el sexo seguro. La negociación sexual se define como una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual, y puede influir en lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades, y deseos de las dos personas involucradas (Crawford , Kippax, & Waldby, 1994). En específico, la negociación para el sexo seguro se refiere a la capacidad de expresar argumentos a la pareja para utilizar el condón, escuchar los argumentos de la pareja cuando no quiere utilizarlo, proponer soluciones equitativas y convencerla para utilízalo (Robles et al., 2011). Esta negociación requiere el desarrollo y la utilización de destrezas técnicas y sociales, las destrezas técnicas se refieren al nivel de experiencia en el manejo del uso del condón, y las destrezas sociales incluyen el manejo de las relaciones interpersonales y el reconocimiento de destrezas de automanejo de esta práctica (DiClemente & Wingood, 1995).

En esta línea, se ha identificado que cuando los HSH tienen la capacidad para negociar sexo seguro, es más probable que tengan prácticas de bajo riesgo como el uso del condón y puedan evitar prácticas de riesgo hacia la transmisión del VIH (Aliabadi et al., 2015). Lo cual puede ser atribuido a que las habilidades para negociar sexo seguro favorecen el desarrollo de respuestas eficaces para resistir la coerción de la pareja para tener prácticas de riesgo, promueve y aumenta la comodidad sexual para rechazar comportamientos de riesgo, favorece la comunicación con la pareja sobre la conducta sexual segura y fortalecen la autoeficacia para tener sexo seguro (Noboa & Serrano, 2006). Mientras que los HSH que perciben y tienen dificultad para negociar sexo seguro, es más probable que tengan sexo anal y oral sin condón (Bauermeister, 2015; Bianchi et al., 2014; Downing, 2011).

Línea normal de defensa.

La línea normal de defensa es el bienestar o conducta habitual de salud, se desarrolla en el transcurso del tiempo, determina su estabilidad y puede ser cambiante por la interacción de características del individuo y de los estresores (Neuman, 2011).

De acuerdo a lo descrito, en torno a la epidemia del VIH, una conducta de salud para evitar la transmisión corresponde a la conducta sexual segura.

Conducta sexual segura. La conducta sexual hace referencia a un conjunto de prácticas construidas y compartidas socialmente (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014), estas prácticas o patrones de actividad sexual son presentadas por individuos, grupos o comunidades y pueden tener en ellos connotaciones positivas o negativas. En el caso de la conducta sexual segura, hace referencia a la realización de prácticas sexuales y eróticas de bajo riesgo que evitan la transmisión de ITS y del VIH en el y la pareja sexual (SS, 2012). Entre estas prácticas, se encuentra el uso correcto y sistemático del condón para sexo oral, anal y/o vaginal, lo cual ha contribuido en la reducción de la transmisión del VIH en poblaciones específicas como los HSH (Fondo de Población de la Naciones Unidas México [UNFPA]; OMS; ONUSIDA, 2015).

Así mismo, la conducta sexual segura significa asegurarse de que líquidos orgánicos como la sangre y el semen, no penetren la vagina, el ano, la boca, o entren en contacto con membranas mucosas, como las que rodean los ojos o las fosas nasales de las personas que participan en el acto sexual. Es decir, evitar prácticas que implican erotizar con líquido seminal (Kleín, 2009). Otras prácticas de riesgo a evitar, son el sexo con personas que se desconoce su vida sexual (García, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012), y el uso de drogas y/o consumo de alcohol durante el encuentro sexual (Mengual, Llario, Arnal, & Rodríguez, 2014; Rivera, Caballero, Pérez, & Montero, 2013).

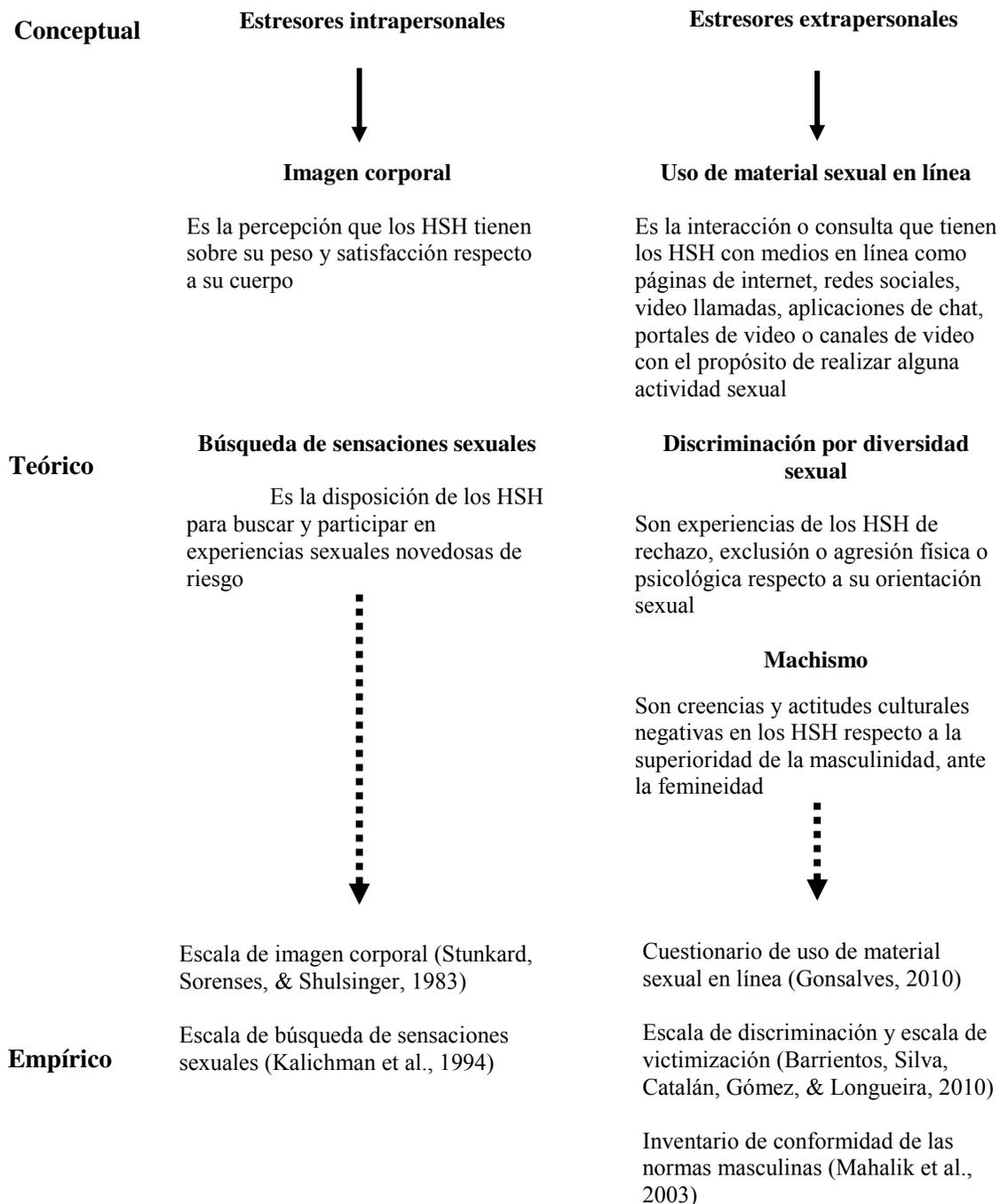


Figura 2. Estructura conceptual teórico empírica de los estresores intrapersonales y extrapersonales: factores psicológicos y socioculturales de los HSH

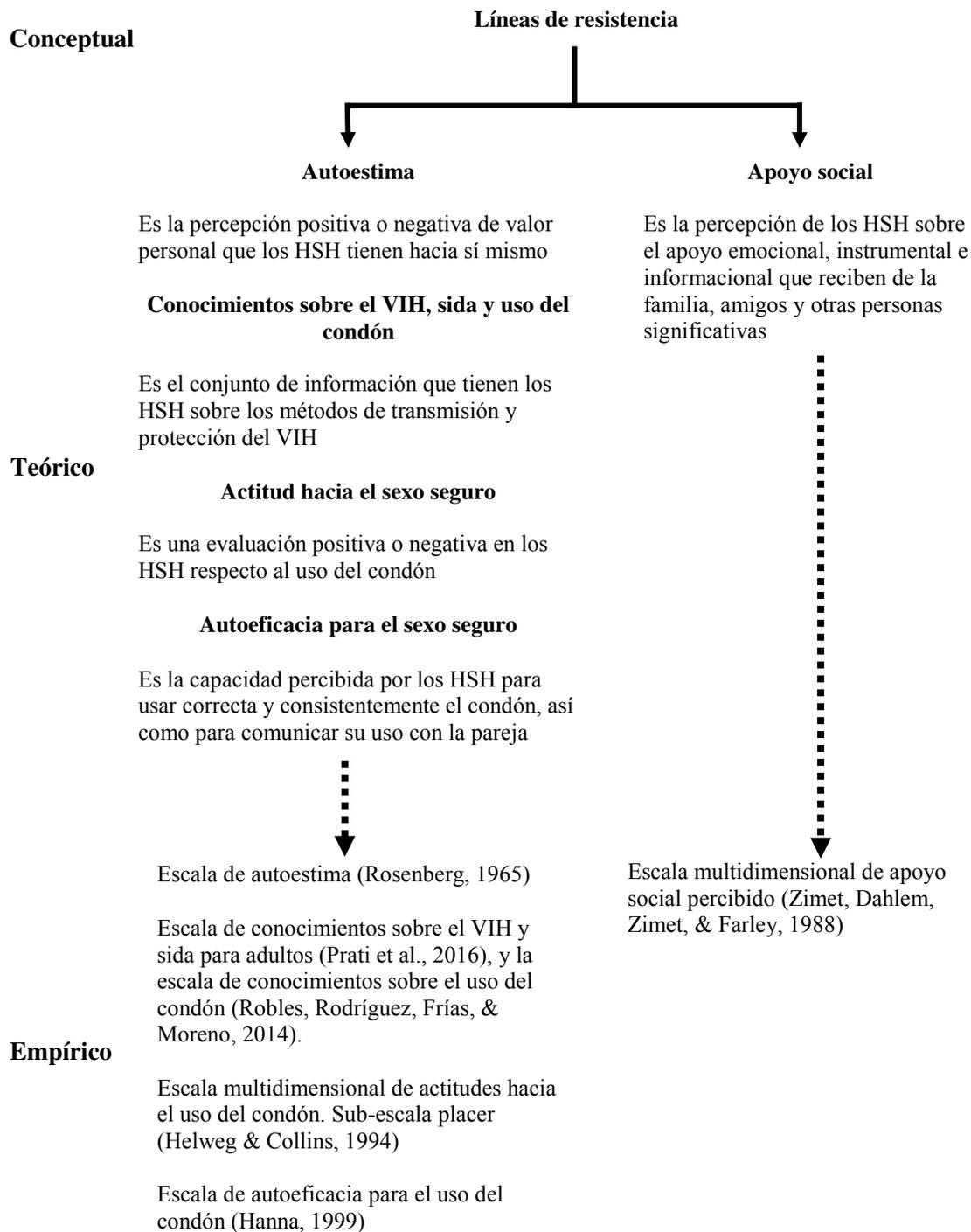


Figura 3. Estructura conceptual teórico empírica de líneas de resistencia: recursos de protección internos y externos de los HSH

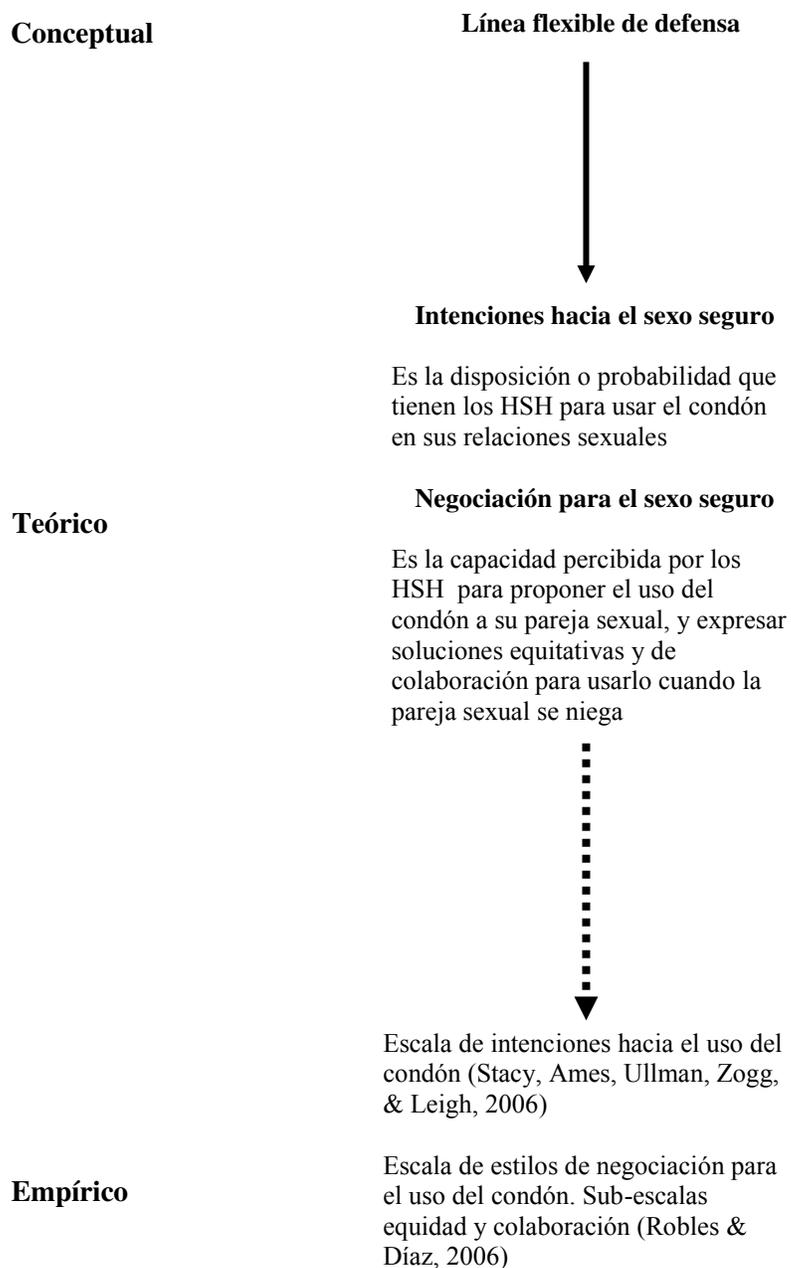


Figura 4. Estructura conceptual teórico empírica de la línea flexible de defensa: amortiguadores de protección

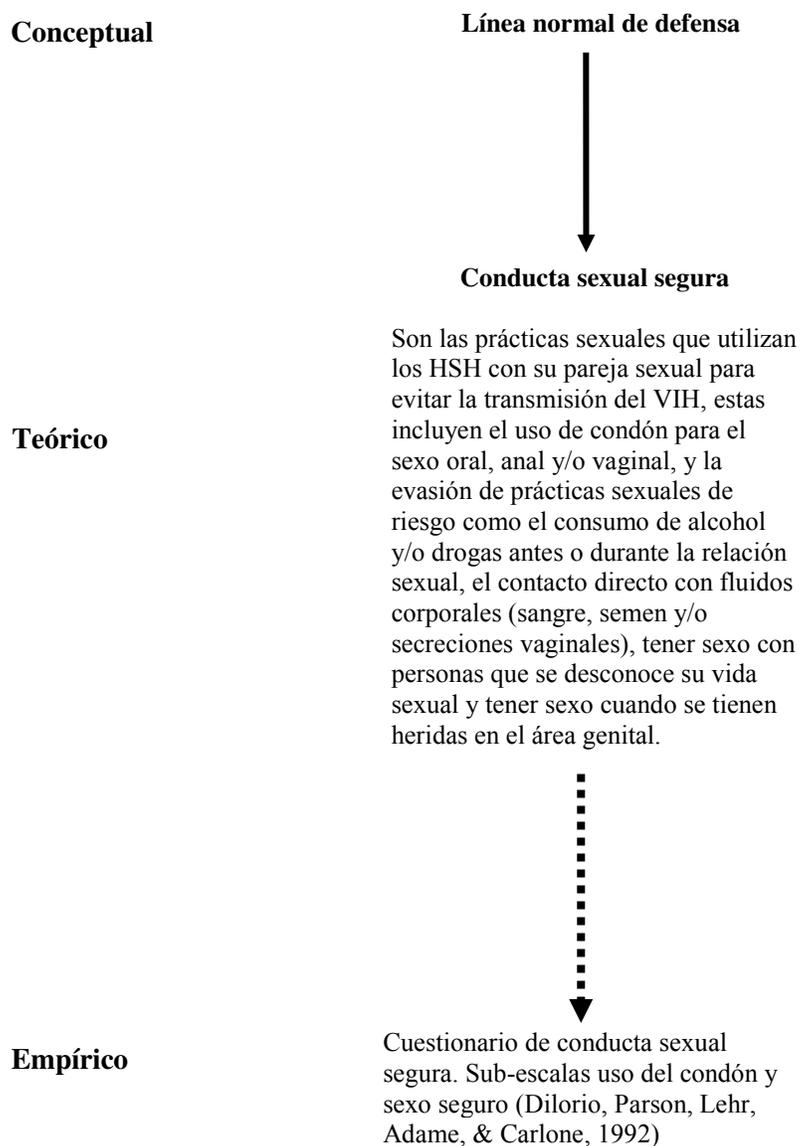


Figura 5. Estructura conceptual teórico empírica de la línea normal de defensa: conducta sexual segura de los HSH

Modelo de Sexo Seguro para HSH

Tomando como referencia la substracción de conceptos previamente descrita, se realizó la propuesta del modelo de sexo seguro para HSH (MSEXS), el cual conjunta hallazgos desde una perspectiva individual y del entorno, la consideración de ambos aspectos dentro de un modelo teórico resulta de utilidad al momento de explicar un fenómeno multifactorial como es la conducta sexual.

El MSEXS está conformado por cuatro estructuras que son: factores psicológicos y socioculturales, recursos de protección internos y externos, amortiguadores de protección y la conducta sexual segura, en donde las tres primeras estructuras permiten predecir la variable resultado, que es la conducta sexual segura en HSH. A continuación, se señalan los conceptos incluidos en cada estructura, los cuales surgieron a partir de la sustracción teórica de conceptos del MSN (Neuman, 2011):

1. Factores psicológicos y socioculturales.

Imagen corporal. Es la percepción que los HSH tienen sobre su peso y satisfacción respecto a su cuerpo.

Búsqueda de sensaciones sexuales. Es la disposición de los HSH para buscar y participar en experiencias sexuales novedosas de riesgo.

Uso de material sexual en línea. Es la interacción o consulta que tienen los HSH con medios en línea como páginas de internet, redes sociales, video llamadas, aplicaciones de chat, portales de video o canales de video con el propósito de realizar alguna actividad sexual.

Discriminación por diversidad sexual. Son experiencias de los HSH de rechazo, exclusión o agresión física o psicológica respecto a su orientación sexual.

Machismo. Son creencias y actitudes culturales negativas en los HSH respecto a la superioridad de la masculinidad, ante la femineidad.

2. Recursos de protección internos y externos.

Autoestima. Es la percepción positiva o negativa de valor personal que los HSH tienen hacia sí mismos.

Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón. Es el conjunto de información que tienen los HSH sobre los métodos de transmisión y protección del VIH.

Actitud hacia el sexo seguro. Es una evaluación positiva o negativa en los HSH respecto al uso del condón.

Autoeficacia para el sexo seguro. Es la capacidad percibida por los HSH para usar correcta y consistentemente el condón, así como para comunicar su uso con la pareja.

Apoyo social. Es la percepción de los HSH sobre el apoyo emocional, instrumental e informacional que reciben de la familia, amigos y otras personas significativas.

3. Amortiguadores de protección.

Intenciones hacia el sexo seguro. Es la disposición o probabilidad que tienen los HSH para usar el condón en sus relaciones sexuales.

Negociación para el sexo seguro. Es la capacidad percibida por los HSH para proponer el uso del condón a su pareja sexual, y expresar soluciones equitativas y de colaboración para usarlo cuando la pareja sexual se niega.

4. Conducta sexual segura.

Conducta sexual segura. Son las prácticas sexuales que utilizan los HSH con su pareja sexual para evitar la transmisión del VIH, estas incluyen el uso de condón para el sexo oral, anal y/o vaginal, y la evasión de prácticas sexuales de riesgo como el consumo de alcohol y/o drogas antes o durante la relación sexual, el contacto directo con fluidos corporales (sangre, semen y/o secreciones vaginales), tener sexo con personas que se desconoce su vida sexual y tener sexo cuando se tienen heridas en el área genital.

Los conceptos incluidos se organizaron y se ilustraron en un esquema lineal (Figura 6), y aunque el MSN es esquematizado en forma circular (Figura 1), es preciso mencionar que la direccionalidad del MSEXs se llevó a cabo tomando en cuenta las relaciones originales entre los conceptos del modelo y la literatura científica.

El MSEXs parte de las siguientes proposiciones derivadas del NSM (Neuman, 2011) y de la evidencia empírica.

1. Los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) y socioculturales (uso de material sexual en línea, la discriminación por diversidad sexual y el machismo) afectan la conducta sexual segura en los HSH.
2. La autoestima, los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, la actitud hacia el sexo seguro, la autoeficacia para el sexo seguro y el apoyo social son recursos internos y externos que protegen a los HSH de factores que afectan la conducta sexual segura.
3. Los recursos de protección internos y externos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, la actitud hacia el sexo seguro, la autoeficacia para el sexo seguro y el apoyo social) actúan como soporte de los amortiguadores de protección en los HSH (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro).
4. Las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro, son el primer mecanismo de defensa y actúan como amortiguadores de protección de la conducta sexual segura en los HSH.

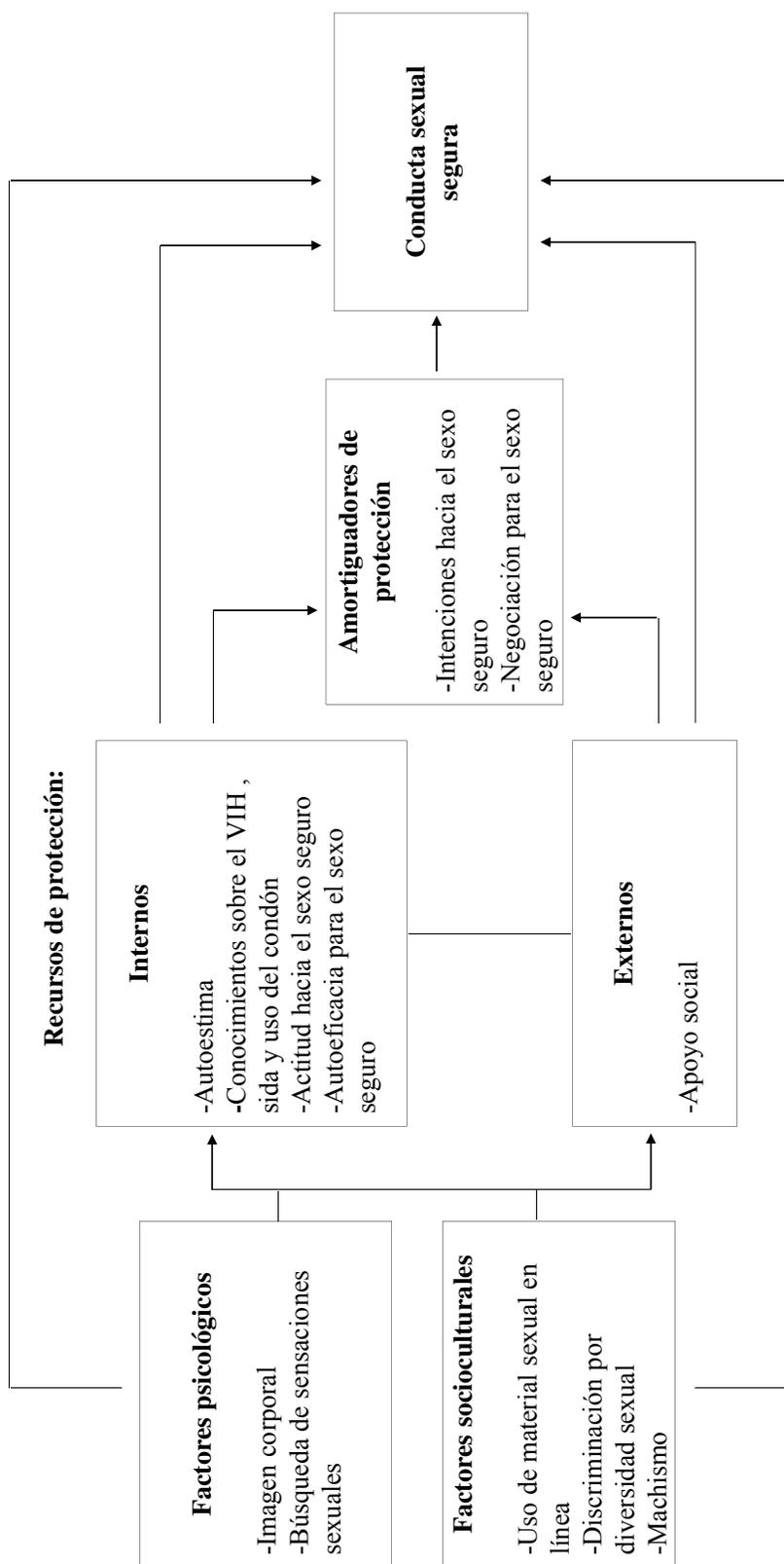


Figura 6. Esquema de relación de conceptos del modelo de sexo seguro para HSH

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios correspondientes al fenómeno de interés, así como las variables y sus relaciones en el modelo propuesto.

Factores psicológicos y socioculturales.

Imagen corporal. Meanley, Hickok, John, Pingel y Bauermeister (2014) en un estudio encontraron que los HSH que presentaban obesidad o sobrepeso refirieron sentirse menos atractivos ($M = 2.93$, $DE = .92$, $p < .001$, $M = 3.24$, $DE = .83$, $p < .001$, respectivamente), mientras que los de bajo peso reportaron sentirse más orgullosos con su cuerpo ($M = 3.25$, $DE = .82$, $p < .001$). Los participantes con IMC (índice de masa corporal) < 27 tenían menos probabilidad de participar en sexo anal receptivo sin condón con parejas ocasionales, en comparación con los que tuvieron un IMC > 27 que tenían mayor probabilidad de participar con cada aumento adicional de unidad en el IMC. Sentirse atractivo y estar de acuerdo con su apariencia ($OR = 0.83$, $IC\ 95\% = 0.73, 0.95$), así como sentirse orgulloso y feliz con su cuerpo ($OR = 1.35$, $IC\ 95\% = 1.21, 1.51$), representaron factores protectores hacia el sexo anal sin condón.

Allensworth, Welles, Hellerstedt y Ross (2008) en una investigación reportaron que los HSH que tenían bajo peso tenían menos probabilidades de tener sexo anal sin condón que los que tenían sobrepeso ($ORA = 0.33$, $IC\ 95\% = 0.13, 0.85$, $p < .05$). Los HSH que presentaron sobrepeso u obesidad se habían involucrado más en sexo anal sin condón en comparación con los de peso normal y bajo peso. Los que estaban en una relación estable no exclusiva tenían mayor riesgo de participar en sexo anal sin condón ($ORA = 5.78$, $IC\ 95\% = 2.96, 11.29$, $p < .001$), al igual tenían mayor riesgo los que tenían parejas ocasionales ($OAR = 3.20$, $IC\ 95\% = 1.72, 5.93$, $p = .002$).

Callander y Senn (2013) llevaron a cabo un estudio para conocer la influencia de la imagen corporal en la conducta sexual de riesgo en HSH de entre 13 y 26 años. El análisis mostró que la percepción del peso se relaciona con la conducta sexual de riesgo ($r = .091$, $p < .01$). Percibir tener un cuerpo pesado estuvo relacionada con mayor

conducta sexual de riesgo ($\beta = 0.91$, $t = 2.35$, $IC\ 95\% = 0.14, 1.68$, $p = .02$). En el grupo de participantes que reportaron tener múltiples parejas ocasionales, los resultados indicaron que la percepción subjetiva de peso estaba asociada con la toma de riesgos en la conducta sexual ($\beta = 1.38$, $t = 3.14$, $IC\ 95\% = 0.50, 2.25$, $p = .003$).

Mor, Parfionov, Davidovitch y Grotto (2014) realizaron un estudio transversal en 379 HSH y hombres que no tenían sexo con hombres. Encontraron que los HSH tuvieron mayor conducta sexual de riesgo ($OR = 1.8$, $IC\ 95\% = 1.1, 2.8$, $p < .001$), tenían más deseo por tener un cuerpo musculoso y físicamente atractivo ($OR = 1.9$, $IC\ 95\% = 1.3, 3.3$, $p < .001$), la principal razón fue mejorar la confianza en su persona ($OR = 2.8$, $IC\ 95\% = 1.8, 4.5$, $p = .002$). El grupo de HSH presentó menor satisfacción corporal ($OR = 2.3$, $IC\ 95\% = 1.1, 4.6$, $p < .001$), tuvieron más parejas sexuales en los últimos seis meses ($M = 86$, $DE = 47.3$; $M = 33$, $DE = 16.7$) y usaron más drogas durante el acto sexual ($OR = 1.3$, $IC\ 95\% = 1.2, 1.7$, $p < .001$).

Brennan, Craig y Thompson (2012) en una investigación con 400 HSH de Toronto, revelaron que la insatisfacción corporal en relación a la musculatura ($t = 15.28$, $p < .01$) se asoció con el diagnóstico previo de ITS. Por otra parte Kraft, Nordstrom, Bockting y Rosser (2006), identificaron que los HSH que no presentaron obesidad ($OR = 2.0$, $p = .037$), que percibían una imagen corporal positiva ($OR = 1.4$, $p = .026$) y que eran más jóvenes ($OR = 0.7$, $p < .001$) tenían más probabilidad de tener sexo sin condón tanto con hombres como con mujeres.

Síntesis. Los HSH que presentan sobrepeso u obesidad pueden sentirse menos atractivos y mayor insatisfacción corporal, la cual se asoció con sexo anal sin condón y con diagnóstico previo de ITS. De igual manera se encontró asociación entre la percepción de peso y la conducta sexual de riesgo. Tener un cuerpo musculoso influye para tener mayor número de parejas sexuales y se asoció con el diagnóstico previo de ITS. Percibirse atractivo y sentirse orgulloso de su cuerpo representa un factor de protección hacia el sexo anal sin condón.

Búsqueda de sensaciones sexuales. Gao et al. (2016) realizaron una investigación con el objetivo de examinar los factores asociados a la búsqueda de sensaciones sexuales en 373 jóvenes HSH de China, y se identificó que la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con menos conocimientos sobre el uso del condón ($OR = 5.30$, $IC\ 95\% = 2.80, 10.0$, $p < .01$), menos conocimientos sobre prevención del VIH ($OR = 2.02$, $IC\ 95\% = 1.11, 3.69$, $p < .05$), uso de condón en la primera relación sexual anal ($OR = 0.43$, $IC\ 95\% = 0.24, 0.76$, $p < .01$), actitud negativa hacia el uso del condón ($OR = 6.19$, $IC\ 95\% = 2.17, 17.69$, $p < .01$), tener sexo ocasional ($OR = 4.71$, $IC\ 95\% = 2.58, 8.59$, $p < .01$), sexo grupal ($OR = 7.02$, $IC\ 95\% = 1.49, 33.02$, $p < .05$), y tener múltiples parejas sexuales ($OR = 2.86$, $IC\ 95\% = 1.59, 5.15$, $p < .01$).

Goedel et al. (2016) en su estudio con 92 HSH usuarios de aplicaciones en dispositivos móviles para búsqueda de parejas sexuales, encontraron que el 42% de los participantes tuvo sexo anal insertivo o receptivo con al menos un pareja en los últimos seis meses, y la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con el número de parejas para sexo anal insertivo ($r = 0.34$, $p = .003$) y receptivo sin condón ($r = 0.320$, $p = .002$). Por otro lado, Leobon et al. (2011) en un estudio con 11.771 HSH de Francia, encontraron que los predictores para el sexo anal sin condón fueron la búsqueda de sensaciones sexuales ($OR = 1.31$, $IC\ 95\% = 1.15, 1.49$, $p < .001$), el bareback ($OR = 2.62$, $IC\ 95\% = 2.28, 3.02$, $p < .001$), el contacto con el semen en el sexo oral ($OR = 3.33$, $IC\ 95\% = 2.84, 3.92$, $p < .001$), el lugar donde se buscó sexo ($OR = 1.43$, $IC\ 95\% = 1.22, 1.67$, $p < .001$), y el trabajo sexual ($OR = 1.33$, $IC\ 95\% = 1.03, 1.72$, $p < .05$).

Wim, Christiana y Maries (2014) realizaron un estudio para determinar la relación entre factores de riesgo y el sexo anal sin condón en 591 HSH belgas. Sus hallazgos revelaron correlación entre el sexo anal sin condón y la búsqueda de sensaciones sexuales ($r = .19$, $p < .01$), el consumo de alcohol ($r = .11$, $p < .001$) y

consumo de drogas en fiestas ($r = .09, p < .05$). El modelo lineal multivariado señaló que la búsqueda de sensaciones sexuales ($OR = 1.05, IC\ 95\% = 1.03, 1.07, p < .001$), menor percepción de la normativa social para el uso de condón en la pareja ($OR = 0.61, IC\ 95\% = 0.5, 0.76, p < .001$) y menor percepción de normativa social para el uso del condón con parejas en zonas de cruising y sitios de encuentro ($OR = 0.61, IC\ 95\% = 0.5, 0.76, p < .001$) tuvieron efecto sobre el sexo anal sin condón.

Xu, Zheng, Liu y Zheng (2016) en una investigación que tuvo como objetivo examinar la asociación entre la búsqueda de sensaciones sexuales, compulsividad sexual, factores sociodemográficos y la conducta sexual de riesgo en una muestra de 436 HSH del suroeste de China. Encontraron que la búsqueda de sensaciones sexuales estuvo relacionada con la edad ($r = .20, p < .01$), compulsividad sexual ($r = .35, p < .01$), actitud sexual ($r = .57, p < .01$) y pagar por sexo ($r = .13, p < .05$), así también identificaron asociación significativa entre búsqueda de sensaciones sexuales con tener múltiples parejas sexuales ($OR = 3.90, IC\ 95\% = 2.59, 5.89, p < .001$) y sexo anal sin condón ($OR = 2.02, IC\ 95\% = 1.38, 2.96, p < .001$).

Valdez (2015) en una investigación encontró que a mayor búsqueda de sensaciones sexuales, los HSH perciben más barreras para usar el condón ($F_{[6,231]} = 6.66, p < .001$), mayor consumo de alcohol ($F_{[9,210]} = 3.95, p < .001$) y drogas previo al encuentro sexual ($F_{[9,210]} = 2.13, p < .005$), más asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ($F_{[9,210]} = 4.98, p < .001$). Así también se identificó que la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón ($F_{[9,210]} = 2.21, p < .005$). Mientras que los HSH con menor búsqueda de sensaciones sexuales tenían mayor apoyo de la pareja para practicar sexo seguro ($F_{[9,210]} = 2.61, p < .001$).

Síntesis. Los estudios muestran que la búsqueda de sensaciones sexuales se asocia con la conducta sexual de riesgo como es tener sexo anal sin condón, participar en sexo ocasional, sexo grupal, tener múltiples pareja y pagar por sexo, consumir

alcohol y drogas previamente al encuentro sexual. Así mismo esta asociada a la percepción de más barreras para usar condón, mayor asistencia a sitios de encuentro para buscar parejas sexuales, menos conocimientos para la prevención del VIH, actitud sexual negativa, actitud negativa hacia el uso del condón y a la compulsividad sexual. Mientras que menor búsqueda de sensaciones sexuales puede favorecer el apoyo de la pareja para tener sexo seguro. Por lo que se podría suponer que los HSH que reduzcan la búsqueda de sensaciones sexuales podrían tener mayor probabilidad de una conducta sexual segura.

Uso de material sexual en línea. Wilkerson et al. (2012) realizaron un estudio cualitativo en 13 grupos focales de HSH para conocer la influencia de los medios sexualmente explícitos en la conducta sexual. Los participantes refieren que el ver material sexual es parte del escenario cultural de la comunidad masculina, el tipo y la frecuencia es asociada a estados de ánimo como estrés, ira, soledad y aburrimiento. El tipo de material que se consulta depende del recurso económico, especificando que los más vistos son los videos caseros, en donde el sexo anal sin condón es más común. Así mismo, señalan que la modificación de las intenciones para involucrarse en un comportamiento sexual depende de tres factores: despertar la imaginación hacia el comportamiento, el placer de intentar el comportamiento y la confianza que se tenga con la pareja sexual.

Conde y Santoro (2015) en su estudio identificaron en el eje temático digitalización de la vida afectiva, que la búsqueda de contactos y parejas sexuales mediante el uso de páginas web, chats y portales, ha sido desplazada por las aplicaciones en dispositivos móviles, las cuales señalaron son usadas principalmente por HSH más jóvenes. Los entrevistados destacaron que las aplicaciones geosociales sirven casi exclusivamente para sexo ocasional, cumplen un cierto rol de refuerzo del impulso sexual, amplían el espacio y tiempo, permitiendo el sexo ocasional en todo momento,

incrementando la frecuencia de las relaciones sexuales, favorecen el sexo con desconocidos y contribuyen en las relaciones sexuales sin condón.

Fernández y Zaragoza (2011) llevaron a cabo una investigación en 485 HSH que conocieron parejas sexuales en lugares de ambiente y por internet. Los resultados revelaron diferencias entre HSH mayores de 25 años y los menores de 25, el primer grupo tuvo más parejas sexuales conocidas en internet (8.9% vs 6.4%, $p < .05$), consumieron alguna droga cuando tuvieron sexo anal sin condón con parejas conocidas en internet (68% vs 55%, $p < .05$) y presentaron mayor prevalencia del VIH (11% vs 4%, $p < .05$). En los menores de 25 años tuvieron mayor sexo anal receptivo sin condón con parejas conocidas en internet (73% vs 57%, $p < .05$) y la pareja sexual fue quien los convenció para tener sexo anal sin condón (8% vs 0%, $p < .05$).

En un estudio realizado por Valdez (2011) con el objetivo de determinar si el uso de material sexual en línea influye en la conducta sexual de riesgo para VIH y sida. Encontró que el 64% de los participantes tiene acceso a material sexual a través de páginas de internet. Aquellos que habían consultado o interactuado con diferentes tipos de material sexual ($r_s = .46$, $p < .01$), que hicieron uso coactivo ($r_s = .45$, $p < .01$) y que refirieron uso problemático con el material sexual en línea ($r_s = .21$, $p < .05$) presentaron mayor conducta sexual de riesgo. De la misma manera los que usaron páginas de internet, redes sociales, video llamadas y canales de video para actividades sexuales como masturbarse ($r_s = .34$), excitarse ($r_s = .29$), estimularse ($r_s = .29$), buscar una aventura ($r_s = .28$) y conocer gente ($r_s = .26$) mostraron mayor conducta sexual de riesgo para VIH y sida ($p < .01$).

Stein et al. (2012) en un estudio en línea con 2552 HSH, encontraron que el 94.6% había visto pornografía por internet, el 45% reportó tener sexo anal insertivo sin condón con más de una pareja, 40.3% tuvo sexo anal receptivo sin condón con más de una pareja, y el 54.9% refirió que ver pornografía influyó en su comportamiento sexual. Así también se encontró asociación entre tipo de pornografía explícita sin uso de condón

y sexo anal sin condón ($p < .001$), de los que refirieron ver pornografía explícita sin uso de condón, solo el 17% usó condón en los últimos tres meses en el sexo anal. El uso de nitritos de amilo o butilo se asoció también con el sexo anal insertivo y receptivo sin condón.

Winetrobe, Rice, Bauermeister, Petering, y Holloway (2014) realizaron una investigación con 146 HSH jóvenes de 18 a 24 años que usaban la aplicación geosocial Grindr, con el propósito de conocer las características de los usuarios y las asociaciones con la conducta sexual de riesgo. Los resultados indican que el 20% de los usuarios reportó tener sexo anal sin condón con la última pareja sexual localizada mediante la aplicación. El análisis de regresión lineal multivariado identificó varios indicadores de la conducta sexual de riesgo, entre estos, usar la aplicación al menos un año ($OR = 2.75$, $IC\ 95\% = 1.17, 6.44$, $p < .05$) mostrar fotos sexuales en el perfil ($OR = 2.25$, $IC\ 95\% = 0.97, 5.22$, $p < .10$), el número de parejas sexuales en el último mes ($OR = 1.18$, $IC\ 95\% = 1.04, 1.34$, $p < .01$), número de parejas sexuales localizadas mediante la aplicación ($OR = 1.26$, $IC\ 95\% = 1.08, 1.46$, $p < .01$), y tener sexo bajo la influencia de drogas y/o alcohol ($OR = 3.11$, $IC\ 95\% = 1.34, 7.25$, $p < .01$).

Traeen et al. (2014) encontraron asociación entre el uso de material sexual explícito y la conducta sexual de riesgo ($\beta = 0.02$, $IC\ 95\% = 0.01, 0.03$, $p < .001$). La autoeficacia para el uso del condón se asoció con el consumo de material sexual explícito ($\beta = -0.01$, $IC\ 95\% = -0.02, -0.01$, $p < .001$), el aumento de consumo de material sexual explícito redujo la autoeficacia para el uso de condón en 0.01. Otros datos relevantes es que la autoeficacia para el uso del condón se asoció de manera inversa con el consumo de material sexual explícito ($\beta = .004$, $IC\ 95\% = .003, .006$, $p < .001$), los HSH que visualizaron material sexual explícito en el que se usó condón, tenían mayor autoeficacia para su uso.

Síntesis. Las investigaciones han sido centradas principalmente al uso de internet y su influencia hacia la conducta sexual de riesgo. Solo se localizó un estudio

concretamente centrado al uso de material sexual en línea, en donde se identificó la relación con la conducta sexual de riesgo para el VIH. Visualizar más material sexual explícito se ha relacionado con menor autoeficacia para tener sexo seguro. Las aplicaciones en dispositivos móviles son utilizadas para contactar parejas sexuales, favorecen el aumento en la frecuencia de relaciones sexuales y pueden incidir en el no uso, o uso inconsistente del condón.

Discriminación por diversidad sexual. Liao et al. (2015) realizaron un estudio para evaluar la relación entre conocimientos sobre el VIH, el estigma relacionado con el VIH y las actitudes de discriminación entre un grupo de HSH. Los hallazgos fueron que la discriminación se asoció con el consumo de alcohol en los últimos seis meses ($OR = 2.2$, $IC\ 95\% = 1.5, 3.0$, $p < .001$), sexo anal sin condón en los últimos seis meses ($OR = 2.8$, $IC\ 95\% = 2.2, 3.3$, $p < .001$), número de parejas sexuales hombres ($OR = 2.9$, $IC\ 95\% = 2.4, 3.4$, $p < .001$), sexo con trabajadores sexuales ($OR = 2.1$, $IC\ 95\% = 1.5, 2.6$, $p < .001$), y no haber recibido educación por pares sobre la prevención del VIH ($OR = 2.3$, $IC\ 95\% = 1.8, 2.7$, $p < .001$).

Ayala, Bingham, Kim, Wheeler y Millett (2012) en su estudio con 2235 HSH, respecto a la discriminación identificaron que las experiencias de discriminación ($\beta = 0.12$, $p < .001$) y la falta de apoyo social ($\beta = 0.03$, $p < .001$) se asociaron con la conducta sexual de riesgo. Por otra parte, en un estudio realizado por Bautista et al. (2013), en una muestra de 8,586 HSH mexicanos, se encontró una prevalencia del VIH de 16.9%, entre otros hallazgos, el 55.9% de los participantes perciben haber sido discriminados, principalmente por parte de compañeros de escuela (41.2%), policías (30.2%), amigos (26.43%), familiares (25.8%), miembros de la iglesia (19.30%), servidores públicos (17.09%), empleados (14.34%), maestros (12.06%) y personal de salud (10%).

Winetrobe et al. (2014) realizaron una investigación con 146 HSH jóvenes de 18 a 24 años que usaban la aplicación geosocial Grindr, los resultados evidenciaron que los HSH que tenían experiencias de discriminación por su orientación sexual ($OR = 1.14$, $IC\ 95\% = 1.02, 1.29$, $p < .05$), reportaron haber tenido sexo anal sin condón con su última pareja conocida a través de la aplicación. Por otro lado, Buller, Devries, Howard y Bacchis (2014), realizaron un meta-análisis con 16 estudios, el objetivo fue conocer la asociación entre la discriminación y la conducta sexual de riesgo y otras condiciones de salud. Los resultados indicaron que la discriminación es una variable predictiva para el sexo anal sin condón en los HSH ($OR = 1.72$, $95\% CI_{OR} 1.44, 2.05$, $I^2 = 0.0\%$, $95\% CI_I^2 0\%, 68\%$).

Barrientos, Cárdenas, Meneses, Vidal y Berendsen (2012) en un estudio mixto, en el abordaje cuantitativo se apreció que el 72.3% presentó actos de discriminación, los hechos de mayor ocurrencia fueron las burlas (73.2%) insultos (55.8%) y el 10% reportó haber sido víctima de violencia física. En el abordaje cualitativo, los participantes refirieron que la familia es el primer entorno de donde percibieron actos de discriminación. En relación a la transmisión del VIH se expresa como un tema silenciado debido a que hablar de este, es relacionado con un estado positivo al VIH o ser promiscuo, y con el fin de no ser etiquetado, se evitan las conversaciones relacionadas al tema, incluyendo mecanismos de prevención y el uso del condón.

Síntesis. La literatura indica una asociación entre las experiencias de discriminación por orientación sexual diferente a la heterosexual y la conducta sexual de riesgo en los HSH. Los estudios señalan además una relación entre discriminación y menos conocimientos sobre VIH, menor autoestima y no realizarse la prueba de detección del VIH. Los principales actos de discriminación han sido por parte de compañeros de escuela, policías y familiares, esto manifestado a través de burlas insultos y violencia.

Machismo. Albarracín y Plambeck (2010) llevaron a cabo un estudio con el propósito de conocer la asociación negativa entre el machismo hostil y benevolente con el uso de condón en la pareja estable y ocasional. El análisis mostro relación entre el machismo hostil y la frecuencia del uso del condón con pareja ocasional ($r = 0.25, p = .10$) y estable ($r = 0.39, p = .10$). El machismo benevolente se relacionó con el uso previo del condón con pareja estable ($r = -0.20, p = .10$). El machismo hostil tuvo efecto sobre el uso del condón con pareja estable ($\beta = 0.10, p = .10$) y ocasional ($\beta = 0.35, p < .05$), mientras que el machismo benévolo disminuyó el uso del condón con pareja estable ($\beta = -0.09, p < .05$).

Álvarez (2012) en su estudio identificó que las ideas machistas de poder ($\beta = 0.28, p = .004$) y dominio ($\beta = -0.70, p < .001$) en una relación, determinó el uso del condón. Otro hallazgo fue que el machismo se asoció negativamente con la comunicación sexual con la pareja ($\beta = -0.29, p = .002$). De manera similar, Kniper et al. (2007), en su estudio encontraron asociación entre el machismo y el uso del condón ($OR = 2.10, IC\ 95\% = 1.02, 4.33, p = .04$). Otros factores asociados al uso del condón fueron la autoeficacia para el uso del condón ($OR = 2.61, IC\ 95\% = 1.23, 5.54, p < .01$) y conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH ($OR = 4.45, IC\ 95\% = 2.12, 9.36, p < .001$).

Muñoz, García, Wilson, Parker y Severson (2015) realizaron una investigación con 142 HSH bisexuales latinos, en la cual identificaron que el machismo se asoció con tener más parejas sexuales. El encuentro de parejas de sexo femenino se realizó en espacios formales como el trabajo, escuela, e iglesia ($\beta = 0.22, p < .05$), para el encuentro con parejas sexuales masculinas fue a través de redes sociales ($\beta = 0.21, p < .05$). Los hombres que se sentían menos cómodos con conductas homosexuales eran más propensos a conocer hombres en línea ($\beta = -0.19, p < .05$) y aquellos que se sentían más cómodos, sus encuentros eran a través de sitios de encuentro ($\beta = -0.25, p < .05$).

Sáenz (2014) llevo a cabo un estudio con 305 hombres de entre 18 y 59 años, encontrando que el 14.8% reporto infidelidad, mayor agrado hacia el machismo ($M = 1.78$, $DE = .47$), búsqueda de sensaciones sexuales ($M = 2.43$, $DE = .44$), y un bajo nivel de comunicación en salud sexual con la pareja ($M = 4.07$, $DE = 2.78$). El 15% refirió poco uso del condón y el 28.2% nunca utiliza condón para sexo anal con su pareja estable. También se observó relación e influencia indirecta del machismo ($\beta = -.20$, $p < .001$) hacia la conducta sexual segura. Por otro lado, Guerra (2017) realizo un estudio para determinar la influencia del machismo sobre la conducta sexual segura. Los resultados mostraron asociación entre el machismo y el sexo seguro ($\beta = -.25$, $F_{[1,296]} = 23.10$, $p < .001$), por cada incremento en el machismo daba como resultado $-.25$ de efecto sobre la DE del sexo seguro. Los participantes con mayor adhesión a las creencias culturales machistas tenían más probabilidad de tener conducta sexual de riesgo.

En una revisión sistemática realizada por Valdez, Moral, Benavides, Castillo y Onofre (2014), respecto a predictores socioculturales para la conducta sexual de riesgo hacia el VIH en HSH, encontraron que las actitudes machistas están relacionadas con mayor número de parejas sexuales y sexo anal sin protección. Resultados afines señalados por Hernández, Zule, Karg, Browne, y Wechsberg (2012), en un estudio cualitativo, los participantes expresaron que es común que los hombres tengan múltiples parejas y relaciones extramaritales y debido al machismo tienden a creer que son invulnerables al VIH y otras ITS, negándose al uso el condón.

Síntesis. El machismo se asoció negativamente con el sexo seguro. Las creencias machistas influyen para tener múltiples parejas, negarse al uso del condón, presentar mayor deseo de búsqueda de sensaciones sexuales y menor comunicación sexual con la pareja.

Recursos de protección internos y externos.

Autoestima. Klein (2013) realizó un estudio con 332 HSH reclutados en 16 sitios web, el objetivo fue conocer la salud mental y su relación con prácticas sexuales de riesgo hacia el VIH. Los resultados demostraron una relación entre baja autoestima con el consumo de drogas ($r = -0.23, p < .001$), mayor impulsividad para tener sexo ($r = 0.29, p < .001$), y tener niveles más bajos de satisfacción con la vida ($r = -0.16, p = .017$). Tener menos parejas sexuales se asoció con mayor autoestima ($r = 0.16, p = .017$), con niveles altos de satisfacción con la vida ($r = 0.15, p = .041$) y mayor optimismo sobre su futuro ($r = 0.16, p = .016$).

Nyembezi et al. (2014) llevaron a cabo un estudio para identificar factores psicológicos relacionados al uso del condón en una muestra de 1656 HSH con una media de edad de 21.4 años ($DE = 2.22$). Resultados del análisis mostraron asociación entre el uso consistente del condón y tener una autoestima positiva ($OR = 0.67, IC\ 95\% = 0.55, 0.81, p < .001$). Por otra parte, Moskowitz y Seal (2011), en su estudio no encontraron relación del uso del condón y la autoestima, sin embargo en los participantes VIH positivos identificaron una relación entre alta autoestima y decir su estado serológico cuando la pareja era receptiva ($R^2 = .03, F = 2.07, p = .04$), así mismo, cuando los HSH expresan su orientación sexual aumenta su autoestima ($\beta = 0.12, t = 2.52, p < .01$).

Una investigación realizada por Chaney y Burns (2015) reportaron que los HSH que desconocían su estado serológico al VIH tenían menor autoestima ($M = 19.80, IC\ 95\% = 17.10, 22.51, p < .05$), en comparación a los que sí lo conocían su estado serológico al VIH ($M = 23.47, IC\ 95\% = 22.83, 24.10, p < .5$). El análisis post hoc mostro que aquellos que nunca se habían realizado la prueba de detección del VIH presentaban menor autoestima ($M = 19.33, IC\ 95\% = 16.42, 22.24, p < .5$) en comparación con los que se la habían realizado en el último año

($M = 23.30$, $IC\ 95\% = 22.14, 24.46$], $p < .05$). De igual manera se identificó que los de menor autoestima tenían más relaciones sexuales y más parejas sexuales ocasionales ($R^2 = .027$).

Wang et al. (2017) llevaron a cabo un estudio con 547 HSH de Shanghai, China. El objetivo fue aplicar la teoría de la sindemia para identificar los efectos de factores psicológicos sobre la conducta sexual de riesgo. Los resultados del análisis mostraron que el 54.5% de los HSH tuvo sexo anal sin condón en los últimos seis meses. Otro hallazgo fue que la autoestima se asoció con el sexo anal sin condón ($OR = 2.18$, $IC\ 95\% = 1.20, 3.94$, $p < .05$). La presencia de dos factores psicológicos como baja autoestima, ansiedad, depresión, soledad, y/o compulsividad sexual aumenta la conducta sexual de riesgo ($OR = 1.65$, $IC\ 95\% = 1.09, 2.50$, $p < .05$).

Síntesis. Los estudios muestran una asociación entre nivel alto de autoestima y el uso consistente del condón, menor número de parejas y con realizarse la prueba de detección del VIH. Mientras que tener nivel bajo de autoestima se asoció con mayor impulsividad sexual, más parejas sexuales y sexo ocasional, conducta sexual de riesgo y consumo de drogas.

Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón. Guo et al. (2012) analizaron la conducta sexual en 307 HSH, en dos grupos, el primero tenía sexo solo con hombres, y el segundo tenía sexo con hombres y mujeres. Se encontró que el primer grupo eran más propensos a realizarse la prueba para detectar el VIH (75.6% vs 63.4%, $p < .05$), tenían más probabilidad de participar en programas de prevención del VIH y sida (2.46% vs 3.14%, $p < .01$), y presentaron más conocimientos sobre el sida (3.14% vs 2.46%, $p < .01$) y uso correcto del condón (2.59% vs 2.51% $p < .001$). Los que tenían más conocimientos sobre el VIH y sida eran menos propensos a participar en conductas sexuales de riesgo ($OR = 0.87$, $IC\ 95\% = 0.79, 0.97$, $p < .05$).

Liao et al. (2015) realizaron un estudio transversal en 1230 HSH, en el cual reportaron que 74.5% de los participantes tenía nivel alto de conocimientos relacionados al VIH. Tener más conocimientos sobre el VIH se asoció con menos conductas bisexuales ($AOR = 0.6$, $IC\ 95\% = 0.5, 0.9$, $p < .01$), con la realización de la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses ($AOR = 3.2$, $IC\ 95\% = 2.3, 4.5$, $p < .001$) y con el uso consistente del condón con una pareja sexual hombre en los últimos seis meses ($AOR = 6.9$, $IC\ 95\% = 4.6, 10.6$, $p < .05$).

Nyembezi et al. (2014) en su estudio reportaron que los participantes que tuvieron más conocimiento sobre los beneficios del uso del condón, el 92% lo utilizó, así mismo hubo mayor uso del condón entre los participantes que tenían más conocimiento sobre el uso correcto ($M = 2.70$, $DE = 1.17$) en comparación con los que tenían menos conocimiento ($M = 2.23$, $DE = 1.28$). El análisis multivariado indicó una relación positiva entre el uso consistente del condón y tener nivel alto de conocimiento sobre los beneficios del uso del condón ($OR = 1.32$, $IC\ 95\% = 1.08, 1.62$, $p < .001$), de la misma forma entre el uso consistente del condón y tener nivel alto de conocimiento sobre el uso correcto ($OR = 1.21$, $IC\ 95\% = 1.09, 1.34$, $p < .001$).

Folch et al. (2014) realizaron un estudio online con 13,111 HSH de España, los resultados mostraron que, en los HSH con nivel alto de conocimiento, la prevalencia de sexo anal sin condón se observó en participantes VIH-positivos con carga viral indetectable (25.6%). Aquellos con un nivel bajo o medio de conocimientos fueron los HSH negativos los que presentaron la mayor prevalencia de sexo anal sin condón con la pareja estable (31.1%), seguido de los que eran VIH-positivos con carga viral detectable o desconocida (27.8%).

En un estudio realizado por Jin, Yang, Dong y Han (2013) con 410 HSH encontraron que los participantes que tenían más conocimientos sobre la prevención y transmisión del VIH, el 27.5% usaba condón consistente, mientras que los que tenían menos conocimientos solo el 6.7 lo utilizaba. El 85.6% creía que los condones eran

altamente efectivos para la prevención del VIH. Resultados del modelo lineal multivariado mostró que aquellos que tenían más conocimientos sobre el VIH usaron más consistentemente el condón que los que tenían menos conocimientos ($OR = 4.08$, $IC\ 95\% = 1.85, 8.99$, $p < .01$). También los que tenía relaciones sexuales con trabajadores sexuales ($OR= 15.30$, $IC\ 95\% = 5.89, 39.75$, $p < .01$), y los que no consumían alcohol antes de las relaciones sexuales ($OR= 3.10$, $IC\ 95\% = 1.38, 6.95$, $p < .01$) tenían más probabilidades de usar condón.

Patil, Naik, Narasannavar, Banjade y Shrestha (2015) realizaron un estudio en 416 HSH, los resultados evidenciaron que el 94.18% de los participantes no usaron el condón con pareja femenina, 99.28% usa condón con pareja de sexo masculino, y el 72.97% lo usa con trabajadores sexuales. Con relación a los conocimientos la mayoría presentó conocimientos correctos de los modos de transmisión del VIH (90.38%), su prevención (98.09%), la disponibilidad de tratamiento (89.66%), sobre la prueba de detección del VIH (99.52%) y conocimiento de los síntomas (61.30%). Identificándose como la principal fuente de información los trabajadores de la salud (42.55%).

Síntesis. Los estudios señalan que tener nivel alto de conocimientos sobre las formas de trasmisión y prevención del VIH, así como de los beneficios y uso correcto del condón, se asocia con el uso consistente del condón con pareja de sexo masculino y con trabajadores sexuales, además se relaciona con la realización de la prueba de detección del VIH y mayor probabilidad de participar en programas de prevención del VIH. La principal fuente en donde los HSH obtienen la información preventiva son los trabajadores de la salud.

Actitud hacia el sexo seguro. Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre actitud y uso del condón, reportando que una actitud positiva hacia el uso del condón predice menor riesgo para el sexo anal ($R^2 = 0.17$, $F_{[4.55]} = 3.72$, $p < .01$), del mismo modo una actitud positiva hacia el uso del condón favorece su uso en el sexo oral ($R^2 = 0.03$, $F_{[4.258]} = 2.91$, $p = .02$). De manera

similar, Nyembezi et al. (2014) en su estudio reportaron que el uso consistente del condón se asoció significativamente con la actitud positiva hacia el uso con pareja sexual ocasional ($OR = 1.16$, $IC\ 95\% = 1.02, 1.32$, $p < .05$), actitud positiva hacia el uso con pareja estable ($OR = 1.14$, $IC\ 95\% = 1.04, 1.27$, $p < .05$) y con autoeficacia positiva hacia el uso del condón ($OR = 1.78$, $IC\ 95\% = 1.46, 2.17$, $p < .001$).

En un estudio realizado por Amirkhanian et al. (2009) estudiaron a 156 HSH para determinar los predictores de la conducta sexual de riesgo hacia el VIH y otras ITS. Los resultados demostraron que la actitud positiva hacia el sexo seguro predicen menor número ocasiones de sexo anal sin condón ($p = .094$), menos parejas para sexo anal sin condón ($p = .057$), y mayor uso del condón para el sexo anal ($p = .021$). La actitud positiva hacia el sexo seguro actuó como predictor para tener menos sexo anal sin condón ($OR = 0.86$, $IC\ 95\% = 0.76, 0.97$, $p < .05$). Los predictores para el sexo anal sin condón en los últimos tres meses fueron tener menor autoeficacia para el sexo seguro con múltiples parejas sexuales ($OR = 0.77$, $IC\ 95\% = 0.63, 0.93$, $p < .01$), o casuales ($OR = 0.64$, $IC\ 95\% = 0.50, 0.83$, $p < .001$), y menos intenciones hacia el sexo seguro con múltiples parejas sexuales ($OR = 0.90$, $IC\ 95\% = 0.99, 1.37$, $p < .10$), o casuales ($OR = 0.85$, $IC\ 95\% = 0.75, 0.97$, $p < .05$).

Lacefield, Negy, Schrader, y Kuhlman (2015) realizaron un meta-análisis con 79 estudios, el objetivo fué identificar los factores asociados al sexo anal sin condón en HSH. Con base en los resultados, se identificó que las variables intenciones hacia el uso del condón ($OR = 2.438$, $IC\ 95\% = 1.172, 5.074$, $p < .001$), las actitudes hacia el condón ($OR = 1.677$, $IC\ 95\% = 1.163, 2.416$, $p = .006$), y el apoyo social ($OR = 0.987$, $IC\ 95\% = 0.974, 1.001$, $p = .065$), tuvieron efecto significativo para el sexo anal sin condón.

Síntesis. Se encontró asociación positiva entre actitud y menor frecuencia de sexo anal sin condón, menor número de parejas sexuales y mayor uso del condón en el sexo

anal, tanto con pareja ocasional y estable, así como para evitar el sexo anal y oral sin condón.

Autoeficacia para el sexo seguro. Sohn y Cho (2012) en un estudio con 1070 HSH de Corea del Sur, identificaron que los predictores para el uso del condón durante el sexo anal, incluyeron los conocimientos sobre el VIH ($OR = 1.25, p < .05$), la autoeficacia para el uso del condón ($OR = 1.33, p < .001$), hacerse la prueba para detección del VIH ($OR = 1.45, p < .05$) y tener una pareja estable ($OR = 0.53, p < .001$). Así también, Jung (2013) en una investigación con 1908 HSH de Corea del Sur, encontró que los participantes que hacían más uso del condón tenían menos parejas sexuales ($\beta = 0.027, p < .01$), tenían nivel alto de autoeficacia para usar el condón ($\beta = 0.330, p < .05$) tenían antecedentes de ITS ($\beta = 0.504, p < .10$) y más apoyo social ($\beta = 0.002, p < .10$)

Bauermeister et al. (2014) en un estudio que tuvo como objetivo examinar la asociación entre la autoeficacia y el sexo anal receptivo sin condón en 194 HSH jóvenes, encontraron que los participantes que tenían nivel alto de autoeficacia para el uso del condón con pareja estable eran menos propensos a informar sexo anal receptivo sin condón en los dos últimos meses ($OR = 2.92, IC\ 95\% = 1.06, 8.08, p < .05$). Los HSH que presentaron baja autoeficacia para el uso del condón con pareja habitual y con pareja ocasional informaron más sexo anal receptivo sin condón que los que presentaron nivel alto de autoeficacia con pareja estable ($X^2 = 127.07, gl = 8, n = 175, p < .001$)

Xiao et al. (2013) llevaron a cabo una investigación con 307 HSH. El modelo de análisis de ruta de mediación de los efectos mostro que la autoeficacia para sexo seguro se asoció significativamente con el uso frecuente del condón en los últimos tres encuentros sexuales ($\beta = .167, DE = .133, p < .01$), la asertividad para la comunicación sexual ($\beta = .111, DE = .076, p < .05$), la comunicación sobre el uso del condón ($\beta = .190, DE = .07, p < .001$) y la comodidad con la comunicación sexual ($\beta = .171, DE = .083, p < .01$).

Lau et al. (2012) en su estudio con 300 HSH trabajadores sexuales encontraron que la autoeficacia para prevenir el VIH y para usar el condón estuvo asociada con menor sexo anal sin condón ($OR = 0.18$, $IC\ 95\% = 0.08, 0.41$, $p < .01$) y con menos intenciones para tener sexo anal sin condón ($OR = 0.06$, $IC\ 95\% = 0.01, 0.38$, $p < .01$). En otro estudio, Khumsaen y Stephenson (2017), encontraron que los HSH que percibían mayor autoeficacia para realizar conductas preventivas para el VIH, como rechazar las relaciones sexuales ($OR = 0.985$, $IC\ 95\% = 0.949, 1.021$, $p = .402$), preguntar sobre las parejas sexuales ($OR = 0.923$, $IC\ 95\% = 0.862, 0.988$, $p = .021$), y para usar el condón ($OR = 1.137$, $IC\ 95\% = 1.083, 1.193$, $p < .001$), eran más propensos en haber utilizado el condón en la última relación sexual anal.

Síntesis. La evidencia científica revela que la autoeficacia se asoció con menor sexo anal sin condón y menos intenciones para tener sexo anal sin condón. Así también con el uso frecuente del condón, la asertividad para la comunicación sexual, comunicación sobre el uso del condón y la comodidad para la comunicación sexual.

Apoyo social. Ryan, Russell, Huebner, Díaz y Sánchez (2010) realizaron un estudio para conocer la relación entre apoyo social y conducta sexual de riesgo en HSH. Los resultados denotaron que aquellos que reportaron niveles altos de apoyo social presentaron alta autoestima ($F = 17.10$, $p < .001$) y buen nivel de salud general ($F = 8.96$, $p < .01$). En la conducta sexual a pesar de encontrar asociación con el apoyo social, esta no mostró ser fuerte, sin embargo, se evidenció que los que reportaron niveles bajos de apoyo social tenían puntuaciones significativas para presentar depresión ($F = 8.96$, $p < .001$), consumir alcohol y/o drogas ($F = 8.96$, $p < .01$), ideación suicida ($F = 8.96$, $p < .05$) e intentos suicidas ($F = 8.96$, $p < .01$).

Nelson et al. (2015) en su investigación encontraron que los participantes que percibieron más apoyo de los proveedores de salud utilizaron condón consistentemente para el sexo anal ($ORA = 3.29$, $IC\ 95\% = 1.42, 7.66$, $p < .01$), sexo oral ($ORA = 5.06$, $IC\ 95\% = 1.75, 14.63$, $p < .01$) y vaginal

(*ORA* = 1.8, *IC* 95% 1.06, 3.06, $p < .05$). Los que refirieron mayor apoyo de sus amigos usaron condón en el sexo anal (*AOR*= 1.26, *IC* 95% = 1.05, 1.52, $p < .05$), sexo oral (*ORA*= 1.13, *IC* 95% = 0.93, 1.37, $p < .05$) y sexo vaginal (*ORA*= 1.06, *IC* 95% = 0.90, 1.27, $p < .05$). Los HSH que percibieron más apoyo social y que usaron de manera consistente el condón son los que presentaron mayor puntuación para los conocimientos sobre ITS ($M = 15.3$, $DE = 4.8$, $M = 10.1$, $DE = 2.3$, respectivamente) y el VIH ($M = 12.9$, $DE = 3.0$, $M = 11.4$, $DE = 1.6$, respectivamente), que los que percibieron menos apoyo e hicieron menor uso del condón.

Deuba et al. (2013) en un estudio en HSH de entre 15 y 55 años de edad, reportaron que el 78% de los participantes no utilizaron el condón para el sexo anal y vaginal en los últimos tres encuentros, entre los factores relacionados para no usar condón identificados fueron la falta de apoyo social (*ORA* = 3.49, *IC* 95% = 1.10, 11.14, $p = .035$), la insatisfacción con el apoyo social recibido (*ORA* = 2.30, *IC* 95% = 1.04, 5.12, $p = .041$), experiencias de violencia física y sexual (*ORA* = 4.54, *IC* 95% = 1.02, 20.2, $p = .047$) y depresión (*ORA* = 1.89, *IC* 95% = 1.06, 3.36, $p = .031$). Mientras que un factor protector para el uso del condón fue la aceptación familiar respecto a la orientación sexual (*ORA* = 0.18, *IC* 95% .04, 0.78, $p = .022$), los HSH que reportaron no aceptación familiar fueron menos propensos a participar en intervenciones de prevención del VIH (*ORA* = 0.29, *IC* 95% = 0.12, 0.74, $p = .009$).

Valdez (2015) en un estudio con una muestra de 241 HSH mexicanos, reporto que los participantes que contaban con más apoyo de la pareja para tener sexo seguro, tuvieron menos relaciones sexuales sin condón tanto con pareja ocasional ($F_{[1,239]} = 11.77$, $p < .001$) como con trabajadores sexuales ($F_{[1,239]} = 22.96$, $p < .001$). Asimismo, Schragar, Latkin, Weiss, Kubicek y Kipke (2014), realizaron un estudio con 233 HSH, en el cual encontraron que pertenecer a un hogar representó un factor protector contra la conducta sexual de alto riesgo (*OR* = 0.382, *IC* 95% = 0.189, 0.771, $p < .01$).

Síntesis. El percibir apoyo social se asocia con mayor autoestima, tener pareja estable, uso del condón para el sexo oral, anal y vaginal, con conocimientos sobre ITS, menor conducta sexual de riesgo con pareja estable y ocasional y así como con la disponibilidad para involucrarse en actividades de prevención del VIH e ITS. Mientras que percibir falta de apoyo o insatisfacción con el apoyo recibido, se asoció con el sexo anal sin condón y con menor disponibilidad para participar en actividades preventivas hacia el VIH.

Amortiguadores de protección.

Intenciones hacia el sexo seguro. Schutz et al. (2011) realizaron un estudio de cohorte con 237 HSH. El objetivo fue conocer los determinantes del uso del condón, y los moderadores de la intención y el uso del condón. Los resultados demostraron que el la conducta previa del uso del condón ($OR = 9.75$, $IC\ 95\% = 4.48, 21.26$, $p < .05$), las intenciones hacia el uso del condón ($OR = 3.13$, $IC\ 95\% = 1.25, 7.81$, $p < .05$), y la autoeficacia para el uso del condón ($OR = 3.62$, $IC\ 95\% = 1.40, 9.37$, $p < .05$), predicen el uso del condón. Identificando a la autoeficacia como un moderador entre las intenciones y el uso del condón ($OR = 20.96$, $IC\ 95\% = 2.90, 151.51$, $p < .05$).

D'Anna et al. (2015) identificaron que las intenciones para el uso del condón ($OR = 5.1$, $IC\ 95\% = 2.8, 9.5$, $p < .001$), el apoyo percibido de la pareja para el uso del condón ($OR = 2.2$, $IC\ 95\% = 1.4, 3.5$, $p < .05$), el sexo con pareja ocasional ($OR = 4.3$, $IC\ 95\% = 2.2, 8.6$, $p < .001$), las creencias sobre el diagnóstico previo de ITS ($OR = 2.3$, $IC\ 95\% = 1.3, 4.0$, $p < .01$), menor cantidad de relaciones sexuales ($OR = 3.7$, $IC\ 95\% = 1.6, 8.7$, $p < .01$) y la autoeficacia para el uso del condón ($OR = 1.5$, $IC\ 95\% = 1.0, 2.5$, $p < .05$), se asociaron con el uso consistente del condón para sexo anal.

Li D, Li C, Wang y Lau (2015) en su estudio con 307 HSH identificaron que la confianza ($OR = 1.04$, $IC\ 95\% = 1.01, 1.07$, $p < .05$) y la intimidad en la relación con la

pareja sexual ($OR = 1.02$, $IC\ 95\% = 1.01, 1.04$, $p < .05$), la presencia de síntomas clínicos de depresión ($OR = 2.09$, $IC\ 95\% = 1.08, 3.19$, $p < .05$), ansiedad ($OR = 1.06$, $IC\ 95\% = 0.92, 3.00$, $p < .1$), y la percepción de norma subjetiva de que los HSH no deben usar condón ($OR = 2.32$, $IC\ 95\% = 1.19, 4.54$, $p < .05$) se asocian con la conducta sexual de riesgo. Mientras las actitudes positivas para el uso del condón ($OR = 0.76$, $IC\ 95\% = 0.61, 0.95$, $p < .05$), percepción de control conductual para el uso del condón ($OR = 0.74$, $IC\ 95\% = 0.56, 0.96$, $p < .05$) y las intenciones para el uso del condón con la pareja sexual en los próximos tres meses. ($OR = 0.21$, $IC\ 95\% = 0.10, 0.51$, $p < .01$), se asocian al uso del condón.

Manserg et al. (2010) realizaron un estudio en 1540 HSH de Estados Unidos. Los resultados demostraron que percibir menor autoeficacia para tener sexo seguro ($OR = 0.67$, $IC\ 95\% = 0.50, 0.92$, $p < .05$), y más dificultades de comunicación para tener sexo seguro ($OR = 1.63$, $IC\ 95\% = 1.29, 2.07$, $p < .05$), están asociadas a mayor riesgo para tener sexo anal receptivo sin condón. Así también, menos intenciones para usar condón en los siguientes tres meses ($OR = 1.35$, $IC\ 95\% = 1.18, 1.54$, $p < .05$), y más intenciones para consumir drogas durante las relaciones sexuales ($OR = 0.72$, $IC\ 95\% = 0.62, 0.84$, $p < .05$), están asociadas a mayor riesgo para tener sexo anal insertivo sin condón.

Síntesis. Los estudios demuestran que las intenciones están asociadas al uso consistente del condón, sin embargo cuando las intenciones para tener sexo seguro disminuyen se asocian con sexo anal sin condón, por tanto, las intenciones podrían actuar como un predictor para el uso del condón.

Negociación para el sexo seguro. Robles et al. (2011) llevaron a cabo una investigación para determinar la relación entre la información sobre el VIH/sida y otras ITS, comunicación sobre temas sexuales y la negociación para el uso del condón. Sus resultados indican que el uso consistente del condón se asocia con la capacidad para expresar argumentos para utilizarlo, escuchar los argumentos de la pareja para no

utilizarlo, y convencerlo de si hacerlo ($p = .004$). Así también se identificó que la negociación para el uso del condón se relaciona con la comunicación para hablar sobre ITS con la pareja ($r = 0.471, p < .01$), y con los conocimientos sobre la prevención de la transmisión del VIH ($r = 0.297, p < .05$).

Sanchez, Robles y Enríquez (2015) realizaron un estudio en 230 hombres con el objetivo de identificar factores psicosociales, conductuales y culturales asociados a la consistencia del uso del condón. Los resultados reportados mostraron que el grupo de participantes que presentaron actitudes positivas hacia el uso del condón (4.30 vs $3.58, t = 2.97, p = .003$), tenían más conocimientos sobre la prevención del VIH/ITS (58.61 vs $49.02, t = 2.79, p = .006$), tenían más intenciones hacia el sexo seguro (5.57 vs $4.99, t = 3.18, p = .002$), y habilidades de negociación para el sexo seguro (4.40 vs $3.65, t = 5.25, p < .001$), fueron más consistente para el uso del condón, en comparación con el grupo de inconsistentes.

Síntesis. El estudio señala que la capacidad para negociar el uso del condón se relacionan con el uso consistente del condón, así como también con la capacidad para hablar sobre temas sexuales y con los conocimientos para prevenir la transmisión del VIH.

Objetivo general

Determinar la relación de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales), factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo), recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro), recursos de protección externos (apoyo social) y amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro), con la conducta sexual segura en los HSH.

Objetivos específicos

1. Identificar si los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) influyen en la conducta sexual segura.
2. Conocer si los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) influyen en la conducta sexual segura.
3. Establecer el efecto de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) sobre los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro).
4. Determinar el efecto de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) sobre los recursos de protección externos (apoyo social).
5. Identificar el efecto de los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) sobre los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro).
6. Determinar si los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) influyen en los recursos de protección externos (apoyo social).
7. Conocer la relación entre los recursos de protección externos (apoyo social) y los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro).
8. Establecer el efecto de los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro) sobre los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro).

9. Estimar el efecto de los recursos de protección externos (apoyo social) sobre los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro).
10. Determinar la influencia de los recursos de protección externos (apoyo social) en la conducta sexual segura.
11. Identificar si los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro) influyen en la conducta sexual segura.
12. Conocer si los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro) influyen en la conducta sexual segura.

Definición de términos

Factores psicológicos y socioculturales.

Imagen corporal. Es la percepción que los HSH tienen sobre su peso y satisfacción respecto a su cuerpo.

Búsqueda de sensaciones sexuales. Es la disposición de los HSH para buscar y participar en experiencias sexuales novedosas de riesgo.

Uso de material sexual en línea. Es la interacción o consulta que tienen los HSH con medios en línea como páginas de internet, redes sociales, video llamadas, aplicaciones de chat, portales de video o canales de video con el propósito de realizar alguna actividad sexual.

Discriminación por diversidad sexual. Son experiencias de los HSH de rechazo, exclusión o agresión física o psicológica respecto a su orientación sexual.

Machismo. Son creencias y actitudes culturales negativas en los HSH respecto a la superioridad de la masculinidad, ante la femineidad.

Recursos de protección internos y externos.

Autoestima. Es la percepción positiva o negativa de valor personal que los HSH tienen hacia sí mismos.

Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón. Es el conjunto de información que tienen los HSH sobre los métodos de transmisión y protección del VIH.

Actitud hacia el sexo seguro. Es una evaluación positiva o negativa en los HSH respecto al uso del condón.

Autoeficacia para el sexo seguro. Es la capacidad percibida por los HSH para usar correcta y consistentemente el condón, así como para comunicar su uso con la pareja.

Apoyo social. Es la percepción de los HSH sobre el apoyo emocional, instrumental e informacional que reciben de la familia, amigos y otras personas significativas.

Amortiguadores de protección.

Intenciones hacia el sexo seguro. Es la disposición o probabilidad que tienen los HSH para usar el condón en sus relaciones sexuales.

Negociación para el sexo seguro. Es la capacidad percibida por los HSH para proponer el uso del condón a su pareja sexual, y expresar soluciones equitativas y de colaboración para usarlo cuando la pareja sexual se niega.

Conducta sexual segura

Conducta sexual segura. Son las prácticas sexuales que utilizan los HSH con su pareja sexual para evitar la transmisión del VIH, estas incluyen el uso de condón para el sexo oral, anal y/o vaginal, y la evasión de prácticas sexuales de riesgo como el consumo de alcohol y/o drogas antes o durante la relación sexual, el contacto directo con fluidos corporales (sangre, semen y/o secreciones vaginales), tener sexo con personas que se desconoce su vida sexual y tener sexo cuando se tienen heridas en el área genital.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología del estudio, la cual incluye el diseño del estudio, la población, muestra, muestreo, criterios de inclusión y eliminación, instrumentos de medición. Así también, se señalan de forma general el procedimiento de recolección de información, las consideraciones éticas, y finalmente, el plan de análisis de los datos.

Diseño del estudio

En el presente estudio se utilizó un diseño correlacional y de comprobación de modelo, el cual es apropiado dado que el propósito fue probar las relaciones propuestas entre las variables del modelo y determinar si las variables predicen la conducta sexual segura en HSH (Burns & Grove, 2009).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por HSH de 18 años y más, residentes de Monterrey, Nuevo León y área metropolitana. El tamaño de la muestra fue de 257 individuos, el cual se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor (Elasshoft, Dixon, & Crede, 2000), con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $R^2 = .11$ y una potencia de prueba de 90% para un modelo de Regresión Lineal Multivariado con 13 variables independientes. El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conglomerados (sitios de encuentro), el cual es de utilidad cuando se considera que las unidades de análisis se encuentran concentradas en determinados lugares físicos o geográficos (Hernández, Collado, & Baptista, 2014). Por lo tanto, la unidad de análisis en el estudio fueron los HSH y la unidad muestral fueron los sitios de encuentro para HSH.

En el estudio se consideraron solo los sitios de encuentro cerrados, como son: casas de sexo, cibercafé, baños de vapor/saunas, bares, antros, cines y sex shop/cabinas, los cuales son los de mayor concurrencia y recomendados para el reclutamiento de la

población de HSH (Bautista et al., 2013; Gutiérrez, 2012; Moral, Valdez, & Onofre, 2016). El interés por considerar a los HSH que acuden a sitios de encuentro se debe a que estudios han demostrado que existe diferencia en los que asisten y los que no asisten. Los que acuden a sitios de encuentro presentan más prácticas sexuales de riesgo, es decir que están más expuestos para adquirir el VIH, en comparación con aquellos que no asisten (Frankis & Flowers, 2005; Frankis & Flowers, 2006; Halkitis, Moeller, & Pollock, 2008; Mantecón, Juan, Calafat, Becoña, & Román 2008; Solomon et al., 2011; Xia et al., 2006).

Para el muestreo, se contemplaron tres etapas, la primera, se llevó a cabo mediante un mapeo con adaptación de la metodología “PLACES” (Weir et al., 2005). El mapeo tiene como objetivo hacer la configuración de una red de sitios de encuentro más visitados y referidos, es recomendado cuando se utiliza un muestreo por conglomerados y ha sido aplicado en otros estudios de población de HSH (Bautista et al., 2013; Asusta, Regueiro, Reymond, Ochoa, & Valdes, 2014; Fernández, 2014; Folch et al, 2014). De acuerdo a la metodología del mapeo, inicialmente se hizo la identificación y localización de los sitios de encuentro, esto, mediante el apoyo de informantes clave que forman parte de la población de HSH y que acuden a estos sitios, partiendo de dicha información se inició con la construcción de una lista parcial de sitios.

Considerando como referencia la lista parcial se asistió a los sitios iniciales y se verificó su existencia, así mismo, se tuvo un acercamiento con usuarios y/o empleados del lugar, lo cual tuvo como objetivo ampliar la red de sitios y obtener información respecto a características del lugar y de la sub-población que los frecuenta, cantidad aproximada de asistentes, las facilidades y barreras para el reclutamiento, los días y horarios de servicio, así como para conocer el horario más concurrido. La duración del mapeo fue de cuatro semanas, tiempo apropiado para el empleo de esta metodología (Fernández, Lupiañez, & Zaragoza, 2012).

En la segunda etapa del muestreo, a partir de la lista final de sitios mapeados, estos se clasificaron en cinco estratos (tipos de sitio de encuentro) y se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado, con asignación proporcional al tamaño del estrato, tomando como referencia la cantidad aproximada de asistentes por día de acuerdo al tipo de sitio de encuentro (Tabla 1).

Tabla 1

Muestra proporcional de cada estrato.

	<i>Estratos</i>	<i>Cantidad de sitios de encuentro</i>	<i>Muestra</i>
1.	Bares/antros	16	82
2.	Sex shop/cabinas	1	31
3.	Casa de sexo/Cibercafé	8	62
4.	Baños de vapor/saunas	4	41
5.	Cines	3	41
	Total:	32	257

Finalmente, la tercera etapa consistió en el reclutamiento de los participantes, este mediante el Muestreo Dirigido por Entrevistados (MDE), el cual es el más recomendado a nivel internacional para estudios en poblaciones ocultas por el estigma y discriminación hacia quienes forman parte de estas, como son los HSH (Malekinejad et al., 2008; ONUSIDA, 2011) y ha sido aplicado en investigaciones con HSH mexicanos, obteniendo resultados favorables de participación (Pitpitan et al., 2015; Torres, 2014; Valdez, 2015).

El proceso del MDE da inicio con la selección de personas de la población objetivo quienes son denominados semillas iniciales u “*ola*” cero. Después de participar en el estudio, cada una de las semillas es provista de un número fijo y único de cupones de reclutamiento para otras personas que conozcan y correspondan a la población del estudio. A estos nuevos miembros reclutados, al participar en la investigación, también se les proporcionaran los cupones para que puedan reclutar a nuevos posibles

participantes y continuar con la configuración de nuevas olas o grupos de participantes (Figura 1), hasta alcanzar el equilibrio muestral o completar la muestra (Johnston & Sabin, 2010).

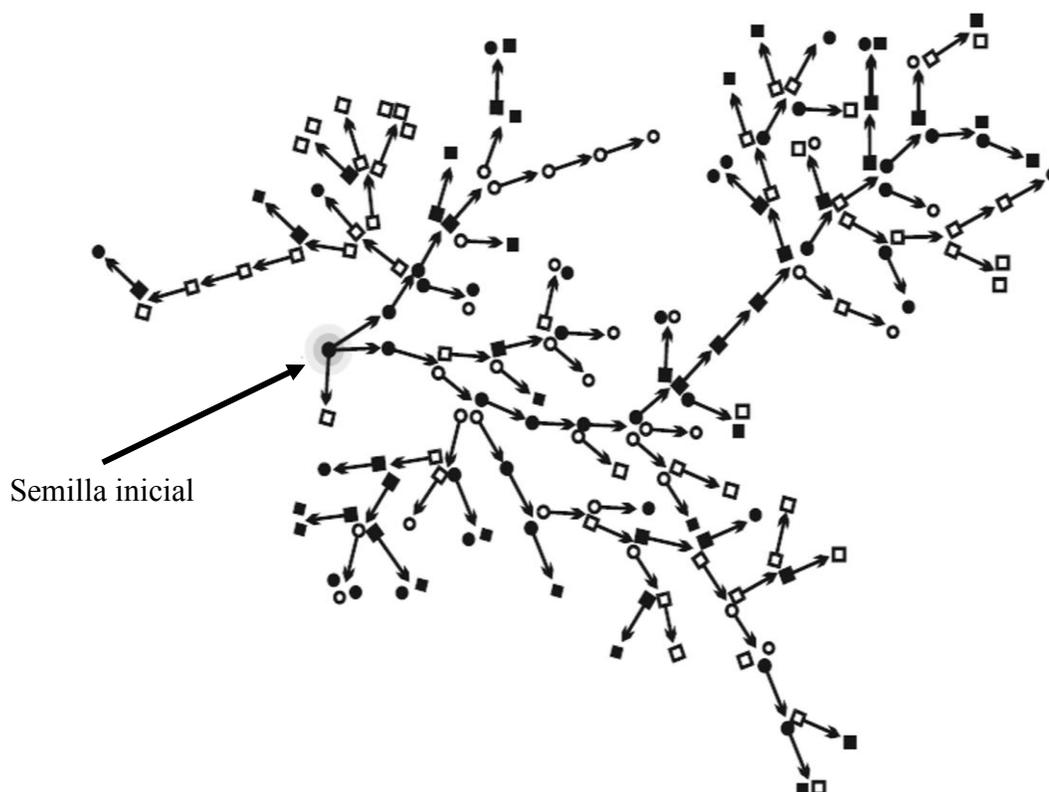


Figura 7. Diagrama hipotético del proceso del MDE a partir de una semilla

De acuerdo con lo descrito, en este estudio, el investigador principal seleccionó cinco semillas iniciales correspondientes a cada uno de los cinco estratos identificados en la segunda etapa del muestreo de la investigación (Tabla 1). Posteriormente a su participación se les solicitó que identificarán a tres contactos que frecuentaran el tipo de sitio de encuentro (estrato) en el cual él fue reclutado, que cumpliera con los criterios de inclusión y que tuviera la disposición para participar, una vez identificados sus contactos se les facilitaron tres cupones para identificar a cada uno de ellos, de esta manera, cada nuevo grupo de participantes representó otra ola de reclutamiento. El tiempo de

reclutamiento fue de tres meses, tiempo considerado adecuado para el tipo de muestreo y al tipo de población (Estrada & Vargas, 2010; Valdez, 2015).

Criterios de inclusión

Se incluyeron hombres de 18 años o más, que reportaron haber tenido sexo anal con hombres (insertivo, receptivo, o ambos), en los últimos 12 meses, y que frecuentaban sitios de encuentro para HSH. Esta información se conoció mediante preguntas previas al llenado de los instrumentos de medición. Haber reportado sexo anal se consideró como criterio de inclusión debido a que el sexo anal en comparación con el sexo oral y vaginal, constituye el comportamiento sexual de mayor riesgo en cuanto a la transmisión del VIH (CDC, 2016; Frances, White, & Boily, 2010). Por otra parte, en estudios como el de Bautista et al. (2013), reportar tener sexo anal con otro hombre, se ha considerado como criterio para ser considerado HSH.

Criterios de eliminación

Se eliminaron los participantes que refirieron estado serológico VIH-positivo, lo cual se corroboró con una pregunta incluida en la cédula de datos personales y de sexualidad (Apéndice B). Cabe señalar que independientemente del estado de la persona, los instrumentos fueron aplicados, de esta manera se evitaron incidentes por discriminación, sin embargo, los cuestionarios de personas con estado VIH-positivo fueron descartados durante la captura de información en la base de datos. Lo anterior se realizó debido a que la conducta sexual puede ser diferente por influencia del diagnóstico o estado serológico al VIH (Valdez, 2015; Zamberia, 2009), también por el contacto que pudieran tener con los servicios de salud o el nivel de información sobre el tema de interés (Folch et al, 2014), considerando además que el estudio se centró en la propuesta de un modelo de prevención en la transmisión del VIH. En este mismo sentido, se eliminaron los participantes que no cumplieron con el 100% del llenado de los instrumentos, y que durante el proyecto se retractaron de su participación.

Instrumentos de medición

Para el presente estudio se realizaron mediciones de lápiz y papel mediante 15 instrumentos. Los instrumentos de las variables conocimientos sobre el VIH y sida, actitud hacia el sexo seguro, así mismo el de intenciones hacia el sexo seguro, estaban originalmente escritos en idioma inglés, por lo cual se realizó la traducción de forma fiel al español mediante el método Back-Translation (Burns & Grove, 2009), que consiste inicialmente en traducir los instrumentos del idioma inglés al español por un profesional bilingüe con conocimientos en el área de la salud y cuyo idioma nativo sea el español, sucesivamente, traducir de la versión en español a inglés por un traductor profesional cuyo idioma nativo sea el inglés, posteriormente se hace comparación de ambas versiones para verificar si las preguntas conservan el mismo sentido o significado y finalmente, identificar reactivos que al ser traducidos cambian el sentido o significado y realizar nuevamente el procedimiento hasta llegar a un consenso entre los traductores y el investigador.

Datos personales y de sexualidad. Se aplicó una cédula de datos personales y de sexualidad para conocer la edad, estado civil, la escolaridad, orientación sexual, edad a la que tuvo su primera relación sexual, edad de inicio del uso del condón, tipo actual de pareja sexual, y número de parejas sexuales en el último año, así mismo, se incluyó una pregunta filtro para conocer su estado serológico al VIH (Apéndice B).

Imagen corporal.

Escala de imagen corporal. Para medir la imagen corporal se utilizó la escala de Stunkard et al. (1983). Esta escala ha sido utilizada para medir la imagen corporal debido a su facilidad de administración y fiabilidad test retest reportado de $r = .74$, y fue adaptada en un estudio en HSH (Allensworth et al., 2008) y consta de 9 figuras de silueta que aumentan gradualmente de tamaño, las figuras 1 y 2 corresponden a personas con bajo peso, 3, 4 y 5 peso normal, 6 y 7 sobrepeso, finalmente 8 y 9 obesidad.

La aplicación del instrumento consiste en lo siguiente: 1) se le pide al participante que elija la figura que más se parece a su cuerpo (figura actual), 2) Posteriormente se le pide al participante que elija la figura que más le gustaría tener (figura ideal/deseada), 3) para medir la satisfacción/insatisfacción, se hace una comparación de la figura actual y la figura ideal o deseada, a cada figura se le agrega un puntaje, se le denomina resultado positivo cuando existe insatisfacción porque se desea estar más delgado y resultado negativo cuando hay insatisfacción porque se desea estar más grueso. Entre mayor sea la diferencia numérica mayor la insatisfacción. Diferencia igual a cero por elección de la misma figura (actual-ideal) indicaría satisfacción (Apéndice C).

Búsqueda de sensaciones sexuales.

Escala de búsqueda de sensaciones sexuales. Para la medición de esta variable se utilizó la escala de búsqueda de sensaciones sexuales de Kalichman et al. (1994), la cual inicialmente fue aplicada a hombres homosexuales de Estados Unidos y recientemente fue HSH mexicanos (Valdez, 2015). Dicha escala está conformada por 11 reactivos, un ejemplo es: me gustan las sensaciones de las relaciones sexuales sin condón. Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert que va desde me disgusta totalmente (1) a me gusta muchísimo (4). Con un puntaje mínimo de 11 y máximo de 44. A mayor puntaje, mayor búsqueda de sensaciones sexuales. El instrumento ha presentado ha mostrado confiabilidad interna aceptable, Alpha de Cronbach de .74 (Apéndice D).

Uso de material sexual en línea.

Cuestionario de uso de material sexual en línea. Para medir el uso de material sexual en línea, se aplicó el cuestionario de Gonsalves (2010), el cual ha sido aplicado en población mexicana (Valdez, 2011). El cuestionario está compuesto por dos apartados. El primero consta de 36 preguntas y mide el tipo de material sexual en línea, uso coactivo de material sexual en línea, y uso problemático de material sexual en línea. Un ejemplo de reactivo es: he visto imágenes de actos sexuales en línea.

El segundo apartado está compuesto por 7 preguntas y mide siete actividades sexuales en línea: masturbación, excitación, estimulación, aventura, conocer gente, imágenes y cibersexo. Un ejemplo de reactivo es: me masturbo cuando veo material sexual en línea. Las opciones de respuesta para ambos apartados son de tipo Likert que van de nunca (1) a frecuentemente (4). Con un puntaje total mínimo de 43 y máximo de 172, en donde a mayor puntuación, mayor uso de material sexual en línea. El primer apartado ha mostrado confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .72, y el segundo apartado .90 (Apéndice E).

Discriminación por diversidad sexual.

Escala de discriminación y escala de victimización. Para medir la discriminación por diversidad sexual se utilizó la escala de discriminación y la escala de victimización (Barrientos et al., 2010), estas escalas fueron aplicadas por primera vez en población lésbico, gay, bisexual y transexual de Chile. La escala de discriminación está integrada por 10 reactivos, un ejemplo es: no haber sido contratado o despedido del trabajo debido a tu orientación sexual. La opción de respuesta tipo Likert va desde: nada frecuente (1) a muy frecuente (5). El puntaje mínimo de la escala es 10, y corresponde a las personas que no han percibido ningún tipo de discriminación, y el puntaje de 11 a 50 corresponden a las personas que han percibido discriminación, a mayor puntaje mayor discriminación. La escala de discriminación ha mostrado Alfa de Cronbach de .97 (Barrientos, Cardenas, & Gómez, 2014; Apéndice F).

La escala de victimización está compuesta por 10 reactivos, un ejemplo de reactivo es: has experimentado insultos debido a tu orientación sexual. Las opciones de respuesta van de: nada frecuente (1) a muy frecuente (5). El puntaje mínimo de la escala es 10, y corresponde a las personas que no han percibido ningún tipo de discriminación, y el puntaje de 11 a 50 corresponden a las personas que han percibido discriminación, a mayor puntaje mayor discriminación. Esta escala ha mostrado Alpha de Cronbach de .97 (Barrientos, Cardenas, & Gómez, 2014; Apéndice G).

Machismo.

Inventario de conformidad de las normas masculinas. La variable machismo, fue medida mediante el inventario de conformidad de las normas masculinas (Mahalik et al., 2003). El inventario está constituido por 22 reactivos. Un ejemplo de reactivo es: usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales. Las respuestas corresponden a 4 opciones en escala tipo Likert que van desde: totalmente en desacuerdo (0) a totalmente de acuerdo (3). Con un rango de puntaje de 0-66, a mayor puntaje, más machismo. Para este instrumento, Kimmel y Mahalik, (2005), reportaron un valor de Alpha de Cronbach .94 en un estudio en HSH (Apéndice, H).

Autoestima.

Escala de autoestima. La autoestima se midió mediante la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Esta escala se ha sido utilizada en población de HSH. Contiene un total de 10 reactivos, un ejemplo es: algunas veces creo que no sirvo para nada. Las opciones de respuesta corresponden a opciones que van desde: totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (4). Con un puntaje mínimo de 10 y máximo de 40, a mayor puntaje, indica más alta autoestima. En esta escala se ha reportado Alpha de Cronbach de .88 en población de HSH (Chaney & Burns, 2015; Apéndice I).

Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón.

Escala de conocimientos sobre el VIH y sida para adultos y escala de conocimientos sobre el uso del condón. Los conocimientos se midieron mediante la escala de conocimientos sobre el VIH y sida para adultos de Prati et al. (2016), y la escala de conocimientos sobre el uso del condón (Robles et al., 2014). La escala de conocimientos sobre VIH y sida, originalmente fue creada para medir los conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención del VIH en población de HSH. Está conformada por 29 reactivos con 3 opciones de respuesta: 1 (no), si (2) y no se (3). Un ejemplo es: puede el VIH transmitirse mediante la masturbación mutua. Para los reactivos 5, 8-12, 14-16, 19-24, 26, 27 y 29 la respuesta es “si” y para los reactivos 1-4,

6, 7, 13, 17, 18, 25 y 28 la respuesta es “no”. A cada respuesta contestada correctamente se le asigna un punto y a las respuestas incorrectas se les asigna 0, la opción “no se” es considerada como respuesta incorrecta. A mayor puntuación indica mayor nivel de conocimientos. Este instrumento ha reportado un Omega total de McDonald’s de .95 (Prati et al., 2016; Apéndice J)

La escala de conocimientos sobre el uso del condón está estructurada por 9 reactivos relacionados a aspectos vinculados con las características del paquete del preservativo, la forma de colocar el preservativo en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarse y el momento en que debe retirarse del pene. Los reactivos se presentaron con 3 opciones de respuesta: 1 (no), si (2) y no se (3). Un ejemplo de reactivo es: cuando se coloca un preservativo en el pene, es importante que se ajuste perfectamente, no dejando espacio en su punta. Para los reactivos 1-3, 5-7 y 9 la respuesta es “si” y para los reactivos 4 y 8 la respuesta es “no”. A cada respuesta contestada correctamente se le asigna un punto y a las respuestas incorrectas se les asigna 0, la opción “no se” es considerada como respuesta incorrecta. A mayor puntuación indica mayor nivel de conocimientos. Este instrumento originalmente ha reportado Alpha de Cronbach de .65 (Robles et al., 2014; Apéndice K).

Actitud hacia el sexo seguro.

Sub-escala placer. La actitud hacia el sexo seguro se midió con la escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón de Helweg y Collins (1994), la cual originalmente fue creada y probada en estudiantes universitarios. El instrumento cuenta con cinco sub-escalas, de las cuales en el estudio solo se utilizará la sub-escala placer, la cual ha sido aplicada en HSH (Emetu et al., 2014). Esta sub-escala cuenta con 5 reactivos, un ejemplo es: el uso de condón puede hacer el sexo más estimulante. Las opciones de respuestas son tipo Likert de cinco puntos que van desde: muy de acuerdo (1) a muy en desacuerdo (5). Las puntuaciones corresponden a un mínimo de 5 y un máximo de 25, puntajes bajos indican actitud negativa y puntajes altos indican actitud

positiva para el uso del condón. Esta sub-escala ha reportado Alpha de Cronbach de .81 (Emetu et al., 2014; Apéndice L).

Autoeficacia para el sexo seguro.

Escala de autoeficacia para el uso del condón. La autoeficacia para el sexo seguro, se midió por medio de la escala de autoeficacia para el uso del condón (Hanna, 1999). La escala está conformada por 14 reactivos distribuidos en tres sub-escalas: uso consistente del condón, uso correcto del condón y comunicación para usar el condón, un ejemplo de reactivo es: mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene. Las respuestas manejan una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde: muy inseguro (1) a muy seguro (5). Con una puntuación mínima de 14 y máxima de 70, puntajes altos indican mayor nivel de autoeficacia para usar el condón (Apéndice M). Esta escala ha reportado Alpha de Cronbach en HSH mexicanos de .92 para la escala total y de .81 a .88 para las sub-escalas (Valdez, 2015).

Apoyo social.

Escala multidimensional de apoyo social percibido. El apoyo social se midió mediante la escala multidimensional de apoyo social percibido (Zimet et al., 1988). Esta escala mide la percepción de apoyo dividido en tres sub-escalas: familia, amigos y otras personas significativas. Ha sido aplicada en población de HSH y consta de 12 reactivos, un ejemplo es: puedo hablar con mis amigos/as de mis problemas. Las opciones de respuesta son tipo Likert de 4 puntos que van de: casi nunca (1) a casi siempre o siempre (4). Las puntuaciones oscilan de 12 a 48, a mayor puntuación representa mayor apoyo social percibido. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .91 en HSH (Cheung, Randolph, Chan, & Winnie, 2014; Apéndice N).

Intenciones hacia el sexo seguro.

Escala de intenciones hacia el uso del condón. Para medir la variable intenciones hacia el sexo seguro se utilizó la escala de intenciones hacia el uso del condón (Stacy et al., 2006), originalmente aplicada en adultos heterosexuales de Estados

Unidos, y ha sido aplicada en población de HSH (Nydegger, Ames, & Stacy, 2015), la escala está conformada por 5 reactivos, un ejemplo es: que probabilidad hay de que uses condón con alguien con quien nunca ha tenido sexo. Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert que va desde definitivamente no (1) a definitivamente si (4), con puntuación mínima de 5 y máxima de 20, a mayor puntuación, más intenciones de uso del condón. Este instrumento ha presentado Alpha de Cronbach de .87 (Nydegger et al., 2015; Apéndice O).

Negociación para el sexo seguro.

Sub-escalas equidad y colaboración. La medición de la negociación para el sexo seguro se hizo mediante las sub-escalas equidad y colaboración de la escala de estilos de negociación para el uso del condón (Robles & Díaz, 2006). Las sub-escalas suman un total de 15 reactivos. Un ejemplo de reactivo es: propongo soluciones equitativas entre nosotros para protegernos sexualmente. Las opciones de respuesta se presentan en una escala tipo Likert que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5). Puntuación mínima de 15 y máxima de 75, a mayor puntuación mayor capacidad percibida para negociar el uso del condón, las sub-escalas han presentado Alpha de Cronbach de .90 y .87 (Robles & Díaz, 2011; Apéndice P).

Conducta sexual segura.

Sub-escalas uso del condón y sexo seguro. Para medir la variable conducta sexual segura se utilizaron las sub-escalas uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura (Dilorio et al., 1992). Estas sub-escalas forman en total 16 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que van de nunca (1) a siempre (4). Un ejemplo de reactivo es: si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón. Puntuación mínima de 16 y máxima de 64, a mayor puntuación, mayor conducta sexual segura. Esta escala ha mostrado confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .91 (Dilorio et al., 1992; Apéndice Q).

Procedimiento de recolección de información

Para dar inicio con el proceso, se solicitó la autorización del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez que se obtuvo la aprobación, se capacitó a un equipo de 5 personas que participaron en el reclutamiento de participantes y en la recolección de información. Cabe mencionar que las personas que formaron parte del equipo conocían y frecuentaban sitios de encuentro, así mismo se identificaban como HSH, lo cual favoreció un ambiente de confianza, empatía y facilitó la comunicación con los participantes.

De acuerdo a la metodología del MDE, inicialmente se reclutaron cinco participantes o “semillas iniciales”, cada uno de ellos pertenecientes a los cinco estratos identificados en la segunda etapa del muestreo (Tabla 1). Para localizar las semillas iniciales se acudió a los sitios de encuentro identificados previamente. Cabe especificar que, con base a información obtenida durante el mapeo respecto a las características de los bares y antros (horario nocturno de servicio, poca iluminación, ruido excesivo, consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas), así como para evitar interferir en las actividades sexuales por las cuales acuden los usuarios a las casas de sexo/cibercafé, baños de vapor/saunas, cines y sex shop/cabinas, no se ingresó a dichos lugares, el abordaje de participantes se realizó de manera externa previamente a su ingreso. Los reclutadores se ubicaron fuera de los sitios de encuentro y, por lo tanto, no se solicitó autorización formal en los sitios de encuentro.

Al iniciar el abordaje se proporcionó información sobre el objetivo del proyecto, aspectos relevantes de la parte ética, haciendo énfasis en la confidencialidad y el anonimato, con el propósito de obtener la participación voluntaria, hacer preguntas preliminares para saber si era candidato o no, y además se les especificó que, si aceptaban colaborar, al finalizar se le proporcionarían cupones para invitar y reclutar a otros contactos HSH.

Cuando un HSH era elegible y una vez que aceptaba participar, se le explicaba el proceso a seguir en el estudio y se le solicitó un medio de contacto (número telefónico o correo electrónico) para programar la fecha, hora y lugar de preferencia para la recolección de la información, entre estos el hogar del participante, la Unidad de Enfermería del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud [CIDICS], o algún otro que el participante pudiera sugerir y que contara con la privacidad necesaria para llevar a cabo las actividades del estudio. Debido a que los temas relacionados a la sexualidad son sensibles, al elegir el participante el espacio para proporcionar la información, se favoreció un entorno de comodidad para evitar afectar la validez de los datos obtenidos.

El día programado para el llenado de los instrumentos, se reafirmó que la participación era voluntaria y se resaltó respecto a la confidencialidad de la información, haciendo énfasis en crear un ambiente de seguridad y confianza. Se hizo entrega del consentimiento informado por escrito (Apéndice A) y se dio tiempo para que este fuera leído detenidamente, así como para que se realizarán preguntas necesarias en relación a la participación en el estudio. Una vez que se dio respuesta a las dudas en aquellos casos que lo requerían, se procedió a la firma el documento. Después de haber obtenido el consentimiento, se proporcionaron los instrumentos en formato impreso en un sobre bolsa opaco de papel manila.

El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: cédula de datos personales y de sexualidad, escala de imagen corporal, escala de búsqueda de sensaciones sexuales, cuestionario de uso de material sexual en línea, escala de discriminación y victimización, inventario de conformidad de las normas masculinas, escala de autoestima, escala de conocimientos sobre el VIH y sida, escala de conocimientos sobre el uso del condón, escala multidimensional de actitudes hacia el condón (sub-escala placer), escala de autoeficacia para el uso del condón, escala multidimensional de apoyo social percibido, escala de intenciones para el uso del

condón, escala de estilos de negociación del uso del condón (sub-escalas equidad y colaboración), y por último el cuestionario de comportamiento de sexo seguro (sub-escalas uso del condón y sexo seguro).

Cabe señalar que el tiempo de llenado de los instrumentos fue de 30 a 45 minutos y las mediciones se realizaron de manera individual y en un solo momento. Al término del llenado de los instrumentos, se le pedía revisar y verificar que no se omitiera contestar alguna pregunta, posteriormente el sobre era sellado para garantizar mayor confidencialidad de las respuestas y anonimato del participante. Finalmente se agradecía su participación y se le hacía entrega de tres cupones para continuar con el reclutamiento de tres HSH que frecuentaran el tipo de sitio de encuentro (estrato) en el que cada semilla inicial fue localizada. Es importante mencionar que los cupones fueron enumerados con un código, lo que permitió que el reclutador original y nuevos participantes fueran identificados, facilitando el seguimiento y la creación del sistema de redes.

A los nuevos miembros reclutados, al participar en la investigación, también se les proporcionaron los tres cupones y de esta manera continuar con la configuración de nuevas olas o grupos de participantes. Conforme se obtenía un nuevo grupo de participantes se realizaba el mismo procedimiento descrito para las cinco semillas iniciales, hasta completar la muestra estimada para el estudio. Una vez que se terminó con la recolección de información de la muestra, se procedió a capturar los datos en el programa estadístico SPSS versión 22, para posteriormente, iniciar con el análisis estadístico establecido.

Entrenamiento del equipo de reclutamiento

El entrenamiento se llevó a cabo con el objetivo de asegurar y proteger la confiabilidad de los resultados del estudio. Cabe señalar que previamente a este, a cada integrante del equipo se le realizó una entrevista por el investigador principal, con el propósito de aplicar algunos criterios de selección y evitar incluir personas con estigmas

relacionados al fenómeno de estudio, identificar la facilidad de comunicación y habilidades para aplicar instrumentos de medición. El entrenamiento consistió en dar a conocer las generalidades del proyecto y aspectos como el proceso a seguir para el reclutamiento de participantes, criterios de inclusión y eliminación, llenado de los instrumentos, y aspectos éticos de la investigación.

Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación tuvo fundamento ético en lo reglamentado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987). En donde se establece que en todo momento la investigación para la salud debe atender aspectos éticos, que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a la investigación. Se consideró el título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Conforme a lo estipulado en el Capítulo I, el Artículo 13 señala que en toda investigación con seres humanos deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, para lo cual en todo momento se trató a los participantes con amabilidad y respeto, los instrumentos se aplicaron en un lugar privado, protegiendo el anonimato y confidencialidad, así también se consideró su disponibilidad de tiempo.

Con referencia en el Artículo 14, se contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes (Fracción V), este consentimiento informado fue realizado por un profesional de la salud, autor de este estudio, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad y bienestar del ser humano (Fracción VI). Se contó con el dictamen favorable del Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción VII) y se procedió a la aplicación de los instrumentos cuando se obtuvo la autorización correspondiente (Fracción VIII).

Con base en el Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, ya que no se utilizaron nombres, para la captura en la base de datos se les asignó un código,

evitando colocar información que pudiera identificar a la persona, y la base sólo fue manejada por el investigador principal. De acuerdo al Artículo 17, Fracción II, la investigación se consideró de riesgo mínimo puesto que solo se aplicaron instrumentos que abordarán aspectos relacionados a la conducta sexual. En referencia al Artículo 18, se dio la opción de terminar con la participación en caso de no querer continuar con el llenado de los instrumentos.

En relación a el Artículo 21, los participantes recibieron una explicación clara y completa sobre el estudio, sus objetivos y que no obtendrían ningún beneficio económico (Fracción I), el proceso a seguir en el estudio (Fracción II), que el estudio no representaba ningún riesgo para su integridad física y psicológica (Fracción III), que su contribución sería importante para la generación de conocimiento (Fracción IV), se garantizó que pudieran expresar cualquier pregunta relacionada a la investigación (Fracción VI), que tuviera la libertad de retirarse del estudio sin repercusión alguna (Fracción VII) y se le explicó que en los resultados del estudio no se incluiría información que pudiera revelar su identidad (Fracción VIII). Finalmente, respecto al Artículo 58, Fracción II, los resultados obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines de la investigación mediante su difusión en revistas y congresos científicos.

Plan de análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron capturados por el investigador principal, esto en dos ocasiones para evitar sesgo de captura, el análisis se llevó a cabo mediante el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows, en el cual previamente se creó la base de datos. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características de los participantes se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, así también se calcularon índices y sumatorias para los instrumentos, y se aplicó la prueba de normalidad de las

distribuciones de las variables a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, a partir de lo cual se determinó utilizar estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a los objetivos específicos uno, dos, cuatro, seis, diez, once y doce, se realizó análisis de correlación mediante el Coeficiente de Spearman, y Análisis de Regresión Lineal Univariado utilizando la técnica Backward, en la cual se elimina una a una las variables independientes según su capacidad explicativa sobre la variable dependiente y considerando que las variables no presentaron distribución normal, se aplicó el método de remuestreo Bootstrap a los modelos. Para el objetivo específico siete, se realizó análisis de correlación con el Coeficiente de Spearman. Para los objetivos específicos tres, cinco, ocho y nueve, se realizó análisis de correlación mediante el coeficiente de Spearman, análisis discriminante mediante el estadístico Lambda de Wilks, y un Modelo de Regresión Lineal Multivariado con el método de remuestreo Bootstrap. Para dar respuesta al objetivo general, se realizó análisis discriminante mediante el estadístico Lambda de Wilks, y se ajustó un Modelo de Regresión Lineal Univariado a través del método Backward.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, inicialmente se muestra la estadística descriptiva, la cual incluye medidas de tendencia central, dispersión, y frecuencias de los datos sociodemográficos y de sexualidad de la población, así como de las variables según corresponda, a la par se presenta los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables del modelo, en seguida se muestran resultados del análisis de confiabilidad. Finalmente, los resultados que dieron respuesta a los objetivos planteados.

Estadística descriptiva de datos sociodemográficos

Se reclutaron 257 HSH que cumplieron con los criterios de inclusión. La media de edad fue de 29.72 ($DE = 8.40$), lo que indica que los participantes en promedio eran adultos jóvenes, respecto al estado civil el 88.3% eran solteros, seguido con el 4.3% para casados, 3.9% se encontraban en sociedad de convivencia, y 3.5% divorciado. En la escolaridad, el nivel que prevaleció fue preparatoria con 43.2%, seguido de licenciatura con un 37.7%, primaria/secundaria 13.6%, posgrado 3.5% y 1.9% sin estudios.

Estadística descriptiva de datos de sexualidad

En relación con la orientación sexual, el 77.4% de los participantes se identificó como homosexual/gay, seguido de 17.1% para bisexual, 3.9% diverso sexualmente, 0.8% para los que se identificaron como heterosexuales y 0.8% para los que no se identifican con alguna orientación sexual. De acuerdo al tipo de pareja sexual de los participantes, el 58.4% reportó tener parejas ocasionales, 20.2% pareja estable y 21.4% parejas ocasionales y estable. En la tabla 2, se puede identificar que, para el inicio de vida sexual activa, la media de edad fue de 16.74 años ($DE = 2.37$), la edad de inicio de uso del condón, la media fue de 18.59 años ($DE = 2.78$), y para el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, la media fue de 18.12 parejas ($DE = 14.8$).

Tabla 2

Datos de sexualidad

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad de inicio de vida sexual activa	16.74	16.00	2.37	10	28
Edad de inicio del uso del condón	18.59	18.00	2.78	14	30
Número de parejas sexuales en el último año	18.12	15.00	14.8	1	100

Nota: $n = 257$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo

Estadística descriptiva de las variables del modelo de sexo seguro para HSH

A continuación, se presentan frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central y de dispersión según corresponda a las variables incluidas en el MSEXS. En los factores psicológicos, para la imagen corporal, respecto a la percepción de peso se encontró que más de la mitad de los participantes percibieron tener peso normal (65.3%), 23.0% se percibieron con sobrepeso, 10.5% bajo peso y 1.2% con obesidad. En la satisfacción, menos de la mitad de los HSH se sentía satisfecho con su peso (40.1%), de los participantes insatisfechos, cerca de la mitad presentó insatisfacción positiva (41.6%), lo que significa que deseaban estar más delgados, y 18.3% refirieron insatisfacción negativa, la cual corresponde al deseo por tener más peso. La variable búsqueda de sensaciones sexuales tuvo una media de 56.71 ($DE = 13.40$), lo cual indica que los participantes tienen disposición para buscar y participar en experiencias sexuales novedosas de riesgo (Tabla 3).

Para las variables incluidas en el concepto factores socioculturales (Tabla 3), el uso de material sexual en línea, presentó una media por debajo de 50 ($M = 46.88.15$, $DE = 14.10$). La discriminación por diversidad sexual tuvo una media de 4.77 ($DE = 7.07$), lo que señala que los participantes perciben nivel muy bajo de discriminación por su orientación sexual, y en relación al machismo, se presentó una media de 41.84 ($DE = 9.60$), lo que indica nivel bajo de actitudes machistas.

Tabla 3

Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad de factores psicológicos y socioculturales

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Búsqueda de sensaciones sexuales	56.71	57.57	13.40	3.03	96.97	.086	.001
Uso de material sexual en línea	46.88	46.20	14.10	12.50	84.78	.058	.035
Discriminación por diversidad sexual	4.77	1.66	7.07	0.00	50.00	.250	.001
Machismo	41.84	40.90	9.60	16.67	69.70	.069	.004

Nota: n = 257; M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Min = Mínimo; Max = Máximo; D^a = Estadístico de la prueba de normalidad con corrección de Lilliefors

En relación con las variables incluidas en los recursos de protección internos y externos (Tabla 4), la autoestima, tuvo una media por arriba de 80 ($M = 80.15$, $DE = 15.00$), lo que representa un nivel alto de autoestima. De acuerdo con los conocimientos la media se presentó por encima de 60, lo que sugiere que los participantes presentan un nivel de conocimiento parcialmente alto sobre el VIH, sida, y uso correcto del condón ($M = 68.75$, $DE = 18.09$). En la actitud hacia el sexo seguro se muestra una media por arriba de 60, lo que indica que su actitud para el uso del condón es positiva ($M = 68.75$, $DE = 18.09$). Sobre la autoeficacia para el sexo seguro, este grupo presenta una media por arriba de 80, es decir, su capacidad percibida para usar el condón frecuente y consistentemente, así como para comunicar su interés por usarlo, es alta ($M = 82.30$, $DE = 14.74$). Finalmente, la variable apoyo social muestra una media superior a 70, lo que sugiere que los participantes perciben apoyo emocional, instrumental e informacional de su familia, amigos y otras personas significativas.

Tabla 4

Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad de recursos de protección internos y externos

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Autoestima	80.15	83.33	15.00	33.33	100	.157	.001
Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón	68.75	70.17	18.09	7.89	100	.079	.001
Actitud hacia el sexo seguro	66.03	65.00	16.22	25.00	100	.078	.001
Autoeficacia para el sexo seguro	82.30	84.44	14.74	23.33	100	.115	.001
Apoyo social	72.64	75.00	20.47	13.89	100	.104	.001

Nota: n = 257; M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Min = Mínimo; Max = Máximo; D^a = Estadístico de la prueba de normalidad con corrección de Lilliefors

Para las variables incluidas en el concepto factor amortiguador de protección, en intenciones hacia el sexo seguro se obtuvo una media de 63.21 (*DE* = 13.56), lo que significa que los participantes tienen un nivel elevado de intenciones para usar el condón. En cuanto a la variable negociación para el sexo seguro, se reportó una media de 61.64 (*DE* = 9.78), lo que señala que este grupo de HSH pueden tener la capacidad para negociar el uso de condón con sus parejas sexuales. Finalmente, respecto a la conducta sexual segura, esta presentó una media por arriba de 60 (*M* = 61.79, *DE* = 11.72). Lo cual sugiere mayor conducta sexual segura en los HSH (Tabla 5).

Tabla 5

Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad de amortiguadores de protección y conducta resultado

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Intenciones hacia el sexo seguro	63.21	65.00	13.56	5	75	.206	.001
Negociación para el sexo seguro	61.64	61.11	9.78	29.72	84.31	.087	.001
Conducta sexual segura	61.79	62.50	11.72	31.25	91.67	.059	.032

Nota: n = 257; M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Min = Mínimo; Max = Máximo; D^a = Estadístico de la prueba de normalidad con corrección de Lilliefors

Estadística descriptiva de los ítems de las variables del modelo de sexo seguro para HSH

De acuerdo con la búsqueda de sensaciones sexuales, los reactivos en su mayoría obtuvieron una media de 3, lo que significa que a los HSH les “gusta” la búsqueda de sensaciones sexuales, algunas de las sensaciones, son: explorar su sexualidad, disfrutar de compañía de personas sensuales; y, tener experiencias y sensaciones sexuales nuevas y excitantes. En el uso de material sexual en línea, la mayor parte de los reactivos presentaron una media de 2, lo cual indica que los participantes “algunas veces” interactúan con material sexual en línea, ejemplos de tipos de material más visualizados son: películas que muestran sexo oral, películas que muestran penetración pene-ano; y, películas que muestran a un hombre eyacular en la cara o en el cuerpo de su pareja. Algunas actividades del uso de material sexual en línea son: masturbarse, buscar una aventura, compartir imágenes de sí mismo participando en una conducta sexual; y, conocer gente para tener una conducta sexual.

En relación con la discriminación por diversidad sexual, todos los reactivos presentaron una media de 1, es decir que los HSH no han sido discriminados en razón de

su orientación sexual. En la variable machismo, más de la mitad de los reactivos presentaron una media de 1, lo que sugiere que los HSH están en “desacuerdo” con las actitudes machistas. Para la autoestima, la mayoría de los reactivos presentaron una media de 3, lo que significa que están “de acuerdo” con el valor que tienen como personas, algunos ejemplos son: sentir que tienen igual valor que otras personas, sentir que tienen un buen número de cualidades, sentir que pueden hacer las cosas al igual que los demás; y, tener una actitud positiva de su persona.

Respecto a los conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón, se encontró que la mayor parte de los reactivos fueron respondidos correctamente, sin embargo, algunos datos que incorrectos fueron: poco después de una posible exposición al VIH, existe un tratamiento médico que podría reducir la probabilidad de ser VIH positivo (55.6%), el intercambio de agujas para la inyección de drogas es la vía más importante de transmisión del VIH (55.3%), el riesgo de transmisión sexual del VIH de las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral y que responden al tratamiento es bajo (52.9%), se puede transmitir el VIH a través del sexo oral (32.7%); y, menos de la mitad de las nuevas infecciones de VIH de transmisión sexual se originan en personas que desconocen su estado serológico (30.7%).

En los conocimientos específicos sobre el uso del condón algunos reactivos incorrectos o que desconocen son: un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa (59.5%), dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual (58%), al tener una relación sexual con penetración vaginal se pueden usar simultáneamente los condones masculino y femenino (57.6%); y, si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe (38.1%).

Para la actitud hacia el sexo seguro, todos los reactivos tuvieron una media de 3, es decir, los participantes no están “ni de acuerdo, ni en desacuerdo” con el uso del

condón, algunos ejemplos de reactivos son: los condones pueden hacer el sexo más estimulante, los condones arruinan el acto sexual; y, los condones son incómodos para la pareja. En la autoeficacia para el sexo seguro, la mayor parte de los reactivos obtuvieron una media de 4, por lo tanto, los HSH se sienten “seguros” para usar el condón correctamente, algunos de estos reactivos son: puedo hablar sobre el uso del condón con cualquier pareja sexual; puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja, si creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo; y, puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos.

En relación al apoyo social, todos los reactivos presentaron una media de 3, por consiguiente, los participantes “con frecuencia” reciben apoyo de su familia, amigos y otras personas significativas, algunos reactivos son: cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar; mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero; y, puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas. Para la variable intenciones hacia el sexo seguro, todos los reactivos obtuvieron una media de 3, esto señala que los HSH “probablemente” usen condón con alguien con quien nunca ha tenido sexo, con alguien que conoció hace poco tiempo; y, con alguien que ha salido por mucho tiempo.

Respecto a la negociación para el sexo seguro, casi todos los reactivos arrojaron una media de 4, es decir que los participantes están “de acuerdo” con su capacidad para negociar sexo seguro, algunos ejemplos de reactivos son: busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón, soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente; y, trato de convencer a mi pareja de las ventajas de mi posición para protegernos sexualmente. En la conducta sexual segura, la mayoría de los reactivos presentaron una media de 3, lo que significa que los HSH “la mayor parte del tiempo” tienen conducta sexual segura, algunos ejemplos de reactivos son insistir en el uso del condón, llevar condón cuando creen que pueden tener relaciones sexuales, evitar las relaciones sexuales cuando tienen llagas o

irritación en el área genital; y, evitar tener contacto directo con la sangre de la pareja sexual.

Más detalles de la estadística descriptiva de las variables, ver en el apartado de apéndices: búsqueda de sensaciones sexuales (Apéndice R), uso de material sexual en línea (Apéndice S), discriminación por diversidad sexual, (Apéndice T), machismo (Apéndice U), autoestima (Apéndice V), conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón (Apéndice W), actitud hacia el sexo seguro (Apéndice X), autoeficacia para el sexo seguro (Apéndice Y), apoyo social (Apéndice Z), intenciones hacia el sexo seguro (Apéndice A1), negociación para el sexo seguro (Apéndice B1) y conducta sexual segura (Apéndice C1).

Análisis de confiabilidad

El análisis de confiabilidad de los instrumentos (Tabla 6) se realizó por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, para lo cual cabe señalar que la mayoría de los instrumentos presentaron valores aceptables, cabe mencionar que el inventario de conformidad de las normas masculinas, la escala de conocimientos sobre el uso del condón, la sub-escala uso del condón y la sub-escala sexo seguro presentaron valores cuestionables (Burns & Grove, 2009).

Tabla 6

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	α
Escala de búsqueda de sensaciones sexuales	11	.76
Cuestionario de uso de material sexual en línea	43	.92
Escala de discriminación	10	.81
Escala de victimización	10	.80
Inventario de conformidad de las normas masculinas	22	.66
Escala de autoestima	10	.78

Nota: $n = 257$, $\alpha =$ Alpha de Cronbach

(continúa)

Tabla 6

Consistencia interna de los instrumentos (continuación)

Instrumento	Reactivos	α
Escala de conocimientos sobre el VIH y sida para adultos	29	.82
Escala de conocimientos sobre el uso del condón	9	.64
Escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón (Sub-escala placer)	5	.74
Escala de autoeficacia para el uso del condón	14	.92
Escala multidimensional de apoyo social percibido	12	.94
Escala de intenciones hacia el uso del condón	5	.82
Escala de estilos de negociación para el uso del condón	15	.82
Sub-escala equidad	9	.82
Sub-escala colaboración	6	.91
Cuestionario de conducta sexual segura	16	.70
Uso del condón	7	.67
Sexo seguro	9	.58

Nota: $n = 257$, $\alpha =$ Alpha de Cronbach

Relaciones internas del modelo de sexo seguro para HSH

Para los objetivos específicos uno, dos, cuatro, seis, diez, once y doce, los resultados incluyen el análisis de correlación mediante el Coeficiente de Spearman, y el análisis de Regresión Lineal Univariado mediante la técnica Backward, en la cual se elimina una a una las variables independientes según su capacidad explicativa sobre la variable dependiente, y considerando que las variables no presentaron distribución normal, se aplicó el método de remuestreo Bootstrap a los modelos. En el objetivo siete, se realizó análisis de Correlación de Spearman. Para los objetivos tres, cinco, ocho y nueve, se realizó análisis de Correlación de Spearman, análisis discriminante mediante

el estadístico Lambda de Wilks, y Análisis de Regresión Lineal Multivariado. Para el objetivo general, se muestran los resultados del análisis discriminante mediante el estadístico Lambda de Wilks y del Análisis de Regresión Lineal Univariado con método Backward.

Influencia de factores psicológicos en la conducta sexual segura

De acuerdo con el objetivo uno que fue identificar si los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) influyen en la conducta sexual segura. El análisis de correlación mostró que a mayor búsqueda de sensaciones sexuales menor conducta sexual segura ($r_s = -.305, p < .01$).

Los resultados del Modelo de Regresión Lineal Univariado (Tabla 7) muestran que la búsqueda de sensaciones sexuales influye en la conducta sexual segura ($F_{[3,253]} = 9.80, p < .001, R^2 = .09$), dichos resultados se confirmaron a través del método de remuestreo Bootstrap ($\beta = -.26, IC\ 95\% = -.36, -.16, p < .001$). La búsqueda de sensaciones sexuales disminuye $-.26$ la conducta sexual segura. Los HSH que tienen más disposición para buscar y participar en experiencias sexuales novedosas tienen menor conducta sexual segura.

Tabla 7

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores psicológicos y conducta sexual segura

Conducta sexual segura	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	81.24	4.08	-	.001
Percepción de peso	-1.82	1.16	-.09	.118
Satisfacción con el peso	-.43	.95	-.02	.650
Búsqueda de sensaciones sexuales	-.26	.05	-.30	.001

Nota: B = b, SE = Error estándar, Beta = Valor de beta, n = 257

Influencia de los factores socioculturales en la conducta sexual segura

Para el objetivo dos se planteó conocer si los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) influyen en la conducta sexual segura. En la prueba de correlación se encontró que a mayor uso de material sexual en línea menor conducta sexual segura ($r = -.233, p < .01$).

El Modelo de Regresión Lineal Univariado (tabla 8) muestran que el uso de material sexual en línea influye sobre la conducta sexual segura ($F_{[3,253]} = 16.93, p < .001, R^2 = .06$), el resultado se confirmó a través del método de remuestreo Bootstrap ($\beta = -.20, IC\ 95\% = -.30, -.11, p < .001$). El uso de material sexual en línea disminuye $-.26$ la conducta sexual segura. Los HSH que más interactúan o consultan material sexual en línea tienen menor probabilidad de tener conducta sexual segura.

Tabla 8

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores socioculturales y conducta sexual segura

Conducta sexual segura	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	71.51	2.46	-	.001
Uso de material sexual en línea	-.20	.05	-.25	.001
Discriminación por diversidad sexual	-.06	.10	-.04	.498
Machismo	.02	.07	.02	.722

Nota: B = b, SE = Error estándar, Beta = Valor de beta, n = 257

Efecto de los factores psicológicos sobre los recursos de protección internos

El objetivo tres consistió en establecer el efecto de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) sobre los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro). Del análisis de correlación se obtuvo

que a mayor búsqueda de sensaciones sexuales más autoestima ($r = .223, p < .01$), y más conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($r = .202, p < .01$).

El análisis discriminante inicial con el estadístico Lambda de Wilks (tabla 9), permitió identificar las variables que no fueron estadísticamente significativas dentro del modelo, de esta manera quedaron fuera del modelo percepción de peso ($\Lambda = .92, p = .064$) y satisfacción con el peso ($\Lambda = .95, p = .167$). Para el análisis discriminante final, solo se conservó la variable significativa búsqueda de sensaciones sexuales ($\Lambda = .94, p = .007$).

Tabla 9

Análisis discriminante inicial del modelo de factores psicológicos y recursos de protección internos con Lambda de Wilks

	Λ	F	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	p
Intersección	.368	106.06	4	247	.000
Percepción de peso	.922	1.69	12	653	.064
Satisfacción con el peso	.954	1.46	8	494	.167
Búsqueda de sensaciones sexuales	.945	3.62	4	247	.007

Nota: Λ = Estadístico Lambda de Wilks, F = Estadístico F , Gl = Grados de libertad, p = valor de significancia, $n = 257$, Bootstrap: 3000 muestras

De acuerdo a la prueba de efectos inter-sujetos, se observa que el modelo que tiene como variable resultado la autoestima ($F_{[4,252]} = 8.58, p = .004$), y conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($F_{[4,252]} = 11.71, p < .001$), son estadísticamente significativos (Tabla 10) para la variable búsqueda de sensaciones sexuales.

Tabla 10

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de factores psicológicos y recursos de protección internos

Fuente de variación	VD	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadro medio	F	p
Modelo corregido	AUE	1878.70	1	1878.70	8.58	.004
	CVSUC	3682.22	1	3682.22	11.71	.001
	Act. SS	.12	1	.12	.00	.982
	AE SS	281.71	1	281.719	1.29	.256
Intersección	AUE	63938.79	1	63938.79	292.28	.001
	CVSUC	37640.49	1	37640.49	119.79	.001
	Act. SS	58907.35	1	58907.35	222.86	.001
	AE SS	82146.71	1	82146.71	378.04	.001
BSS	AUE	1878.70	1	1878.70	8.58	.004
	CVSUC	3682.22	1	3682.22	11.71	.001
	Act. SS	.12	1	.12	.00	.982
	AE SS	281.71	1	281.71	1.29	.256
Error	AUE	55781.73	255	218.75		
	CVSUC	80121.97	255	314.20		
	Act. SS	67401.62	255	264.32		
	AE SS	55410.46	255	217.29		
Total	AUE	1708866.66	257			
	CVSUC	1298606.15	257			
	Act. SS	1187950.00	257			
	AE SS	1796520.98	257			
Total corregida	AUE	57660.44	256			
	CVSUC	83804.20	256			
	Act. SS	67401.75	256			
	AE SS	55692.18	256			

Nota: VD = Variable dependiente, BSS = Búsqueda de sensaciones sexuales, AUE = Autoestima, CVSUC = Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, Act. SS= Actitud hacia el sexo seguro, AE SS = Autoeficacia para el sexo seguro, n = 257, Bootstrap: 3000 muestras

De acuerdo con el Modelo Lineal Multivariado se puede observar que la búsqueda de sensaciones sexuales presenta efecto predictivo para el vector autoestima ($F_{[1,255]} = 8.58, p = .004, R^2 = .03$), así como para el vector conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($F_{[1,255]} = 11.71, p < .001, R^2 = .04$). Por cada incremento de la *DE* en la búsqueda de sensaciones sexuales, dará como resultado .20 y .28 de efecto sobre la *DE* en la autoestima y en los conocimientos respectivamente (Tabla 11).

Tabla 11

Modelo Lineal Multivariado de factores psicológicos con coeficiente Beta y variables dependientes de recursos de protección internos

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	p	IC 95%	
					Li	Ls
Autoestima	BSS	.20	.06	.004	.06	.33
Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón	BSS	.28	.08	.001	.12	.44
Actitud hacia el sexo seguro	BSS	.00	.07	.982	-.14	.15
Autoeficacia para el sexo seguro	BSS	.07	.06	.256	-.05	.21

Nota: BSS = Búsqueda de sensaciones sexuales, *SE* = Error estándar, *IC* = Intervalo de confianza, *Li* = Límite inferior, *Ls* = Límite superior, $n = 257$

Efecto de los factores psicológicos sobre los recursos de protección externos

En el objetivo cuatro se determinó el efecto de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) sobre los recursos de protección externos (apoyo social). El análisis de correlación señaló que a mayor búsqueda de sensaciones sexuales mayor apoyo social ($r_s = .197, p < .01$).

De acuerdo con la prueba de inter-sujetos (Tabla 12), se identificó que la búsqueda de sensaciones sexuales fue significativa ($F_{[1,255]} = 7.80, p = .006$), lo que indica que la búsqueda de sensaciones sexuales tiene efecto sobre el apoyo social.

Tabla 12

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de factores psicológicos y recursos de protección externos

Fuente de variación	VD	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadro medio	F	p
Modelo corregido	AS	3184.92	1	3184.92	7.80	.006
Intersección	AS	45143.12	1	45143.12	110.57	.001
BSS	AS	3184.92	1	3184.92	7.80	.006
Error	AS	104107.37	255	408.26		
Total	AS	1463510.80	257			
Total corregida	AS	107292.29	256			

Nota: VD = Variable dependiente, BSS = Búsqueda de sensaciones sexuales, AS = Apoyo social, $n = 257$, Bootstrap: 3000 muestras

De acuerdo al Modelo Lineal Univariado, se encontró que la búsqueda de sensaciones sexuales, presenta efecto predictivo para el vector apoyo social ($F_{[1,255]} = 7.80, p = .006, R^2 = .03$), el resultado se confirmó a través del método de remuestreo Bootstrap ($\beta = .26, CI\ 95\% = .08, .44, p = .005$). Por lo cual se puede señalar que por cada incremento de la *DE* en la búsqueda de sensaciones sexuales dará como resultado .26 de efecto sobre el apoyo social, este modelo explica el 3.0% de la varianza.

Efecto de los factores socioculturales sobre los recursos de protección internos

En el objetivo cinco se planteó identificar el efecto de los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) sobre los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro).

Resultados del análisis de correlación (Tabla 13), mostraron que a mayor discriminación

menor autoestima ($r = -.225, p < .01$), menos conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($r = -.268, p < .01$), menor actitud hacia el sexo seguro

($r = -.243, p < .01$) y menor autoeficacia para el sexo seguro ($r = -.238, p < .01$).

A mayor uso de material sexual en línea ($r = -.172, p < .01$), menor actitud hacia el sexo seguro y menor autoeficacia para el sexo seguro ($r = -.170, p < .01$). A más machismo menor autoestima.

Tabla 13

Correlación entre factores socioculturales y recursos de protección externos e internos

	Factores socioculturales		
	Uso de material sexual en línea	Discriminación por diversidad sexual	Machismo
Recursos de protección internos			
Autoestima	-.057	-.225**	-.181**
Conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón	-.102	-.268**	-.091
Actitud hacia el sexo seguro	-.172**	-.243**	-.108
Autoeficacia para el sexo seguro	-.170**	-.238**	-.079

Nota: n = 257, p < .01

De acuerdo con los datos del análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks (Tabla 14), se observó que el uso de material sexual en línea ($\Lambda = .98, p = .267$) y el machismo ($\Lambda = .98, p = .320$) no fueron significativos para el vector respuesta. Para el análisis discriminante final, solo se conservó la variable significativa que fue discriminación por diversidad sexual ($\Lambda = .83, p < .001$).

Tabla 14

Análisis discriminante inicial del modelo de factores socioculturales y recursos de protección internos con Lambda de Wilks

	<i>Λ</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.232	206.49	4	250	.001
Uso de material sexual en línea	.979	1.30	4	250	.267
Discriminación por diversidad sexual	.836	12.22	4	250	.001
Machismo	.981	1.18	4	250	.320

Nota: *Λ* = Estadístico Lambda de Wilks, *F* = Estadístico *F*, *Gl* = Grados de libertad, *p* = valor de significancia, *n* = 257, Bootstrap: 3000 muestras

Respecto a la prueba de efectos inter-sujetos (Tabla 15), se observa que los cuatro modelos corregidos son estadísticamente significativos. La variable discriminación por diversidad sexual resultó significativa para la autoestima, conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro.

Tabla 15

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de factores socioculturales y recursos de protección internos

Fuente de variación	VD	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadro medio	F	p
Modelo corregido	AUE	4083.39	1	4083.39	19.43	.001
	CVSUC	7331.93	1	7331.93	24.44	.001
	Act. SS	4883.58	1	4883.58	19.91	.001
	AE SS	6282.91	1	6282.91	32.42	.001
Intersección	AUE	1210478.54	1	1210478.54	5761.27	.001
	CVSUC	923437.54	1	923437.54	3079.24	.001
	Act. SS	839061.81	1	839061.81	3422.37	.001
	AE SS	1293518.10	1	1293518.10	6675.81	.001
DDS	AUE	4083.39	1	4083.39	19.43	.001
	CVSUC	7331.93	1	7331.93	24.44	.001
	Act. SS	4883.58	1	4883.58	19.91	.001
	AE SS	6282.91	1	6282.91	32.42	.001
Error	AUE	53577.04	255	210.10		
	CVSUC	76472.27	255	299.89		
	Act. SS	62518.16	255	245.16		
	AE SS	49409.26	255	193.76		
Total	AUE	1708866.66	257			
	CVSUC	1298606.15	257			
	Act. SS	1187950.00	257			
	AE SS	1796520.98	257			
Total corregida	AUE	57660.44	256			
	CVSUC	83804.20	256			
	Act. SS	67401.75	256			
	AE SS	55692.18	256			

Nota: VD = Variable dependiente, DDS = Discriminación por diversidad sexual, AUE = Autoestima, CVSUC = Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, Act. SS = Actitud hacia el sexo seguro, AE SS = Autoeficacia para el sexo seguro, $n = 257$, Bootstrap: 3000 muestras

De acuerdo al Modelo Lineal Multivariado la discriminación sexual presentó efecto predictivo para la autoestima ($\beta = -.56$, $IC\ 95\% = -.89, -.26$, $p < .001$). Esto indica que por cada incremento de la *DE* en la discriminación por diversidad sexual dará como resultado $-.56$ de efecto sobre la *DE* en la autoestima, este modelo explicó el 7.1% de la varianza.

De la misma manera, la discriminación por diversidad sexual presentó efecto predictivo para los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($\beta = -.75$, $IC\ 95\% = -.11, -.44$, $p < .001$). Esto indica que por cada incremento de la *DE* en la discriminación por diversidad sexual dará como resultado $-.75$ de efecto sobre la *DE* en los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, este modelo explicó el 8.0% de la varianza.

Para la actitud hacia el sexo seguro, la discriminación por diversidad sexual también presentó efecto predictivo ($\beta = -.61$, $IC\ 95\% = -.89, -.38$, $p < .001$). Esto indica que indica que por cada incremento de la *DE* en la discriminación por diversidad sexual dará como resultado $-.61$ de efecto sobre la *DE* en la actitud hacia el sexo seguro, este modelo explicó el 7.0% de la varianza.

Así mismo, para la autoeficacia para el sexo seguro, la discriminación sexual presentó efecto predictivo ($\beta = -.70$, $IC\ 95\% = -.95, -.38$, $p < .001$). Esto indica que indica que por cada incremento de la *DE* en la discriminación por diversidad sexual dará como resultado $-.70$ de efecto sobre la *DE* en la autoeficacia, este modelo explicó el 11.3% de la varianza.

Influencia de los factores socioculturales en los recursos de protección externos

En el objetivo seis se planteó determinar si los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) influyen en los recursos de protección externos (apoyo social). Resultados del análisis de correlación muestran que a mayor discriminación por diversidad sexual menor apoyo social

($r = -.125, p < .05$). De igual manera se identificó que a más machismo menor apoyo social ($r = -.189, p < .01$).

Los resultados del Modelo de Regresión Lineal Univariado (Tabla 16) muestran que la discriminación por diversidad sexual y el machismo influyen sobre el apoyo social ($F_{[1,255]} = 9.59, p < .001, R^2 = .07$), los resultados se confirmaron a través del método de remuestreo Bootstrap (Tabla 17). Lo cual señala que la discriminación por diversidad sexual y el machismo disminuyen el apoyo social en los HSH.

Tabla 16

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores socioculturales y recursos de protección externos

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	86.86	5.56	-	.001
Uso de material sexual en línea	.10	.09	.06	.292
Discriminación por diversidad sexual	-.66	.17	-.22	.001
Machismo	-.26	.12	-.12	.042

Nota: B = b, SE = Error estándar, Beta = Valor de beta, n = 257

Tabla 17

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre factores socioculturales y recursos de protección externos con método de remuestreo Bootstrap

Apoyo social	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Li</i>	<i>Ls</i>
Discriminación por diversidad sexual	-.66	.19	.001	-1.06	-.30
Machismo	-.26	.14	.071	-.55	.03

Nota: SE = Error estándar, IC = Intervalo de confianza, Li = Límite inferior, Ls = Límite superior, n = 257

Relación entre los recursos de protección externos y los recursos de protección internos

En el objetivo siete consistió en identificar la relación entre los recursos de protección externos (apoyo social) y los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro). De los datos obtenidos de análisis de correlación (Tabla 18), se pudo identificar que, a mayor apoyo social, mayor autoestima ($r = .333, p < .01$), y más conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($r = .359, p < .01$). Así también se observó que, a mayor apoyo social, mayor actitud hacia el sexo seguro ($r = .252, p < .01$) y mayor autoeficacia para el sexo seguro ($r = .491, p < .01$).

Tabla 18

Correlación entre recursos de protección externos e internos

Recursos de protección internos	Recursos de protección externos
	Apoyo social
Autoestima	.333**
Conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón	.359**
Actitud hacia el sexo seguro	.252**
Autoeficacia para el sexo seguro	.491**

Nota: $n = 257, p < .01$

Efecto de los recursos de protección internos sobre los amortiguadores de protección

En el objetivo ocho se estableció el efecto de los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro) sobre los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro). En el análisis de correlación (Tabla 19) se observó que, a mayor autoestima ($r = .255, p < .01$), y más

conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón ($r = .277, p < .01$), más intenciones hacia el sexo seguro. De la misma manera, a mayor actitud hacia el sexo seguro ($r = .342, p < .01$) y mayor autoeficacia para el sexo seguro ($r = .305, p < .01$) más intenciones hacia el sexo seguro. Por otra parte, se encontró que a más conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($r = .184, p < .01$), mayor actitud hacia el sexo seguro ($r = .420, p < .01$), y mayor autoeficacia para el sexo seguro ($r = .219, p < .01$), mayor capacidad para negociar sexo seguro en los HSH.

Tabla 19

Correlación entre recursos de protección internos y amortiguadores de protección

	Amortiguadores de protección	
	Intenciones hacia el sexo seguro	Negociación para el sexo seguro
Recursos de protección internos		
Autoestima	.255**	.058
Conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón	.277**	.184**
Actitud hacia el sexo seguro	.342**	.219**
Autoeficacia para el sexo seguro	.305**	.420**

Nota: n = 257, p < .01

De los resultados del análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks (Tabla 20), se observó la autoestima, los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, la actitud hacia el sexo seguro y la autoeficacia para el sexo seguro fueron significativas para el vector respuesta.

Tabla 20

Análisis discriminante de modelo de recursos de protección internos y amortiguadores de protección con Lambda de Wilks

	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.619	77.12	2	251	.001
Autoestima	.948	6.84	2	251	.001
Conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón	.961	5.10	2	251	.007
Actitud hacia el sexo seguro	.968	4.17	2	251	.016
Autoeficacia para el sexo seguro	.892	15.12	2	251	.001

Nota: *A* = Estadístico Lambda de Wilks, *F* = Estadístico *F*, *Gl* = Grados de libertad, *p* = valor de significancia, *n* = 257, Bootstrap: 3000 muestras

Respecto a la prueba de efectos inter-sujetos, en la tabla 21 se puede identificar que la variable autoestima ($F_{[4,255]} = 11.94, p < .001$), los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($F_{[4,255]} = 10.22, p = .002$), la actitud hacia el sexo seguro ($F_{[4,255]} = 8.23, p = .004$) y la autoeficacia para el sexo seguro ($F_{[4,255]} = 5.97, p = .015$) son significativas para las intenciones hacia el sexo seguro. Así también se puede observar que la autoeficacia para el sexo seguro ($F_{[4,255]} = 22.07, p < .001$), es significativa para la negociación para el sexo seguro.

Tabla 21

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de recursos de protección internos y amortiguadores de protección

Fuente de variación	VD	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadro medio	F	p
Modelo corregido	ISS	12510.71	4	3127.67	22.80	.001
	NSS	2346.01	4	586.50	6.66	.001
Inter-sección	ISS	1078.78	1	1078.78	7.86	.005
	NSS	12291.97	1	12291.97	139.76	.001
AE	ISS	1638.13	1	1638.13	11.94	.001
	NSS	238.45	1	238.45	2.71	.101
CVSUC	ISS	1403.13	1	1403.13	10.22	.002
	NSS	2.75	1	2.75	.031	.860
Act. SS	ISS	1129.44	1	1129.44	8.23	.004
	NSS	1.36	1	1.36	.01	.901
AE SS	ISS	819.67	1	819.67	5.97	.015
	NSS	1941.51	1	1941.51	22.07	.001
Error	ISS	34565.93	252	137.16		
	NSS	22162.07	252	87.94		
Total	ISS	1073925.00	257			
	NSS	1001291.03	257			
Total corregida	ISS	47076.65	256			
	NSS	24508.08	256			

Nota: VD = Variable dependiente, ISS = Intenciones hacia el sexo seguro, NSS = Negociación para el sexo seguro, AE = Autoestima, CVSUC = Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, Act. SS = Actitud hacia el sexo seguro, AE SS = Autoeficacia para el sexo seguro, $n = 257$, Bootstrap: 3000 muestras

De acuerdo al Modelo Lineal Multivariado (Tabla 22), se puede identificar que la autoestima ($\beta = .18$, $F_{[1,253]} = 11.94$, $p = .003$), los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón ($\beta = .15$, $F_{[1,253]} = 10.22$, $p = .003$), la actitud hacia el sexo seguro ($\beta = .14$, $F_{[1,253]} = 8.23$, $p = .004$) y la autoeficacia para el sexo seguro ($\beta = .14$, $F_{[1,253]} = 5.97$, $p = .018$) presentaron efecto predictivo para las intenciones hacia el sexo seguro. Esto indica que indica que por cada incremento de la *DE* en estas variables dará como resultado .18, .15, .14 y .14 de efecto sobre la *DE* en las intenciones hacia el sexo seguro respectivamente, este modelo explica el 26.6 % de la varianza.

Tabla 22

Modelo Lineal Multivariado de recursos de protección internos con coeficiente Beta para intenciones hacia el sexo seguro

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	p	IC 95%	
					Li	Ls
Intenciones hacia el sexo seguro	AE	.18	.00	.003	.07	.29
	CVSUC	.15	.00	.003	.06	.25
	Act. SS	.14	-.00	.004	.04	.23
	AE SS	.14	.00	.018	.02	.25

Nota: AE = Autoestima, CVSUC = Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, Act. SS = Actitud hacia el sexo seguro, AE SS = Autoeficacia para el sexo seguro, SE = Error estándar, IC = Intervalo de confianza, Li = Límite inferior, Ls = Límite superior, n = 257

De la misma forma (Tabla 23), se puede identificar que la autoeficacia para el sexo seguro ($\beta = .21$, $F_{[1,253]} = 22.07$, $p < .001$) presentó efecto predictivo en la negociación para el sexo seguro. Esto indica que indica que por cada incremento de la DE en la autoeficacia para el sexo seguro dará como resultado .21 de efecto sobre la DE en la negociación para el sexo seguro, este modelo explica el 9.6 % de la varianza.

Tabla 23

Modelo Lineal Multivariado de recursos de protección internos con coeficiente Beta para negociación para el sexo seguro

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	p	IC 95%	
					Li	Ls
Negociación para el sexo seguro	AE	-.07	-.00	.096	-.16	.00
	CVSUC	-.00	-.00	.858	-.08	.06
	Act. SS	.00	.00	.905	-.07	.08
	AE SS	.21	.00	.000	.13	.30

Nota: AE = Autoestima, CVSUC = Conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón, Act. SS = Actitud hacia el sexo seguro, AE SS = Autoeficacia para el sexo seguro, SE = Error estándar, IC = Intervalo de confianza, Li = Límite inferior, Ls = Límite superior, n = 257

Efecto de los recursos de protección externos sobre los amortiguadores de protección

En el objetivo nueve, se estimó el efecto de los recursos de protección externos (apoyo social) sobre los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro). El análisis de correlación mostró que, a mayor apoyo social ($r = .273, p < .01$), más intenciones hacia el sexo seguro. Así también, a mayor apoyo social ($r = .213, p < .01$), mayor capacidad para negociar sexo seguro.

Mediante el análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks (Tabla 24), se observó que el apoyo social fue significativo para el vector respuesta ($\Lambda = .85, p < .001$). Así mismo, resultados de la prueba de efectos inter-sujetos (Tabla 25), indican que el apoyo social es significativo para las intenciones hacia el sexo seguro ($F_{[4,255]} = 37.63, p < .001$) y con la negociación para el sexo seguro ($F_{[4,255]} = 6.78, p = .010$).

Tabla 24

Análisis discriminante de modelo de recursos de protección externos y amortiguadores de protección con Lambda de Wilks

	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>P</i>
Intersección	.215	462.66	2	254	.001
Apoyo social	.846	23.12	2	254	.001

Nota: *A* = Estadístico Lambda de Wilks, *F* = Estadístico *F*, *Gl* = Grados de libertad, *p* = valor de significancia, *n* = 257, Bootstrap: 3000 muestras

Tabla 25

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de recursos de protección externos y amortiguadores de protección

Fuente de variación	VD	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadro medio	F	p
Modelo	ISS	6053.69 ^a	1	6053.69	37.63	.001
corregido	NSS	634.76 ^b	1	634.76	6.78	.010
Inter-	ISS	39789.33	1	39789.33	247.33	.001
sección	NSS	59217.33	1	59217.33	632.52	.001
Apoyo	ISS	6053.69	1	6053.69	37.63	.001
social	NSS	634.76	1	634.76	6.78	.010
Error	ISS	41022.96	255	160.87		
	NSS	23873.32	255	93.62		
Total	ISS	1073925.00	257			
	NSS	1001291.03	257			
Total	ISS	47076.65	256			
corregida	NSS	24508.08	256			

Nota: VD = Variable dependiente, ISS = Intenciones hacia el sexo seguro, NSS = Negociación para el sexo seguro, $n = 257$, Bootstrap: 3000 muestras

De acuerdo al Modelo Lineal Multivariado, se puede identificar que el apoyo social ($\beta = .23$, $IC\ 95\% = .15, .32$, $p < .001$) presentó efecto predictivo para las intenciones. Es decir que por cada incremento de la *DE* en el apoyo social dará como resultado .23 de efecto sobre la *DE* en las intenciones hacia el sexo seguro, este modelo explicó el 12.9 % de la varianza.

De igual manera, se encontró que el apoyo social presentó efecto predictivo en la negociación para el sexo seguro ($\beta = .07$, $IC\ 95\% = .01, .13$, $p = .009$). Esto indica que indica que por cada incremento de la *DE* en el apoyo social dará como resultado .07 de

efecto sobre la *DE* en la negociación para el sexo seguro, este modelo explica el 2.6 % de la varianza.

Influencia de los recursos de protección externos en la conducta sexual segura

El objetivo 10 consistió en determinar la influencia de los recursos de protección externos (apoyo social) en la conducta sexual segura. El análisis de correlación indicó que a mayor apoyo social, mayor conducta sexual segura en los HSH ($r = .182, p < .01$). El Modelo de Regresión Lineal Univariado mostró que el apoyo social influye sobre la conducta sexual segura ($F_{[1,255]} = 9.82, p = .002$). Esta variable explicó la varianza en un 3.7% de la conducta sexual. El resultado se confirmó a través del método de remuestreo Bootstrap ($\beta = .11, IC\ 95\% = .03, .18, p = .006$). El apoyo social aumenta en .11 la conducta sexual segura. Los HSH que perciben más apoyo social tienen más probabilidad de tener conducta sexual segura.

Influencia de los amortiguadores de protección en la conducta sexual segura

En el objetivo 11 se identificó si los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro) influyen en la conducta sexual segura. El análisis de correlación indicó que a más intenciones hacia el sexo seguro, más conducta sexual segura ($r = .404, p < .01$). De igual manera, a mayor capacidad de negociación para el sexo seguro, mayor conducta sexual segura ($r = .206, p < .01$).

Resultados del Modelo Lineal Univariado (Tabla 26), señalan que las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro influyen en la conducta sexual segura ($F_{[2,254]} = 24.02, p < .001$). Estas variables explican la varianza en un 15.9% de la conducta sexual segura, dichos resultados se confirmaron a través del método de remuestreo Bootstrap (Tabla 27). Las intenciones hacia el seguro y la negociación para el sexo seguro aumentan .21 y .30 respectivamente en la conducta sexual segura. Lo cual señala que a más intenciones hacia el sexo seguro y mayor capacidad para negociar sexo seguro, mayor conducta sexual segura.

Tabla 26

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre amortiguadores de protección y conducta sexual segura

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	28.99	5.32	-	.001
Intenciones hacia el sexo seguro	.21	.06	.18	.002
Negociación para el sexo seguro	.30	.05	.35	.001

Nota: B = b, SE = Error estándar, Beta = Valor de beta, n = 257

Tabla 27

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre amortiguadores de protección y conducta sexual segura con método de remuestreo Bootstrap

Conducta sexual segura	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Li</i>	<i>Ls</i>
Intenciones hacia el sexo seguro	.21	.07	.005	.06	.35
Negociación para el sexo seguro	.30	.05	.001	.20	.42

Nota: SE = Error estándar, IC = Intervalo de confianza, Li = Límite inferior, Ls = Límite superior, n = 257

Influencia de los recursos de protección internos en la conducta sexual segura

El objetivo 12 consistió en conocer si los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro) influyen en la conducta sexual segura. En el análisis de correlación se encontró que a mayor actitud hacia el sexo seguro ($r = .214, p < .01$) y mayor autoeficacia para el sexo seguro ($r = .260, p < .01$), mayor conducta sexual segura.

El Modelo de Regresión Lineal Univariado (Tabla 28), muestran que la actitud hacia el sexo seguro y la autoeficacia para el sexo seguro, influyen en la conducta sexual

segura ($F_{[4,252]} = 11.90, p < .001$). Las variables explicaron la varianza en un 8.6% de la conducta sexual segura. Los resultados se confirmaron a través del método de remuestreo Bootstrap (Tabla 29). La actitud hacia el sexo seguro y la autoeficacia para el sexo seguro aumentan .11 y .15 respectivamente la conducta sexual segura. Los HSH que tienen mayor actitud positiva hacia el sexo seguro y perciben mayor capacidad para el sexo seguro tienen más probabilidad de tener conducta sexual segura.

Tabla 28

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre recursos de protección internos y conducta sexual segura

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	41.64	4.25	-	.001
Autoestima	.03	.05	.04	.518
Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón	-.05	.04	-.08	.185
Actitud hacia el sexo seguro	.11	.04	.16	.012
Autoeficacia para el sexo seguro	.15	.05	.18	.004

Nota: B = b, SE = Error estándar, Beta = Valor de beta, n = 257

Tabla 29

Modelo de Regresión Lineal Univariado entre recursos de protección internos y conducta sexual segura con método de remuestreo Bootstrap

Conducta sexual segura	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Li</i>	<i>Ls</i>
Actitud hacia el sexo seguro	.11	.00	.009	.02	.21
Autoeficacia para el sexo seguro	.15	.00	.003	.05	.25

Nota: SE = Error estándar, IC = Intervalo de confianza, Li = Límite inferior, Ls = Límite superior, n = 257

Comprobación del modelo de sexo seguro para HSH

Para cumplir con el objetivo general, en el cual se planteó determinar la relación de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales), factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo), recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro), recursos de protección externos (apoyo social) y amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro), con la conducta sexual segura en los HSH. Se realizó un análisis de regresión lineal univariado, en donde se probaron las variables de los tres constructos del MSEXS (factores psicológicos y socioculturales, recursos de protección internos y externos y amortiguadores de protección), con el constructo conducta sexual segura; los hallazgos se confirmaron con el método de remuestreo Bootstrap.

Mediante la prueba de efectos inter-sujetos (Tabla 30), se puede identificar que la búsqueda de sensaciones sexuales ($F_{[13,243]} = 20.33, p < .001$), las intenciones hacia el sexo seguro ($F_{[13,243]} = 19.18, p < .001$) y la negociación para el sexo seguro ($F_{[13,243]} = 8.54, p = .004$), fueron significativas para la conducta sexual segura.

Con base en el Modelo Lineal Univariado, se identificó que del constructo factores psicológicos y socioculturales, la variable búsqueda de sensaciones sexuales, y del constructo amortiguadores de protección las variables intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro, fueron significativas para la conducta sexual segura ($F_{[3,253]} = 36.19, p < .001$). Dichas variables explicaron el 30% de la varianza de la conducta sexual segura (Tabla 31). El modelo fue analizado con el método de remuestreo Bootstrap, en el cual se confirman los hallazgos (Tabla 32).

Tabla 30

Prueba de efectos inter-sujetos del modelo de sexo seguro para HSH

Fuente de variación	VD	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadro medio	F	p
Modelo corregido	CSS	10830.13	16	676.88	6.66	.001
Intersección	CSS	2537.49	1	2537.49	24.99	.001
IC-PP	CSS	232.92	3	77.64	.76	.515
IC-SP	CSS	18.36	2	9.18	.09	.914
BSS	CSS	2065.04	1	2065.04	20.33	.001
UMSL	CSS	81.89	1	81.89	.80	.370
DDS	CSS	63.61	1	63.61	.62	.429
Machismo	CSS	55.00	1	55.00	.54	.462
Autoestima	CSS	2.56	1	2.56	.02	.874
CVSUC	CSS	41.10	1	41.10	.40	.525
Act. SS	CSS	208.38	1	208.38	2.05	.153
AE SS	CSS	100.26	1	100.26	.98	.321
Apoyo social	CSS	213.79	1	213.79	2.10	.148
ISS	CSS	1947.95	1	1947.95	19.18	.001
NSS	CSS	867.23	1	867.23	8.54	.004
Error	CSS	24367.56	240	101.53		
Total	CSS	1016575.52	257			
Total corregida	CSS	35197.69	256			

Nota: VD = Variable dependiente, IC-PP= Imagen corporal (percepción de peso), Imagen corporal (satisfacción con el peso), BSS = Búsqueda de sensaciones sexuales, UMSL = Uso de material sexual en línea, DDS = Discriminación por diversidad sexual, CVSUC = Conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, Act. SS = Actitud hacia el sexo seguro, AE SS = Autoeficacia para el sexo seguro, ISS = Intenciones hacia el sexo seguro, NSS = Negociación para el sexo seguro, $n = 257$, Bootstrap: 3000 muestras

Tabla 31

Modelo de Regresión Lineal Univariado del modelo de sexo seguro para HSH

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	41.04	5.00	-	.001
Búsqueda de sensaciones sexuales	-.30	.04	-.34	.001
Intenciones hacia el sexo seguro	.26	.04	.30	.001
Negociación para el sexo seguro	.32	.06	.29	.001

Nota: B = b, SE = Error estándar, Beta = Valor de beta, n = 257

Tabla 32

Modelo de Regresión Lineal Univariado del modelo de sexo seguro para HSH con método de remuestreo Bootstrap

Conducta sexual segura	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Li</i>	<i>Ls</i>
Búsqueda de sensaciones sexuales	-.30	.05	.001	-.40	-.20
Intenciones hacia el sexo seguro	.26	.05	.001	.17	.36
Negociación para el sexo seguro	.32	.06	.001	.21	.45

Nota: SE = Error estándar, IC = Intervalo de confianza, Li = Límite inferior,

Ls = Límite superior, n = 257

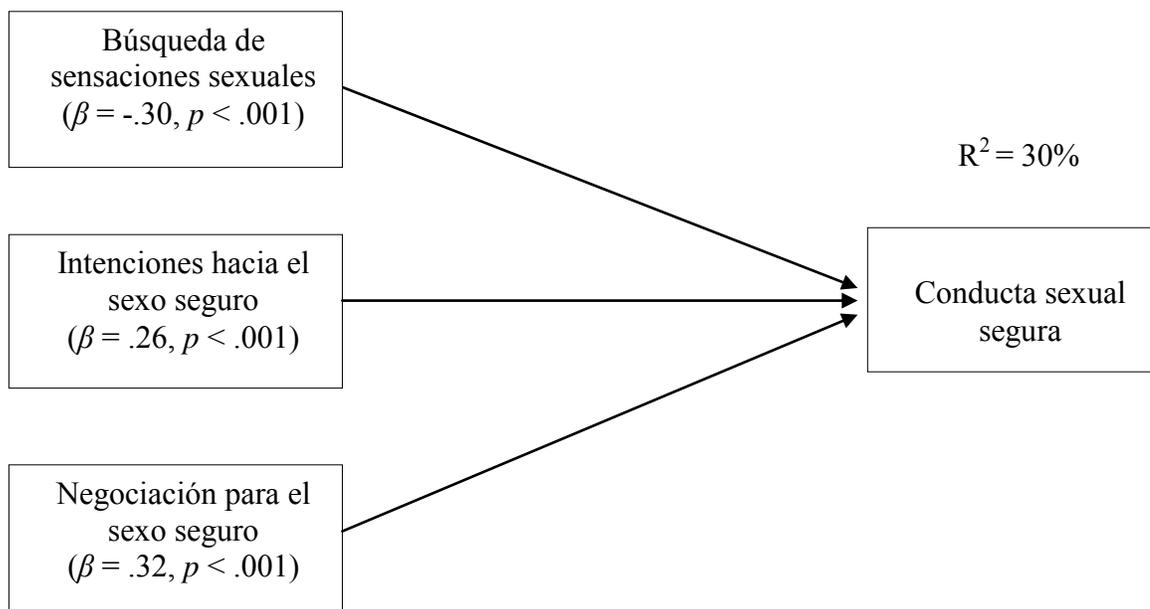


Figura 8. Modelo Lineal General de la conducta sexual segura para HSH

Modelo de sexo seguro para HSH

El modelo de sexo seguro para HSH (MSEX) se construyó a partir del Modelo de Sistemas de Neuman ([MSN], 2011), el cual propone un conjunto de conceptos y relaciones que explican la conducta sexual segura para HSH. El modelo está constituido por los siguientes conceptos: 1) búsqueda de sensaciones sexuales, 2) uso de material sexual en línea, 3) actitud hacia el sexo seguro, 4) autoeficacia para el sexo seguro, 5) apoyo social, 6) intenciones hacia el sexo seguro, 7), negociación para el sexo seguro, y 8) conducta sexual segura.

En la figura 9, se muestran la interacción de las variables que conforman el MSEXS. A continuación se presentan las proposiciones teóricas que se confirmaron con los resultados.

1. Los factores psicológicos (búsqueda de sensaciones sexuales) y socioculturales (uso de material sexual en línea) afectan la conducta sexual segura en los HSH.
2. La actitud hacia el sexo seguro, la autoeficacia para el sexo seguro y el apoyo social son recursos internos y externos que protegen a los HSH de factores que afectan la conducta sexual segura.
3. Los recursos de protección internos y externos (actitud hacia el sexo seguro, autoeficacia para el sexo seguro y apoyo social) actúan como soporte de los amortiguadores de protección en los HSH (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro).
4. Las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro, son el primer mecanismo de defensa y actúan como amortiguadores de protección de la conducta sexual segura en los HSH.

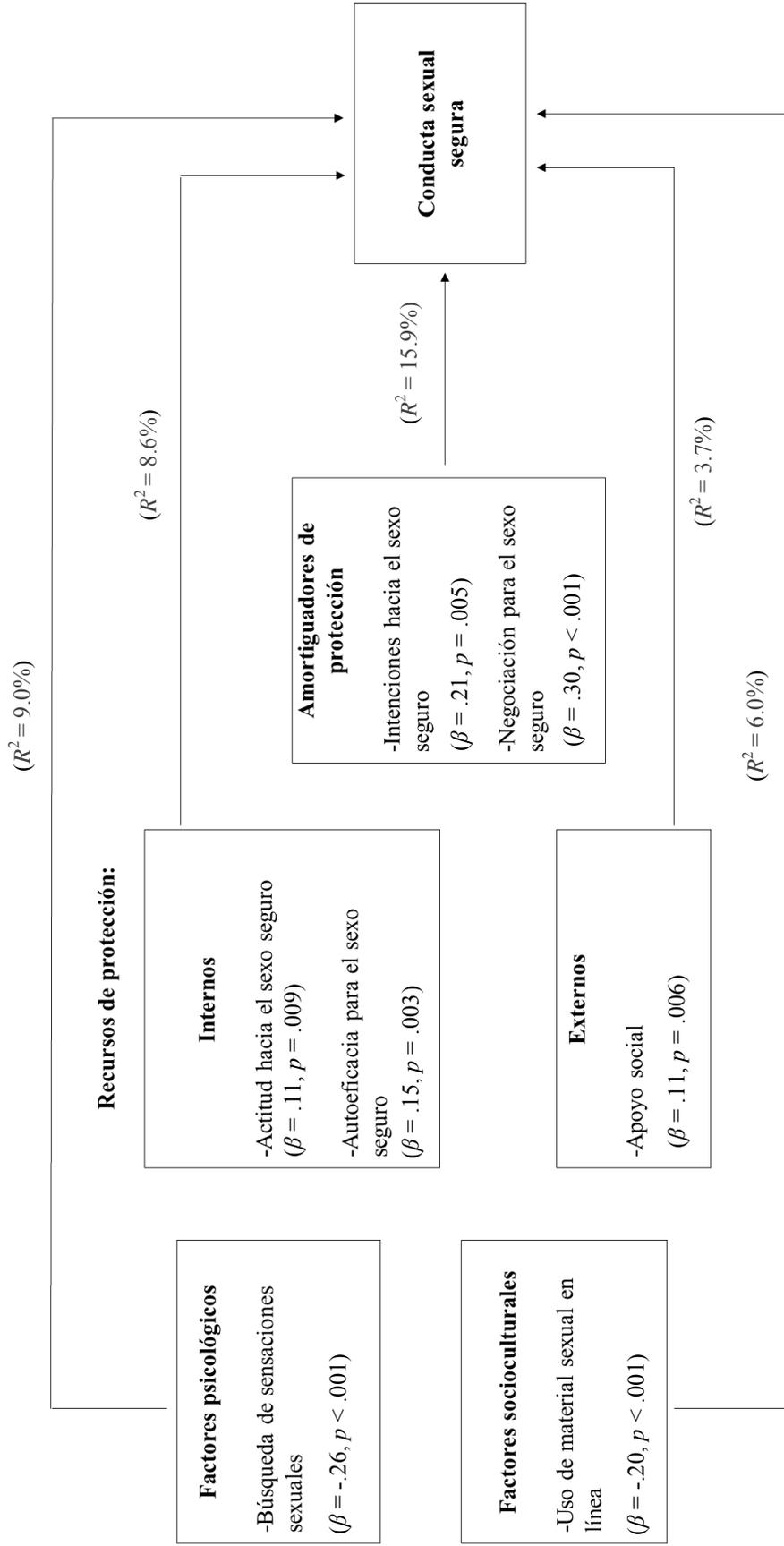


Figura 9. Influencia de las variables del modelo de sexo seguro para HSH sobre la conducta sexual segura

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales), factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo), recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro), recursos de protección externos (apoyo social) y amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro), con la conducta sexual segura en los HSH. A continuación, se discuten los resultados obtenidos de acuerdo a las características de sexualidad, a los objetivos específicos y al objetivo general, posteriormente se presentan las limitaciones identificadas en la realización del estudio, las conclusiones y recomendaciones en función de los hallazgos.

Datos de sexualidad

Respecto a las características de sexualidad se encontró que el promedio de edad de inicio de vida sexual activa fue a los 16 años, hallazgo que coincide con el promedio estimado en México. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), el inicio de las relaciones sexuales es antes de los 20 años. Dato que es de interés, debido a que el inicio temprano de las relaciones sexuales ha sido asociado con la conducta sexual de riesgo, específicamente con el no uso y uso inconsistente del condón y con el consumo de alcohol y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales (Mor et al., 2017; Soriano, 2017).

La edad de inicio del uso del condón encontrada fue de 18 años, resultado que orienta a la reflexión, considerando que la edad de inicio de las relaciones sexuales en este grupo de HSH fue a los 16 años, situación que los pudo poner en riesgo hacia la transmisión del VIH por la falta de uso del condón en los primeros años de inicio de su

vida sexual activa. También se identificó que en promedio los participantes tuvieron 18 parejas en los últimos 12 meses, cifra que es mayor a lo reportado por Valdez (2015), quien encontró que los HSH habían tenido en promedio 10 parejas sexuales en el último año. El hallazgo en este estudio puede deberse a que la mayoría de los participantes refirieron tener parejas sexuales ocasionales, situaciones que puede aumentar el riesgo hacia la transmisión del VIH (CDC, 2017b; Fernandes et al., 2015)

De acuerdo con este hallazgo, Folch et al. (2014), Pires et al. (2015) y Silva, Greco, Fausto, Greco, & Carneiro (2014), refieren que tener múltiples parejas sexuales ha sido asociado al sexo anal sin condón. Al respecto Dolcini y Catania (2000), señalan que las personas que tienen más parejas sexuales pueden tener menor percepción de riesgo para adquirir el VIH, y tener percepciones negativas hacia el uso del condón. Los resultados de este estudio respecto al número de parejas, podría deberse a que la mayoría de los participantes acuden a sitios de encuentro específicamente para conocer parejas ocasionales fortuitas y tener relaciones sexuales anónimas e impersonales.

Influencia de los factores psicológicos en la conducta sexual segura

En relación con los datos obtenidos sobre si los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) influyen en la conducta sexual segura. Se encontró que, los HSH que tienen más disposición para buscar e implicarse en experiencias sexuales novedosas, tienen menor conducta sexual segura, principalmente en menor uso del condón. Dichos resultados concuerdan con los estudios realizados por Goedel et al. (2016), Valdez (2015), y Wim, Christiana y Marie (2014), quienes identificaron que los HSH que tenían sexo anal sin condón tenían más conductas relacionadas a la búsqueda de sensaciones sexuales.

Así también se identificó que los HSH que realizaban mayor búsqueda de sensaciones sexuales, además de hacer menor uso del condón para el sexo anal, tuvieron otras prácticas sexuales consideradas de riesgo, como tener contacto con el semen o secreciones vaginales de la pareja, y tener sexo con personas que se desconoce su vida

sexual. Datos que se documentan de manera similar en el estudio realizado por, Xu, Zheng, Liu y Zheng (2016), quienes encontraron que la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con tener sexo con parejas ocasionales. Además, Léobon et al. (2011), identificaron que, a mayor búsqueda de sensaciones sexuales, mayor riesgo de contacto con el semen de la pareja sexual. De acuerdo con los hallazgos, se puede señalar que la búsqueda de sensaciones sexuales puede actuar como un motivador para implicarse y disfrutar de prácticas sexuales a pesar del riesgo presente para adquirir el VIH (Zuckerman, 2007).

En cuanto al factor psicológico imagen corporal no se encontró asociación con la conducta sexual segura, resultado que difiere a estudios similares como el de Brennan et al. (2012) y el Mor et al. (2014). Los resultados obtenidos pudieran deberse a dos circunstancias, la primera sería que los estudios señalan que los HSH que tienen bajo peso y/o peso normal tienen más probabilidad de tener sexo seguro por sentirse más satisfechos con su peso (Allensworth et al., 2008; Meanley et al., 2014). Al respecto cabe mencionar que en este estudio, si bien el 78% de los participantes se percibían como de bajo peso y/o normal, el 60% se sentía insatisfecho. La segunda circunstancia podría ser que, de acuerdo con Callander y Senn. (2013), los HSH que se perciben con sobrepeso u obesidad pueden tener menor conducta sexual segura por sentirse menos satisfechos con su cuerpo. Sin embargo, cabe señalar que en este estudio solo el 23% de los participantes se percibieron con sobrepeso y 1.2% con obesidad. Por lo tanto, dichas cifras pudieron haber influido en los resultados esperados para el presente estudio.

Influencia de los factores socioculturales en la conducta sexual segura

Del análisis de los resultados respecto a si los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) influyen en la conducta sexual segura. Se encontró que la exposición a material sexual en línea en HSH, influye negativamente en la realización de prácticas sexuales seguras y responsables para prevenir la transmisión del VIH. Este resultado coincide con los

estudios de Nelson et al. (2014) y Traeen et al. (2014), en donde identificaron que los HSH que visualizaban material sexual en línea tuvieron sexo anal insertivo y receptivo sin condón con más de una pareja sexual. De igual manera, los resultados son semejantes a lo reportado por Valdez (2011), quien encontró que los participantes que habían consultado o interactuado con diferentes tipos de material sexual tuvieron mayor conducta sexual de riesgo para la transmisión del VIH y sida.

El hallazgo en este estudio puede ser explicado por Bandura (1986), quien señala que la conducta sexual se aprende e interioriza en los aspectos culturales y procesos de socialización. Los individuos tienen la capacidad de aprender mediante la observación, por lo tanto, la interacción con el material sexual en línea puede despertar la imaginación hacia el comportamiento, y en la búsqueda del placer al intentar realizar el comportamiento los HSH pueden adoptar habilidades y aprender conductas, sobre todo los HSH jóvenes (Wilkerson et al., 2012; Kubicek, Carpineto, McDavitt, Weiss, & Kipke, 2011). Sin embargo este aprendizaje puede ser negativo y conllevar a prácticas sexuales de riesgo.

Por otro lado, los resultados no mostraron influencia de la discriminación por diversidad sexual sobre la conducta sexual segura. Datos que difieren con lo reportado por Ayala et al. (2012), Buller, Devries, Howard y Bacchus (2014), y Mizuno et al. (2012), quienes encontraron que las experiencias de discriminación son una variable predictiva negativa para la conducta sexual segura. De la misma manera Liao et al. (2015) identificó que la discriminación por diversidad sexual se asoció con el sexo anal sin condón, tener sexo con hombres y mujeres, tener más parejas sexuales masculinas, y tener sexo con trabajadores sexuales, y no haber recibido servicios relacionados a la prevención del VIH. Los resultados del presente estudio podrían ser atribuidos a que en los estudios antes descritos, el nivel de discriminación fue alto, dato que difiere con los resultados de este estudio al encontrar que la percepción de discriminación por diversidad sexual en los participantes fue baja.

Respecto al factor sociocultural machismo, los resultados mostraron que el machismo no tiene influencia en la conducta sexual segura, dichos resultados no guardan relación con lo reportado en estudios como el de Álvarez (2012), y Muñoz et al. (2015), en donde se identificó que los HSH con mayor adherencia a las normas masculinas tradicionales tenían menor conducta sexual segura. Los resultados de este estudio podrían deberse a que la mayor parte de los participantes se identificaron como homosexuales y/o gay, mientras que en estudios como el de Muñoz et al. (2015), la mayoría se identificaron como bisexuales y de rol sexual insertivo. De acuerdo con Bingham, Harawa y William (2013), los HSH que se identifican como homosexuales pueden no tener o tener menos conflictos respecto a las conductas atribuidas a lo masculino o a lo femenino, y por lo tanto menor adherencia a las normas masculinas tradicionales, es decir, menos machistas. Dato que concuerda con este estudio, al encontrarse que los participantes presentan nivel bajo de creencias y actitudes machistas.

Efecto de los factores psicológicos sobre los recursos de protección internos

En cuanto al establecimiento del efecto de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) sobre los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro). Se encontró que la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con la autoestima. Es decir, los HSH que presentaron mayor disposición para buscar y participar en experiencias sexuales de riesgo presentaron mayor autoestima. Así mismo, se identificó asociación entre la búsqueda de sensaciones sexuales y conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, lo que significa que los HSH que tienen mayor disposición para buscar y participar en experiencias sexuales novedosas de riesgo presentaron más información sobre los métodos de transmisión y protección del VIH, incluyendo el uso del condón. Sin embargo, no se encontró asociación entre la búsqueda de sensaciones sexuales y la actitud hacia el sexo seguro y

la autoeficacia para el sexo seguro. De igual manera no se identificó ninguna relación entre imagen corporal con ninguno de los recursos de protección internos.

Referente a la asociación entre la búsqueda de sensaciones sexuales y conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón. Gao et al. (2016) encontraron que la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció negativamente con la actitud para usar el uso del condón y con menos conocimientos sobre la prevención del VIH y el uso del condón. Dicho hallazgo difiere de lo encontrado en el presente estudio, ya que se encontró efecto positivo de la búsqueda de sensaciones sexuales sobre conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, y, no se encontró efecto de la búsqueda de sensaciones sexuales sobre la actitud hacia el sexo seguro.

En general se puede mencionar que, para las dos asociaciones encontradas en este estudio, no fue posible encontrar literatura que las apoyara, considerando que esta variable ha sido estudiada solo como predictor o factor asociado a la conducta sexual de riesgo para la transmisión del VIH (Charnigo et al., 2013; Léobon et al., 2011; Xu et al., 2016). Sin embargo, de acuerdo con el MSN (Neuman, 2011), los factores psicológicos presentan una relación con los recursos de protección internos, la cual puede ser positiva o negativa, razón por la cual se pudieron encontrar estos resultados.

Efecto de los factores psicológicos sobre los recursos de protección externos

En función de los hallazgos encontrados respecto a determinar el efecto de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales) sobre los recursos de protección externos (apoyo social). Los resultados de este estudio muestran que la búsqueda de sensaciones sexuales, es decir, la disposición de los HSH para buscar y participar en experiencias sexuales novedosas de riesgo se asoció con el apoyo social. Sin embargo, no se encontró relación entre la percepción que tienen los HSH sobre su peso y satisfacción respecto a su cuerpo con el apoyo social. Sobre la asociación encontrada en este estudio, Wim et al. (2014), en un estudio similar encontraron que el

apoyo social modera los efectos de factores riesgo hacia la transmisión del VIH, como puede ser la búsqueda de sensaciones sexuales.

Por otro lado, Valdez (2015) identificó que los HSH que realizaban menor búsqueda de sensaciones sexuales tenían mayor apoyo de la pareja para practicar sexo seguro, mientras que Crawford et al. (2003) encontraron que los HSH que refirieron mayor disposición para la búsqueda de sensaciones sexuales tenían menor apoyo de la pareja estable para tener conducta sexual segura. Como se puede identificar, dichos resultados no concuerdan con lo encontrado en este estudio, sin embargo, estos señalan la relación existente entre ambas variables. Los hallazgos de este estudio pueden ser atribuidos a que en la actualidad la búsqueda de sensaciones sexuales se ha convertido en una situación común en la sociedad, principalmente en los HSH, de tal manera que el interés por participar en experiencias sexuales novedosas no se visualiza como una situación que amerite la negación del apoyo por parte de la familia, amigos u otras personas significativas. Por otra parte, las relaciones abiertas y la infidelidad acordada entre parejas HSH cada vez son más frecuentes, en este sentido, los HSH pueden llegar a acuerdos que no impidan el apoyo de la pareja, aún cuando realicen búsqueda de sensaciones sexuales.

Efecto de los factores socioculturales sobre los recursos de protección internos

En relación a identificar el efecto de los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) sobre los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro). Los resultados muestran que independientemente de que los HSH interactúen o consulten medios en línea como páginas de internet, redes sociales, video llamadas, aplicaciones de chat, portales de video o canales de video con el fin de realizar alguna actividad sexual, no se asocia con

los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro).

En relación a estos hallazgos, cabe resaltar que, si bien aun cuando el modelo conceptual del que se deriva el presente estudio, establece relación entre estas variables (Neuman, 2011), el resultado de este estudio podría deberse que la variable uso de material sexual en línea en HSH ha sido parcialmente explorada, del tal manera que los estudios recientes se han centrado en el uso de material sexual en línea como predictor de variables resultado como la conducta sexual de riesgo (Whitfield et al., 2017), compulsividad sexual (Hald, Smolenski, & Roseer, 2013), búsqueda de sensaciones sexuales (Sinkovic, Stulhofer, & Bozic, 2013), bareback (Jonas, Hawk, Vastenburg, & De Groot, 2014), o de variables específicas como la autoestima sexual (Hald et al., 2013) y actitud hacia el sexo (Braun & Rojas, 2009), no encontrándose literatura que muestre relación entre uso de material sexual en línea y lo recursos de protección internos considerados en este estudio (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro).

De la misma forma, se encontró que el machismo no se asoció con los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro). Resultados que difieren con lo obtenido en estudios similares. Villegas et al. (2011), encontraron que el machismo influye negativamente en los conocimientos sobre la transmisión del VIH y la autoeficacia para el uso del condón. En esta misma línea, Guerra (2017), identificó que presentar mayor actitud y creencias machistas como tener múltiples parejas sexuales, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadores sexuales, se asoció con menor autoeficacia para el sexo seguro. Así también, Larrañaga et al. (2012), reveló que el machismo influye negativamente en la actitud hacia el sexo seguro. Hallazgos en este estudio pudieran reflejar el nivel bajo de machismo identificado en los participantes,

así también la necesidad de usar un instrumento diseñado específicamente para medir las actitudes y creencias machistas en HSH.

Respecto al factor sociocultural discriminación por diversidad sexual, se encontró que las experiencias de rechazo, exclusión o agresión física o psicológica respecto a la orientación sexual, se asociaron con baja autoestima. De acuerdo con estos resultados, de la misma manera Logie, Lacombe, Poteat y Wagner (2017), identificaron que la discriminación derivada por la orientación sexual diferente a la heterosexual se asoció con baja autoestima. Por el contrario, Rodríguez y Calles (2013), y Toro, Varas, Andújar y Nieves (2006), encontraron en su estudio que a pesar de las situaciones de discriminación a las que habían estado expuestos los HSH, ellos presentaban alta autoestima, tenían fortalezas, se percibían como personas fuertes y competentes, se sentían satisfechos y referirían control de su vida. Respecto a las diferencias en los hallazgos, Hernández (2010), señala que los efectos de la discriminación pueden depender del grado de desarrollo y aceptación de su orientación sexual, así también del nivel de resiliencia y mecanismos de afrontamiento hacia la discriminación en los HSH.

Así mismo, se encontró que la discriminación por diversidad sexual se asoció con menos conocimiento sobre el VIH, sida y uso del condón, resultados similares al estudio de Liao et al. (2015), y Boushab, Fatim, Limame y Kishi (2017), quienes reportaron que la discriminación se asoció con nivel bajo de conocimientos sobre el VIH. Así mismo, Bam et al. (2013), en su estudio encontraron que el estigma y la discriminación se asoció con conocimientos deficientes sobre las vías de transmisión del VIH. Dichos hallazgos podrían deberse a dos situaciones, la primera, al impacto negativo que tienen la discriminación a nivel cognitivo en los HSH, y la segunda en que la discriminación por diversidad sexual puede repercutir en la igualdad de oportunidades, recursos, y servicios, ocasionando que los HSH no busquen información y/o accedan a los servicios de salud, y con ello, limitando el desarrollo de potencialidad para la responsabilidad con la salud sexual.

Otro hallazgo fue que las situaciones de rechazo, exclusión o agresión física o psicológica por diversidad sexual, se asociaron con la actitud negativa hacia el sexo seguro. Así mismo, se identificó asociación entre la discriminación y menor autoeficacia para el sexo seguro, es decir, los HSH que fueron discriminados en razón de su orientación sexual, se perciben menos capaces para usar correcta y consistentemente el condón, así también, menos capaces para comunicárselo a su pareja sexual. Cabe mencionar que para estas dos asociaciones no se encontraron estudios específicos que indiquen la relación entre estas variables, por lo que solo la base teórica utilizada fundamenta dichas asociaciones (Neuman, 2011). Dichos resultados pueden comprenderse en que la discriminación por diversidad sexual puede afectar a nivel cognitivo-afectivo, disminuyendo la capacidad para responder a problemas de salud, y por tanto favorecer en los HSH la conformación de percepciones negativas hacia las conductas de salud, en esta situación, hacia la actitud y la autoeficacia para el sexo seguro.

Influencia de los factores socioculturales en los recursos de protección externos

En cuanto a si los factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo) influyen en los recursos de protección externos (apoyo social). Se encontró que la interacción o consulta de material sexual en línea en los HSH, no influye en el apoyo social percibido. Sin embargo, se encontró que a mayor discriminación por diversidad sexual, menor apoyo social percibido por los HSH, dichos hallazgos concuerdan con lo reportado en los estudios de Wanyenze et al. (2016), y Larsson, Shio, Ross y Agardh (2017). Estos resultados podrían ser atribuidos a la revelación o no de la orientación sexual, la cual puede traer una serie de elementos disruptivos y estresantes en los HSH y en su red social.

En relación a lo anterior, Romero (2011) señala que la revelación una orientación sexual diferente a la heterosexual es una información que generalmente las familias y

red social más cercana no están preparadas para afrontar debido a la formación tradicionalista, desde el inicio de los sistemas familiares y desde el nacimiento se especifican el sexo, debiendo así cumplir ciertos roles y funciones ya estipuladas socialmente. Por lo tanto, en sistemas familiares y sociales donde exista una estructura muy rígida, de organización patriarcal y/o con fuertes creencias religiosas, mayor será el impacto de la noticia de tener un hijo homosexual, bisexual u otro, por lo que la forma de enfrentar esta situación podría ser poco asertiva y con esto, traducirse en discriminación y menor apoyo para los HSH.

Otro hallazgo fue, que a más creencias y actitudes culturales negativas respecto a la superioridad de la masculinidad, ante la femineidad, menor apoyo social percibido por los HSH. Respecto a esta asociación no se encontraron estudios que indiquen la relación entre estas dos variables. No obstante, en relación con este resultado, Courtenay (2000), señala que los hombres sufren presión social para demostrar su identidad masculina, dentro de la estructura familiar y social, ejercen relaciones de poder y autoridad, reprimen sus necesidades, niegan su vulnerabilidad al aparentar tener control emocional y físico, pueden minimizar la necesidad de ayuda, y presentar conductas que demuestren fortaleza, dureza y resistencia con tal de preservar su masculinidad. De tal manera, la red social puede interpretar y visualizar al HSH como independiente, fuerte, que no se necesita ayuda, y con esto reducir el apoyo instrumental, emocional e informacional.

Relación entre los recursos de protección externos y los recursos de protección internos

Respecto a conocer la relación entre los recursos de protección externos (apoyo social) y los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro), Con base en esto, se encontró el apoyo social se relacionó con la autoestima. Es decir, que a mayor apoyo percibido por parte de la familia, amigos y otras personas significativas en los HSH, mayor autoestima. Estos hallazgos son similares a lo

reportado por Ryan et al. (2010), quienes reportaron que los HSH que tenían niveles altos de apoyo social, presentaron alta autoestima y buen nivel de salud general.

También se encontró que, a mayor apoyo social percibido por los HSH, más información sobre los métodos de transmisión y protección del VIH. Nelson et al. (2015), en su investigación encontraron que los HSH que refirieron mayor apoyo de profesionales de la salud y amigos, presentaron mayor puntuación en conocimientos sobre la transmisión, prevención y tratamiento sobre el VIH. Beougher et al. (2011), y Ogunbajo et al. (2017), encontraron que los HSH puede obtener información sobre la prevención y tratamiento del VIH a través del apoyo obtenido por la familia, la pareja y/o amigos. Dichos resultados coinciden con lo encontrado en el presente estudio, estos hallazgo podrían indicar que el apoyo social se puede convertir en un estímulo protector, los contextos familiares y sociales donde existen relaciones positivas, podría favorecer comunicación y la provisión de consejos, intercambio de experiencias e información que favorezcan la prevención de la transmisión del VIH, sida y el uso correcto del condón.

Por otro lado, se pudo observar que el apoyo social se relacionó con la actitud hacia el sexo seguro. Lo que sugiere que los HSH que perciben recibir apoyo por parte de la familia, amigos y otras personas significativas, tienen mayor actitud positiva para usar el condón. De igual forma, para el recurso de protección interno autoeficacia hacia el sexo seguro, se identificó que, a mayor apoyo social percibido, mayor autoeficacia. Respecto a estas dos relaciones, no se encontraron estudios que las respaldaran, sin embargo, Cardozo y Alderete (2009), refieren que el apoyo social es un factor protector relacionado a los recursos que poseen las personas, permite reducir o evitar situaciones de peligro y conseguir resultados positivos. De acuerdo con lo descrito, y tomando como base la perspectiva de Neuman (2011), la actitud y la autoeficacia hacia el sexo seguro, al ser recursos de protección ante situaciones de peligro como la transmisión del VIH, estos pueden estar relacionados con el apoyo social percibido por los HSH, dicho planteamiento coincide con los resultados encontrados en el estudio.

En esta misma línea, Rodríguez y Suarez (2006), señalan que las actitudes se derivan del aprendizaje y de las experiencias del individuo, por lo tanto, su red social estimula y desarrolla determinados tipos de actitud para la prevenir la exposición a situaciones de riesgo. En este sentido, es posible que la familia, amigos u otras personas significativas influyan en los HSH para fomentar la actitud positiva hacia el uso del condón. Por otra parte, Bandura (1997), refiere que un factor relevante que incrementa la autoeficacia es el éxito vicario en el cual se describe que el modelaje es importante, al ver o imaginar a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, una persona puede llegar a creer que el mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito, por lo tanto, a través del apoyo informacional, la familia, amigos y otras personas significativas, posiblemente podrían incidir positivamente en la capacidad percibida por los HSH para usar correcta y consistentemente el condón, así como para comunicar su uso con la pareja.

Efecto de los recursos de protección internos sobre los amortiguadores de protección

En relación a establecer el efecto de los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro) sobre los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro). Los datos indican que los HSH que tienen mayor autoestima, tienen más disposición para usar el condón en sus relaciones sexuales. Esto pudiera ser debido a que la autoestima al ser un sentimiento de aceptación y de valor personal, estas unido al sentimiento de competencia, y por tanto, esto puede impulsar a la persona a actuar, seguir adelante y la motivarla para cumplir sus objetivos (Cataño, Restrepo, Portilla, & Ramírez, 2008). En este entendido, un nivel alto de autoestima en los HSH podría fortalecer la disposición para usar el condón en sus próximas relaciones sexuales.

También se encontró que los HSH que tienen más información sobre los métodos de transmisión y protección del VIH, presentan mayor disposición para usar el condón en sus relaciones sexuales. Fisher J., Fisher W., Bryan y Misovich (2002), refieren que el componente información relacionado con la conducta preventiva, es un pre-requisito esencial para el desarrollo de esta conducta, así mismo señalan que el componente información está relacionado con el componente motivacional, el cual comprende las intenciones hacia la conducta preventiva. Dicho planteamiento concuerda con lo encontrado en este estudio. Cuando los HSH tienen nivel alto de información respecto a la prevención de la transmisión del VIH, sida y uso correcto del condón, este puede aumentar las intenciones para usar el condón en sus relaciones sexuales.

De igual manera, se identificó que los HSH que tienen actitud positiva para usar el condón, tienen más disposición para usar el condón en sus relaciones sexuales. En relación a este hallazgo, Bem (1967), refiere que la actitud representa un conjunto de creencias, valoraciones, modos de percepción para la acción y está relacionada en torno a un objeto o situación. Al tener implícito un componente afectivo permite la asociación de sentimientos de agrado y desagrado hacia el objeto o situación, especialmente si los beneficios o barreras son de importancia para el individuo. Así también al tener un componente conductual, este permite abordar las intenciones o disposiciones para la acción (Breckler, 1984). Por lo tanto, cuando los HSH tienen actitudes positivas para el uso del condón, las barreras negativas percibidas son menores y por ende, esto podría traducirse en una mayor intención para usar el condón en sus relaciones sexuales.

En este mismo contexto, se encontró que los HSH que perciben mayor capacidad para usar correcta y consistentemente el condón, así como para comunicar su uso con la pareja, tienen más disposición para usar el condón en sus relaciones sexuales. De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975), la autoeficacia representa un medio por el cual la persona sigue sus metas y controla lo que es capaz de hacer, por lo tanto, puede ser que cuando los HSH tienen ideas o pensamientos positivos acerca del sexo seguro, adquieren

confianza en ellos mismos y se sienten con mayor capacidad, lo cual podría incidir hacia una mayor disposición para usar el condón en sus relaciones sexuales.

Por otra parte, en el presente estudio se observó que cuando los HSH perciben mayor autoeficacia para el sexo seguro, ellos tienen mayor capacidad tanto para proponer el uso del condón a su pareja sexual, como para expresar soluciones equitativas y de colaboración para usarlo cuando la pareja sexual se niega. Datos similares fueron reportados por Kaneko (2007) y O'Leary, Jemmott y Jemmott (2008), quienes identificaron que la autoeficacia es uno de los factores principales que influye en la capacidad que tienen las personas para evitar la transmisión del VIH y para negociar sexo seguro.

Respecto a los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro) relacionados con las intenciones hacia el sexo seguro, como se señaló en situaciones anteriores, no se encontraron investigaciones concretas que fundamentaran estas relaciones, no obstante la literatura que plantea acercamientos hacia la explicación de dichos hallazgos en este estudio, así como los resultados presentados pueden indicar que son variables de interés en el contexto de la conducta sexual segura en HSH, por lo tanto, estas relaciones podrían ameritar su profundización en futuros estudios.

Efecto de los recursos de protección externos sobre los amortiguadores de protección

En lo que corresponde a estimar el efecto de los recursos de protección externos (apoyo social) sobre los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro). Se encontró que cuando los HSH reciben más apoyo de la familia, amigos y otras personas significativas, ellos pueden tener mayor disposición o probabilidad de usar el condón en sus relaciones sexuales. De la misma forma se identificó que a mayor apoyo social percibido, los HSH pueden tener mayor capacidad para proponer el uso del condón a su pareja sexual, y expresar soluciones

equitativas y de colaboración para usarlo cuando la pareja sexual se niega. Referente a estos dos resultados, no fue posible encontrar estudios que fundamenten la asociación, sin embargo, de acuerdo con la perspectiva del MSN, (Neuman, 2011), el apoyo social como recurso de protección externo pueden favorecer a los recursos más cercanos a la conductas de salud, es decir el apoyo social puede incidir en las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro.

Al respecto, Castellano (2005), señala que el apoyo social que proviene de la familia cuando se brinda de manera adecuada, se considera como una unidad básica de salud y entidad transmisora de factores protectores mediante la educación y la observación. También, Orcasita, Valderrama y Uribe (2010) señalan que el apoyo recibido de los amigos y otras personas significativas, se convierte en un espacio donde puede actuar, reflexionar, ensayar conductas, desarrollar destrezas y desarrollar la identidad sexual, dando una sensación de seguridad y de pertenencia, por lo tanto la red social más cercana pueden modelar actitudes que permitan a los HSH construir comportamientos y tomar decisiones frente a situaciones sexuales de riesgo. A la vez, el apoyo afectivo, instrumental e informacional percibido puede traducirse en beneficios y actuar como motivador e incidir en la adopción de recursos de protección como las intenciones y la negociación para el sexo seguro.

Influencia de los recursos de protección externos en la conducta sexual segura

En referencia a determinar la influencia de los recursos de protección externos (apoyo social) en la conducta sexual segura, los resultados muestran que los HSH que perciben mayor apoyo de la familia, amigos y otras personas significativas tienen mayor conducta sexual segura, esto es similar a lo reportado por Nelson et al. (2015), quienes reportaron que los HSH que percibieron más apoyo de sus amigos, hicieron más uso del condón de manera consistente para el sexo anal, oral y vaginal. Por otra parte, Valdez

(2015), encontró que los HSH que contaban con más apoyo de la pareja, tenían menos relaciones sexuales sin condón con parejas ocasionales y con trabajadores sexuales.

Así también, Deuba et al. (2013) en sus resultados identificaron que un factor protector para el uso del condón fue el apoyo familiar, mientras que los factores que influyeron negativamente en la conducta sexual segura fueron la falta de apoyo familiar y la insatisfacción con el apoyo social percibido. Estos resultados pueden atribuirse a que el apoyo social contribuye de manera significativa en la salud sexual, ya que tiene implícito elementos afectivos y relacionales que se convierten en un modelo que influyen en el manejo de situaciones de la vida diaria y en el desarrollo de determinadas conductas de salud (Uribe, Orcasita, & Aguillón, 2012).

Influencia de los amortiguadores de protección en la conducta sexual segura

En cuanto a identificar si los amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro) influyen en la conducta sexual segura. Los resultados muestran que los HSH que refieren mayor probabilidad de usar el condón con parejas ocasionales y estables, tienen mayor conducta sexual segura. Lo anterior concuerda con lo reportado por Inoue et al. (2006) y Li et al. (2015), al encontrar que las intenciones para usar el condón influyeron en el uso del condón. Mientras que Manserg et al. (2010) identificó que la disminución en las intenciones hacia el uso del condón estaba asociada a mayor riesgo para tener sexo anal insertivo sin condón.

En este sentido, también se observó que los HSH que tienen mayor capacidad para negociar sexo seguro, tiene mayor conducta sexual segura. Robles et al. (2011) y Sánchez et al. (2015) realizaron un estudio en el que reportaron que los participantes que eran más capaces de expresar argumentos para convencer a su pareja para usar el condón, que tenían más capacidad para escuchar los argumentos de su pareja para no usarlo, y convencerla finalmente de que si lo usaran, eran más consistentes con el uso del condón. Por otra parte, Bauermeister (2015) encontró que las dificultades para negociar sexo seguro en los HSH se asoció con mayor número veces que tuvieron sexo

anal sin condón, esto independientemente si era pareja ocasional o estable. De acuerdo con los hallazgos de estas investigaciones, se puede constatar que los resultados son congruentes con los del presente estudio, los HSH con mayor capacidad para proponer el uso del condón, y para expresar soluciones equitativas y de colaboración para usarlo, tienen mayor conducta sexual segura.

Influencia de los recursos de protección internos en la conducta sexual segura

En relación con conocer si los recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro) influyen en la conducta sexual segura. Se pudo observar que independiente del nivel de autoestima, esta no influyó en la conducta sexual segura en los HSH, hallazgo que no concuerda con estudios similares. Nyembezi et al. (2014) encontraron que tener mayor autoestima se relacionó con mayor uso del condón. Por otro lado, Wang et al. (2017) hallaron que el nivel bajo de autoestima en los HSH se asoció negativamente con la conducta sexual segura.

Por otro lado, también se identificó que, independientemente de los conocimientos sobre el VIH/sida que tenían los HSH, estos no se relacionaron con la conducta sexual segura. Situación que no coincide con resultados de estudios similares. Jin et al. (2013) y Patil et al. (2015) encontraron que el nivel alto de conocimientos sobre la transmisión del VIH, prevención, tratamiento, síntomas y prueba de detección del VIH, se relacionó con la conducta sexual segura, es decir, los conocimientos adecuados sobre el VIH, actuaron como facilitador para la conducta sexual segura.

Los hallazgos del presente estudio respecto a los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón podrían deberse a que una persona puede tener conducta sexual segura siempre y cuando tenga la información adecuada sobre la formas de transmisión y prevención del VIH, pero también este motivado para tener dicha conducta, y además,

disponga de las habilidades para usar y negociar el uso del condón (Fisher J., Fisher W., Bryan & Misovich, 2002).

Así también, este resultado podría reflejar que, si bien, los conocimientos son un componente importante en la prevención del VIH, no son un elemento suficiente para que los HSH tengan una conducta sexual segura, situación que ha sido identificada en otros estudios (Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011; Robles & Díaz, 2011). En este sentido Robles et al. (2011) refiere que si la información por sí sola no se traduce en conductas sexuales preventivas, esta podría incidir en variables más cercanas hacia el sexo seguro, como podrían ser la comunicación sexual, la negociación para el sexo seguro, y las habilidades para usar correctamente el preservativo.

De los datos obtenidos, también se puede señalar que los HSH con mayor actitud positiva hacia el sexo seguro, tienen más probabilidades de tener prácticas sexuales seguras con su pareja sexual para evitar la transmisión del VIH, entre estas el uso del condón y la evasión de prácticas sexuales de riesgo. Al respecto estudios coinciden con dicho hallazgo. Gervasi (2012) encontró que los HSH que tenían actitudes positivas hacia el sexo seguro refirieron poder decir a su pareja sexual el deseo por tener sexo anal con condón y evadir prácticas sexuales de riesgo. Así también, resultados reportados por Amirkhani et al. (2009) y Mor et al. (2017) mostraron que la actitud positiva hacia el sexo seguro se relacionó con menor número de parejas para sexo anal sin condón, menor frecuencia para tener sexo anal y mayor uso del condón en el sexo anal.

Igualmente, se identificó relación positiva entre la autoeficacia para el sexo seguro y la conducta sexual segura. Hallazgos similares a lo reportado por Sohn y Cho (2012) y Lau et al. (2012) quienes señalaron que la autoeficacia se relaciona con el uso del preservativo en los HSH. De la misma forma Guerra (2017) reportó que a mayor capacidad percibida para realizar acciones que favorezcan la conducta sexual segura y responsable, como podría ser preguntar antecedentes sexuales a la pareja o evitar tener sexo con personas desconocidas, mayor es la probabilidad de tener conducta sexual

segura. Lo anterior podría deberse a que cuanto mayor sea el nivel de autoeficacia percibida, menores serán las barreras que se perciban para realizar conductas saludables (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Comprobación del modelo de sexo seguro para HSH

Por último en referencia a determinar la relación de los factores psicológicos (imagen corporal y búsqueda de sensaciones sexuales), factores socioculturales (uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual y machismo), recursos de protección internos (autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, y autoeficacia para el sexo seguro), recursos de protección externos (apoyo social) y amortiguadores de protección (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro), con la conducta sexual segura en los HSH. Se encontró que cuando los HSH tienen más disposición para buscar y participar en experiencias sexuales de riesgo, entre estas, tener encuentros sexuales desinhibidos y salvajes, disfrutar de la sensación de la relaciones sexuales sin condón, tener sexo con personas que le atraen físicamente sin conocerlas, disfrutar de la compañía de personas sensuales, ver material sexual explícito y tener experiencias y sensaciones sexuales nuevas y excitantes, tienen menor probabilidad de tener conducta sexual segura.

Respecto a este resultado Valdez (2015) realizó una investigación utilizando como marco teórico el modelo de promoción de la salud (MPS) para explicar la conducta sexual en HSH mexicanos. Los resultados evidenciaron que, a mayor interés por alcanzar niveles óptimos de excitación sexual y participación en experiencias nuevas, mayor fue el consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual, mayor fue la frecuencia para acudir a sitios de encuentro para conocer parejas sexuales, y mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón. Los resultados de este estudio basado en una teoría para explicar la conducta sexual en HSH, son similares a lo encontrado en el MSEXES. Los HSH que buscan sensaciones sexuales eligen estímulos externos que maximizan sus emociones y producen sensaciones inusuales, y mediante

estos obtienen satisfacción y/o placer sexual, sin embargo estos pueden conllevar a prácticas de riesgo, volviendo a los HSH vulnerables al aumentar la probabilidad para adquirir el VIH.

Además se encontró que los HSH que tienen más disposición o probabilidad para usar el condón en sus relaciones sexuales, así mismo cuando se perciben más capaces para proponer el uso del condón a su pareja sexual, y expresar soluciones equitativas y de colaboración para usarlo cuando la pareja sexual se niega, tiene más probabilidad de tener prácticas sexuales seguras con su pareja sexual. Al respecto Aliabadi et al. (2015) realizaron un estudio para conocer los factores asociados al sexo seguro en HSH, utilizando como marco teórico el modelo de información, motivación y habilidades conductuales, los resultados mostraron que las variables relacionadas al sexo seguro y uso del condón fueron las intenciones hacia el sexo seguro y las habilidades de negociación para el sexo seguro.

De acuerdo con lo descrito, este hallazgo coincide con lo encontrado en el MSEX. Un incremento en las intenciones hacia el sexo seguro y en la capacidad para negociar sexo seguro en los HSH, aumenta las prácticas sexuales seguras, como es el uso del condón para el sexo oral, anal y/o vaginal y la evasión de prácticas sexuales de riesgo. Este resultado podría atribuirse a que cuando un HSH está fuertemente motivado para iniciar y mantener dichas conductas, las intenciones pueden actuar como un predictor de la conducta sexual segura, de igual forma, si los HSH tienen la motivación para tener sexo seguro, podrían tener mayor interés en aprender, adquirir, y usar las habilidades conductuales específicas que le permitan involucrarse y emplearlas en las conductas preventivas de salud como puede ser a través de la negociación para el sexo seguro.

El modelo MSEX derivado del MSN permitió conocer la influencia de algunos factores psicológicos y socioculturales en la conducta sexual segura en los HSH. Neuman (2011), describe que los estresores son factores personales que tienen el

potencial de causar inestabilidad en las conductas de salud o línea normal de defensa, en este sentido, de acuerdo con los hallazgos del estudio, las variables búsqueda de sensaciones sexuales y uso de material sexual en línea actuaron como estresores y originan una reacción negativa en la línea normal de defensa (conducta sexual segura). La reacción negativa se produce a nivel conductual y aumenta el riesgo de transmisión del VIH al disminuir el uso del condón y aumentar prácticas sexuales consideradas de riesgo.

También se puede señalar que las líneas de resistencia representadas por la actitud hacia el sexo seguro, la autoeficacia para el sexo seguro y el apoyo social, actuaron como recursos de protección y tuvieron efecto en la línea normal de defensa, los HSH que tenían actitud positiva hacia el sexo seguro, mayor autoeficacia para el sexo seguro, y percibían apoyo social, tuvieron mayor conducta sexual segura. Así mismo, estos factores estuvieron asociados a la línea flexible de defensa (intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo seguro). Dichos resultados concuerdan con lo establecido por Neuman (2011), quien refiere que las líneas de resistencia son recursos específicos internos o externos que ayudan al individuo a defenderse y mantener su bienestar, e influyen en la línea flexible de defensa.

Por otra parte, respecto a las variables intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro, las cuales fueron derivadas de la línea flexible de defensa, se encontró que, cuando los HSH tienen más disposición para usar el condón en sus relaciones sexuales, así como más capacidad para negociar el uso del condón, tienen más probabilidad de tener conducta sexual segura. Estos hallazgos concuerdan con Neuman (2011), quien plantea que la línea flexible de defensa es el primer mecanismo protector hacia situaciones que ponen en riesgo la salud o bienestar, simbólicamente cuando ésta se expande, proporciona una mayor protección. Es decir, a más intenciones hacia el sexo seguro y más capacidad para negociar sexo seguro en los HSH, mayor será la conducta sexual segura, y por lo tanto, mayor protección hacia la transmisión del VIH.

Conclusiones

Con base en los objetivos y resultados del estudio se presentan las siguientes conclusiones: A mayor búsqueda de sensaciones sexuales, menor conducta sexual segura. De la misma manera, a mayor uso de material sexual en línea en los HSH, menor conducta sexual segura. Por otra parte, se encontró que la búsqueda de sensaciones sexuales tuvo efecto predictivo sobre la autoestima y conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón. Así también, la búsqueda de sensaciones sexuales tuvo efecto predictivo sobre el apoyo social.

Se identificó que a mayor discriminación por diversidad sexual, menor autoestima, menos conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, así mismo, menor actitud hacia el sexo seguro y menor autoeficacia para el sexo seguro en los HSH. Por otro lado, se encontró que a mayor discriminación por diversidad sexual y machismo, menor apoyo social. Se concluye también que a mayor apoyo social percibido por los HSH, mayor autoestima, más conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, mayor actitud hacia el sexo seguro y mayor autoeficacia para el sexo seguro.

Así también se pudo establecer que los HSH con más autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro y autoeficacia para el sexo seguro, tienen más intenciones hacia el sexo seguro. Los HSH que tienen mayor autoeficacia para el sexo seguro presentaron mayor capacidad para negociar sexo seguro. En este mismo contexto, se encontró que el apoyo social tiene efecto sobre las intenciones hacia el sexo seguro y en la negociación para el sexo seguro. Por otra parte se concluye que a mayor apoyo social percibido en los HSH, mayor conducta sexual segura. Del mismo modo, a más intenciones hacia el sexo seguro y mayor capacidad percibida para negociar sexo seguro, mayor conducta sexual segura. Los resultados permitieron identificar que a mayor actitud hacia el sexo seguro y mayor autoeficacia para el sexo seguro, mayor conducta sexual segura en los HSH.

Respecto al modelo MSEXES, se concluye que la búsqueda de sensaciones sexuales, las intenciones hacia el sexo seguro y la negociación para el sexo seguro tienen efecto predictivo sobre la conducta sexual segura. Es decir, a mayor búsqueda de sensaciones sexuales en los HSH, menor conducta sexual segura. A más intenciones hacia el sexo seguro, y mayor capacidad para negociar sexo seguro, mayor conducta sexual segura en los HSH. Las variables predictivas conforman dos de los constructos de la teoría, y explicaron el 30% de la varianza.

Cabe mencionar que el MSN permitió abordar el fenómeno, sin embargo, debido a la abstracción del modelo, y también por la diversidad en la conducta sexual de los grupos considerados HSH, es necesaria utilizar teorías psicológicas y sociales que permitan abordar más explícitamente a este fenómeno y tener mayor aportación al cuerpo de conocimientos y explicación de la conducta sexual de esta población.

Los resultados del estudio permitieron conocer la dinámica de interacción entre factores que pueden favorecer o repercutir la conducta sexual segura en los HSH, lo cual contribuye al cuerpo de conocimientos de la enfermería y de otras disciplinas de la salud. De igual manera, favorecen la continuidad de estudios, lo cual es relevante, considerando que esta población ha sido poco estudiada, e identificada como población clave de mayor riesgo hacia el VIH y otras ITS. Este estudio podría considerarse como parte del inicio de nuevas perspectivas para la visión hacia este fenómeno en el contexto mexicano. Estudios adicionales permitirán comprender mejor la diversidad y complejidad de la conducta sexual en los HSH, así como la identificación de otros factores que puedan conducir a la implementación de intervenciones multidisciplinarias, diseñadas de acuerdo a las necesidades reales de esta población y en un marco libre de estigma y con respeto a la diversidad sexual.

Recomendaciones

De acuerdo con el modelo, se recomiendan eliminar las variables no significativas, y con base a la literatura, incorporar variables poco exploradas, entre las

que destacan: la responsabilidad con la salud sexual, la satisfacción sexual, la resiliencia sexual, y las relaciones de poder entre parejas HSH. Así también los motivos para tener sexo, las habilidades conductuales como la colocación y uso correcto del condón. De igual manera el uso de material sexual en línea, específicamente el uso de aplicaciones en dispositivos móviles y la visualización de material sexualmente explícito en HSH jóvenes.

En el caso de la variable discriminación por diversidad sexual, se sugiere estudiar la discriminación que ocurre al interior de los grupos, es decir la discriminación entre los que se identifican como homosexuales, hacia las mujeres transgénero, o la que se deriva por parte de HSH bisexuales, y/o de los hombres que tienen sexo con hombres pero que se identifican como heterosexuales. Desde este abordaje se podrían obtener resultados interesantes sobre su influencia en la conducta sexual. Para la variable imagen corporal se recomienda incorporar mediciones antropométricas como el peso, talla e índice masa corporal, de tal manera que se obtengan mediciones más precisas y no solo la percepción del peso.

Respecto a los instrumentos utilizados, debido a que se encontró una correlación inesperada contraria a los que indica la literatura entre la búsqueda de sensaciones sexuales y la autoestima, así mismo, entre la búsqueda de sensaciones sexuales y los conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, se sugiere hacer revisión de los instrumentos. El tiempo de recolección de datos era prolongado, en este sentido se recomienda utilizar escalas en versiones cortas, específicamente para medir el uso de material sexual en línea, machismo y conocimientos sobre el VIH y sida. Se sugiere trabajar en el diseño de un instrumento de medición de la conducta sexual segura en HSH, en el cual podría ser relevante considerar indicadores como la frecuencia y consistencia del uso del condón, la realización de prácticas sexuales que no implican penetración.

Respecto a la parte metodológica, en estudios futuros se recomienda seguir utilizando el muestreo dirigido por entrevistados, ya que ha demostrado ser efectivo para alcanzar poblaciones ocultas como los HSH. También sería útil para la recolección de datos el uso de encuestas electrónicas mediante dispositivos móviles como tabletas, o el uso de plataformas a través de internet como SurveyMonkey, ya que podrían permitir simplificar el trabajo y ahorrar tiempo en la captura de la información, así también lograr mayor alcance de participantes, favorecer la confidencialidad, con ello reduciendo el sesgo por la sensibilidad del tema y por el estigma asociado a la conducta sexual. De igual forma, incluir informantes clave que estén contextualizados con la población diana, lo cual fomenta mayor compromiso en el estudio, facilitará el reclutamiento de participantes y la recolección de los datos.

Respecto a los población de HSH, se sugiere realizar estudios en poblaciones específicas como HSH trabajadores sexuales, y HSH migrantes, considerando que en ellos el riesgo hacia la transmisión del VIH puede ser mayor, así también en hombres bisexuales, dado a que su participación en los estudios es menor y las prácticas sexuales y factores que inciden en la conducta sexual pueden ser diferentes a los HSH que se identifican como homosexuales y/o gay. De igual manera, se recomiendan estudios enfocados a otras ITS, debido al aumento en HSH, entre las que se encuentran la gonorrea, VPH, clamidia y otras ITS que pueden ser transmitidas por el contacto buco-anal como la shigellosis y hepatitis A. Por otra parte, debido a que se encontró inicio temprano de las relaciones sexuales en los participantes, se sugiere abordar a los HSH durante la adolescencia.

En relación con el uso del Modelo de Sistemas de Neuman, a pesar de que se pueden dar respuesta a los objetivos planteados, no se recomienda como marco teórico para fenómenos asociados a la conducta sexual, en este sentido sería relevante utilizar modelos conceptuales o teorías menos abstractas, lo cual podría permitir mayor

comprensión teórica y estadística del fenómeno de interés. Continuar con el uso de métodos de construcción y derivación teórica para proponer modelos de enfermería.

Para estudios futuros, se recomienda buscar fuentes de financiamiento y realizar la prueba rápida de detección del VIH, con el objetivo de ser más preciso en relación a los criterios de inclusión y eliminación. Se sugiere seguir realizando estudios sobre sexo seguro en población de HSH dada la escasez de investigaciones científicas en mexicanos. Realizar estudios desde el paradigma cuantitativo, cualitativo y mixto, lo cual podrían permitir una mayor comprensión hacia un fenómeno complejo y multifactorial como es la conducta sexual. Finalmente, de acuerdo con los resultados, las variables significativas y que mostraron mayor influencia en la conducta sexual segura podrían ser consideradas en el diseño de intervenciones de prevención de la transmisión del VIH en esta población clave de mayor riesgo.

Limitaciones

En relación al marco teórico, el Modelo de Sistemas de Neuman fue de utilidad, sin embargo, no define concretamente los conceptos y los alcances de estos, lo que dificultó la substracción teórica de los conceptos del MSEXES. De acuerdo con aspectos de la metodología, los datos fueron recabados principalmente en Monterrey, por lo tanto, la generalización de los resultados debe realizarse en población de HSH con características similares. El estudio fue de tipo transversal, lo cual limita una evaluación de manera precisa y sin establecer relación causa-efecto.

Respecto a los instrumentos utilizados, la escasa literatura dificultó localizar un instrumento específico para medir la conducta sexual segura en HSH, y se utilizó uno diseñado para población heterosexual, el cual estaba culturalizado distintamente, así también cabe mencionar que este instrumento solo mide la frecuencia del uso del condón y evitación de prácticas sexuales de riesgo, omitiendo otras formas de sexo seguro, como aquellas que no incluyen la penetración anal u oral. El tiempo de llenado de los

instrumentos fue prolongado, y ocasionalmente hubo pérdida de atención de los participantes.

En la recolección de los datos, el estudio abordó temas sensibles sobre la conducta sexual, y por lo tanto, pudo haber sesgo de deseabilidad en los participantes. La recolección de datos solo se realizó mediante instrumentos en lápiz y papel, de tal forma que el alcance de HSH de diversos estratos socioeconómicos pudo ser limitado. De acuerdo con los resultados, estos se calcularon utilizando pruebas estadísticas de Análisis de Regresión Lineal Univariado y Multivariado, lo que no permite conocer la causalidad.

El análisis estadístico se limitó a la relación propuesta por los objetivos y con base a las variables principales, sin embargo, un análisis de las covariables pudo brindar información más específica sobre su influencia en la conducta sexual segura. El análisis de la imagen corporal se realizó de manera general (percepción de peso y satisfacción), el análisis de todas las categorías comprendidas podría haber contribuido en los resultados esperados sobre su influencia en la conducta sexual. Finalmente, otra limitación fue no disponer con estudios previos que fundamentaran algunos hallazgos, en estas situaciones la discusión se limitó a utilizar el modelo empleado como marco teórico.

Referencias

- Aggleton, P. (2004). Sexuality, HIV vulnerability and risk. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 16*, 1-11.
- Albarracin, J., & Plambeck, C. R. (2010). Demographic factors and sexist beliefs as predictors of condom use among Latinos in the USA. *AIDS care, 22*(8), 1021-1028.
- Allensworth, D. D., Welles, S. L., Hellerstedt, W. L., & Ross, M. W. (2008). Body image, body satisfaction, and unsafe anal intercourse among men who have sex with men. *Journal of Sex Research, 45*(1), 49-56.
- Aliabadi, N., Carballo, D. A., Bakken, S., Rojas, M., Brown, W., Carry, M.,... & Schnall, R. (2015). Using the information-motivation-behavioral skills model to guide the development of an HIV prevention smartphone application for high-risk MSM. *AIDS Education and Prevention, 27*(6), 522-537.
- Álvarez, C. (2012). *Sexual Communication Among Young Adult Heterosexual Latinos* (Tesis doctoral, The University of Michigan). Recuperada de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/93982/alvarezc_1.pdf;sequence=1
- Amirkhanian, Y., Kelly, J., Takacs, J., Kuznetsova, A., DiFranceisco, W., Mocsonaki, L.,... & Toth, T. (2009). HIV/STD prevalence, risk behavior, and substance use patterns and predictors in Russian and Hungarian sociocentric social networks of men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education, 21*(3), 266-279.
- Antezana, S. G. (2007). Homosexualidad, familia y apoyo social. *Gaceta Médica Boliviana, 30*(1), 30-35.

- Aristizábal, H., Blanco, B., Sánchez, R., Meléndez, O., & Ostiguín, M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23.
- Asusta, L. L., Regueiro, R., Reymond, V., Ochoa, R., & Valdés, N. J. (2014). Estudio del comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con otros hombres en Ciudad de la Habana. *Revista Sexología y Sociedad*, 10(25), 11-17.
- Ayala, G., Bingham, T., Kim, J., Wheeler, D. P., & Millett, G. A. (2012). Modeling the impact of social discrimination and financial hardship on the sexual risk of HIV among Latino and Black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 102(S2), S242-S249.
- Baggaley, R., White, R., & Boily, M. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International journal of epidemiology*, 39(4), 1048-1063.
- Bahamón, M., Vianchá, P., & Tobos, V. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Bam, K., Thapa, R., Newman, M. S., Bhatt, L. P., & Bhatta, S. K. (2013). Sexual behavior and condom use among seasonal Dalit migrant laborers to India from Far West, Nepal: a qualitative study. *PLoS One*, 8(9), 1-10.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bardales, K., Díaz, P., Jiménez, M., Terreros, M., & Valencia, L. (2006) *Psicología social: pasado, presente y futuro*. Universidad del Valle: Instituto de Psicología.

- Barrientos, D. J., Cárdenas, C. M., & Gómez, O. F. (2014). Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas. *Cadernos de Saude Publica*, 30(6), 1259-1269.
- Barrientos, D. J., Cárdenas, C. M., Meneses A., Vidal F., & Berendsen P. (2012). Índice Compuesto de Estigma y Discriminación hacia hombres homosexuales, otros HSH y mujeres transgénero en Chile (ICED). ONU. Recuperado de <http://www.onu.cl/onu/wp-content/uploads/2013/01/ESTUDIO-ESTIGMA-Y-DISCRIMINACION-HSH-Y-MUJERES-TRANS.-CHILE-dic-2012.pdf>
- Barrientos, D. J., Silva J, Catalán S, Gómez F, Longueira J. (2010). Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (lgbt) pride, in Chile. *Journal of Homosexuality*, 57, 760-75.
- Bauermeister, J. A. (2015). Sexual partner typologies among single young men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 19(6), 1116-1128.
- Bauermeister, J. A., Hickok, A. M., Meadowbrooke, C., Veinot, T., & Loveluck, J. (2014). Self-efficacy among young men who have sex with men: an exploratory analysis of HIV/AIDS risk behaviors across partner types. *AIDS and Behavior*, 18(1), 69-77.
- Bautista, A., Colchero, M., Romero, M., Conde, G., & Sosa, R. (2013). Resultados principales de la encuesta de sero-prevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres. *Resumen Ejecutivo* 3(3), 1-27.
- Bem, D.J. (1967) Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena, *Psychological review*, 74, 183-200.
- Beougher, S. C., Gómez, W., & Hoff, C. C. (2011). The couple as context: Latino gay male couples and HIV. *Culture, health & sexuality*, 13(03), 299-312.
- Bianchi, F. T., Reisen, C. A., Zea, M. C., Vidal-Ortiz, S., Gonzales, F. A., Betancourt, F.,... & Poppen, P. J. (2014). Sex work among men who have sex with men and transgender women in Bogota. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1637-1650.

- Bingham, T. A., Harawa, N. T., & Williams, J. K. (2013). Gender role conflict among African American men who have sex with men and women: associations with mental health and sexual risk and disclosure behaviors. *American journal of public health, 103*(1), 127-133.
- Boushab, B. M., Fatim, Z. M., Limame, O. C., & Kishi, B. L. (2017). Forms of Stigma and Discrimination in the Daily Lives of HIV-Positive Individuals in Mauritania. *The open AIDS journal, 11*, 12-17.
- Braun, C., & Rojas, M. (2009). Exposure to sexually explicit web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health, 45*(2), 156-162.
- Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology; 47*, 1191-1205.
- Brennan, D. J., Craig, S. L., & Thompson, D. E. (2012). Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. *Culture, health & sexuality, 14*(1), 1-15.
- Brito, R. E., Nagliate, P., Bis, F. C., Rocha, J., K., Trevizan, M. A., & Mendes, C. I. (2012). Gestión del conocimiento en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem, 20*(2), 392-400.
- Buller, A. M., Devries, K. M., Howard, L. M., & Bacchus, L. J. (2014). Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 11*(3), 1-12.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cáceres, C., Fernández, P., & Silva-Santisteban, A. (2009). Men who have sex with men and the HIV epidemic in Latin America and the Caribbean. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/267774176>

- Callander, D., & Senn, C. (2013). Examining the Role of Relationships, Body Image, Closeness to HIV/AIDS, and HIV Optimism in the Sexual Risks of Young Men Who Have Sex With Men. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 12*(2), 205-223.
- Cardozo, G., & Alderete, A. M. (2009). Adolescents in psychosocial risk and resilience. *Psicología desde el Caribe, 23*, 148-182.
- Cataño, T. D., Restrepo, S. A., Portilla, N. D., & Ramírez, H. D. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investigaciones Andina, 10*(16), 57-66.
- Castellano, B. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral, 9*, 41-46.
- Castillo, A., & Benavides, T. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichán, 12*(2), 169-182.
- Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC] (2016). Relaciones sexuales anales y el riesgo de VIH. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>
- Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC] (2017a). La salud de los hombres gay y bisexuales. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hiv/group/msm/index.html>
- Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC] (2017b). Las ETS y el VIH; hoja informativa de los CDC. Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/spanish/vih/stdfact-hiv-and-stds-s.htm>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA] (2014). La epidemia del VIH y el sida en México. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA] (2018a). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México, registro nacional de

casos de sida, actualización al 1er. trimestre del 2018. Recuperado de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA],
 productor). (2018b). El estigma y la discriminación de la que son víctimas las
 personas (Video). Recuperado de
<https://www.facebook.com/censida/videos/1647159762019998/>

Chaney, M. P., & Burns, W. C. M. (2015). Examining coming out, loneliness, and self-
 esteem as predictors of sexual compulsivity in gay and bisexual men. *Sexual
 Addiction & Compulsivity*, 22(1), 71-88.

Charnigo, R., Noar, S. M., Garnett, C., Crosby, R., Palmgreen, P., & Zimmerman, R. S.
 (2013). Sensation Seeking and Impulsivity: Combined Associations with Risky
 Sexual Behavior in a Large Sample of Young Adults. *Journal of Sex Research*,
 50(5), 480-488.

Cheung, L., Randolph C., Chan, & Winnie, W. (2014). Social well-being of men who
 have sex with men living with HIV in Hong Kong. Presented at AIDS 2014 –
 Melbourne, Australia, July 20-25, 2014. Recuperado de
<http://pag.aids2014.org/EPosterHandler.axd?aid=4656>

Chinn, P. & Kramer, M. (1995). *Theory and nursing, a systematic approach*. (4a.ed.)
 Missouri, EE.UU.: Mosby-Year Book, Inc.

Conde, G., & Santoro, D. (2015). Vulnerabilidad al VIH e ITS en población joven
 masculina de la Comunidad de Madrid. Recuperado de
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354430824430&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid

- Corona, L. J., & Ortega, A. J. (2013). Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. *MEDISAN*, *17*(13), 78-85.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, *50*(10), 1385-1401.
- Crawford, I., Hammack, P. L., McKirnan, D. J., Ostrow, D., Zamboni, B. D., Robinson, B., & Hope, B. (2003). Sexual sensation seeking, reduced concern about HIV and sexual risk behaviour among gay men in primary relationships. *AIDS care*, *15*(4), 513-524.
- Crawford, J., Kippax, S. & Waldby, C. (1994). Women's sex talk and men's sex talk: Different worlds. *Feminism and Psychology*, *4*, 571-587.
- D'Anna, L. H., Warner, L., Margolis, A. D., Korosteleva, O. A., O'Donnell, L., Rietmeijer, C. A.,... & Safe in the City Study Group. (2015). Consistency of Condom Use During Receptive Anal Intercourse Among Women and Men Who Have Sex With Men: Findings From the Safe in the City Behavioral Study. *Sexually transmitted diseases*, *42*(7), 393-399.
- De la Serna I. (2004). Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monog Psiquiatría*, *16*(2), 1-2.
- Deuba, K., Ekström, A. M., Shrestha, R., Ionita, G., Bhatta, L., & Karki, D. K. (2013). Psychosocial health problems associated with increased HIV risk behavior among men who have sex with men in Nepal: a cross-sectional survey. *PloS one*, *8*(3), 1-11.
- DiClemente J.R. & Wingood, G.M. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young African-American women. *Journal of the American Medical Association*, *274*, 1271-1276.

- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing research*, 41(4), 203-208.
- Dolcini, M. & Catania, A. (2000). Psychosocial profiles of women with risky sexual partners: The National AIDS Behavioral Surveys (NABS). *AIDS and Behavior*, 4, 297- 308
- Downing, M. J. (2011). Internet advertisements for public sexual encounters among men who have sex with men: are safe behaviors communicated?. *American journal of men's health*, 5(5), 386-394.
- Downing, M., Schrimshaw, E., Antebi, N., & Siegel, K. (2014). Sexually explicit media on the Internet: A content analysis of sexual behaviors, risk, and media characteristics in gay male adult videos. *Archives of sexual behavior*, 43(4), 811-821.
- Dowshen, N., Binns, H. J., & Garofalo, R. (2009). Experiences of HIV-related stigma among young men who have sex with men. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 371-376.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 453-460.
- Dunkle, K. L., & Jewkes, R. (2007). Effective HIV prevention requires gender-transformative work with men. *Sexually transmitted infections*, 83(3), 173-174.
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. & Crece, M. K. (2000). *Paquete Estadístico n´Query Advisor* ® (Versión 4.0). Copyright [Software Estadístico para PC]. Los Angeles C. Statical Solutions.
- Emetu, R. E., Marshall, A., Sanders, S. A., Yarber, W. L., Milhausen, R. R., Crosby, R. A., & Graham, C. A. (2014). A novel, self-guided, home-based intervention to

improve condom use among young men who have sex with men. *Journal of American College Health*, 62(2), 118-124.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). Resultados Nacionales.

Recuperado de:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Espada, J., Morales, A., Guillén, R., Ballester, R., & Orgilés, M. (2015). Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC public health*, 16(1), 35-45.

Estrada, F., Magis, C., & Bravo, E. (2007). *Estigma y discriminación en hombre que tiene sexo con hombres*. En sida: aspectos de Salud Pública, 98-103.

Estrada, J. H., & 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. *Revista facultad nacional de salud pública*, 28(3), 266-281.

Estrada, M. J., Escalante, S. C., & Rojo, T. M. (2015). Prevalencia de la infección VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Recuperado de <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/441/244>

Fauk, N. K., Merry, M. S., Sigilipoe, M. A., Putra, S., & Mwanri, L. (2017). Culture, social networks and HIV vulnerability among men who have sex with men in Indonesia. *PloS one*, 12(6), 1-14.

Fernández, D. P. (2009). Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo. *Qualitative Social Research*, 10(2), 1-21.

Fernández, D. P. (2014). *Comportamiento sexual en hombres latinoamericanos que tienen sexo con hombres en España: una triangulación de métodos para entender su vulnerabilidad y el riesgo de infección por el VIH* (Tesis doctoral,

Universidad Ramon Llull). Recuperada de

<https://www.tesisenred.net/handle/10803/284447>

- Fernández, D. P. & Zaragoza, L. K. (2009). Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 380-387.
- Fernández, D. P. & Zaragoza, L. K. (2011). Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 372-378.
- Fernández, D. P., Lupiáñez, V. F., & Lorca, K. Z. (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. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 123-130.
- Fernández, D. P., & Morales, C., A. (2013). Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Revista Española de Salud Pública*, 87(4), 367-382.
- Fernandes, F. R., Zanini, P. B., Rezende, G. R., Castro, L. S., Bandeira, L. M., Puga, M. A.,... & Motta-Castro, A. R. C. (2015). Syphilis infection, sexual practices and bisexual behavior among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections*. 1(1),142-149.
- Ferrer, L., Cianelli, R., Villegas, N., Reed, R., Bernales, M., Repetto, P.,... & Peragallo-Montano, N. (2016). Exploring the Masculine Identity in the Context of HIV Prevention in Chile. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 128-138.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-278.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fisher J, Fisher W, Bryan A, Misovich S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology*. 21, 177–186.

- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M., & Casabona, J. (2014). Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32(6), 341-349.
- Fondo de Población de la Naciones Unidas México (UNFPA), OMS, & ONUSIDA. (2015). Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- Frankis J., & Flowers P. (2005). Men who have sex with men (MSM) in public sex environments (PSEs): a systematic review of quantitative literature. *AIDS Care*, 17(3), 273-88.
- Frankis J., & Flowers P. (2006). Cruising for sex: sexual risk behaviours and HIV testing of men who cruise, inside and outwith public sex environments (PSE). *AIDS Care*, 18(1), 54-9.
- Gao, M., Xiao, C., Cao, Y., Yu, B., Li, S., & Yan, H. (2016). Associations between sexual sensation seeking and AIDS-related knowledge, attitudes and behaviors among young men who have sex with men in China. *Psychology, health & medicine*, 22(5), 596-603.
- García, V. E., Menendez, E., Fernandez, P., & Cuesta, M., (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Gervasi, G. (2012). Comportamientos sexuales de un grupo de hombres de alto riesgo que tienen sexo con hombres. *Revista Psicológica Herediana*, 7, 1-2.
- Goedel, W. C., Krebs, P., Greene, R. E., & Duncan, D. T. (2016). Associations between perceived weight status, body dissatisfaction, and self-objectification on sexual sensation seeking and sexual risk behaviors among men who have sex with men

- using grindr. *Behavioral Medicine*, 43(2), 142-150.
- Gomes, R., Ceccato, M., Kerr, L., & Guimarães, M. (2017). Factors associated with low knowledge on HIV/AIDS among men who have sex with men in Brazil. *Cadernos de saude publica*, 33(10), 1-15.
- Gonsalves, V. (2010). *Exploring online sexually explicit material: What is the relationship to sexual coercion?* (Tesis doctoral, University of Nebraska at Lincoln). Recuperada de <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=psychdiss>
- Granados, C. J., Torres, C. C., & Delgado, S. G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud pública de México*, 51(6), 474-488.
- Grosskopf, N. A., LeVasseur, M. T., & Glaser, D. B. (2014). Use of the internet and mobile-based “apps” for sex-seeking among men who have sex with men in New York City. *American journal of men's health*, 8(6), 510-520.
- Grov, C., Rendina, H. J., Breslow, A. S., Ventuneac, A., Adelson, S., & Parsons, J. T. (2014). Characteristics of men who have sex with men (MSM) who attend sex parties: results from a national online sample in the USA. *Sex Transm Infect*, 90(1), 26-32.
- Grulich, A. E., & Zablotska, I. (2010). Commentary: probability of HIV transmission through anal intercourse. *International journal of epidemiology*, 39(4), 1064-1065.
- Guerra, O. (2017). *Modelo de conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

- Guo, Y., Li, X., Song, Y., & Liu, Y. (2012). Bisexual behavior among Chinese young migrant men who have sex with men: implications for HIV prevention and intervention. *AIDS care*, 24(4), 451-458.
- Gutiérrez, J. P. (2012). Profile of gay men in Mexico City: results of a survey of meeting sites. *Tropical Medicine International Health*, 17(3), 353-60.
- Hakim, A. J., Aho, J., Semde, G., Diarrassouba, M., Ehoussou, K., Vuylsteke, B.,... & SHARM Study Group. (2015). The epidemiology of HIV and prevention needs of men who have sex with men in Abidjan, Cote d'Ivoire. *PloS one*, 10(4), 1-13.
- Hald, G. M., Smolenski, D., & Rosser, B. R. (2013). Perceived effects of sexually explicit media among men who have sex with men and psychometric properties of the Pornography Consumption Effects Scale (PCES). *The journal of sexual medicine*, 10(3), 757-767.
- Halkitis, P. N., Green, K. A., & Wilton, L. (2004). Masculinity, body image, and sexual behavior in HIV-seropositive gay men: A two-phase formative behavioral investigation using the Internet. *International Journal of Men's Health*, 3(1), 27-42.
- Halkitis, P., Moeller, R., & Pollock, J. (2008). Sexual practices of gay, bisexual, and other nonidentified MSM attending New York City gyms: patterns of serosorting, strategic positioning, and context selection. *J Sex Res*, 45(3), 253-61.
- Hanna, K. M. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 14, 59-66.
- Heidinger, B., Gorgens, K., & Morgenstern, J. (2015). The effects of sexual sensation seeking and alcohol use on risky sexual behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 19(3), 431-439.
- Heijman, T., Zuure, F., Stolte, I., & Davidovich, U. (2017). Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC infectious diseases*, 17(1), 194.

- Helweg, L. 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), 224-238.
- Hernandez, A., Zule, W., Karg, R., Browne, F., & Wechsberg, W. (2012). Factors That Influence HIV Risk among Hispanic Female Immigrants and Their Implications for HIV Prevention Interventions. *International Journal of Family Medicine, 876381*, 1-11.
- Hernández, G. (2010). *Los procesos holísticos de resiliencia en el desarrollo de identidades autorreferenciadas en lesbianas, gays y bisexuales* (Tesis doctoral, Universidad de Las palmas de Gran Canaria). Recuperada de <https://acceda.ulpgc.es:8443/handle/10553/4498>
- Hernández, S., Collado, H., & Baptista, L. (2014). Metodología de la Investigación (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill.
- Hoff, C. C., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Neilands, T. B., & Darbes, L. A. (2012). Relationship characteristics associated with sexual risk behavior among MSM in committed relationships. *AIDS patient care and STDs, 26*(12), 738-745.
- Huang, Z. J., Wang, W., Martin, M. C., Nehl, E. J., Smith, B. D., & Wong, F. Y. (2011). “Bridge population”: sex workers or their clients?—STI prevalence and risk behaviors of clients of female sex workers in China. *AIDS care, 23*(1), 45-53.
- Inoue, Y., Yamazaki, Y., Kihara, M., Wakabayashi, C., Seki, Y., & Ichikawa, S. (2006). The intent and practice of condom use among HIV-positive men who have sex with men in Japan. *AIDS Patient Care & STDs, 20*(11), 792-802.
- Jin, M., Yang, Z., Dong, Z., & Han, J. (2013). Correlates of consistent condom use among men who have sex with men recruited through the Internet in Huzhou city: a cross-sectional survey. *BMC public health, 13*(1), 1-7.
- Johnston, L. G., & Sabin, K. (2010). Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological Innovations Online, 5*(2) 38-48.

- Jonas, K. J., Hawk, S. T., Vastenburg, D., & de Groot, P. (2014). "Bareback" pornography consumption and safe-sex intentions of men having sex with men. *Archives of sexual behavior*, 43(4), 745-753.
- Jung, M. (2013). Sexual behavior and condom use among gay men, female sex workers, and their customers: evidence from South Korea. *PloS one*, 8(6), 1-8.
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual Sensation Seeking: Scale development and predicting AIDS-Risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 385-397.
- Kaneko, N. (2007). Association between condom use and perceived barriers to and self-efficacy of safe sex among young women in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 9(4), 284-289.
- Khumsaen, N., & Stephenson, R. (2017). Beliefs and perception about HIV/AIDS, self-efficacy, and HIV sexual risk behaviors among young Thai men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 29(2), 175-190.
- Kimmel, S. B., & Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: the roles of minority stress and conformity to masculine norms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(6), 1185-1190.
- Klein, H. (2013). Mental health functioning among men who use the Internet specifically to find partners for unprotected sex. *Mental Illness*, 5(e6), 18-25.
- Klein, H. (2009). Sexual orientation, drug use preference during sex, and HIV risk practices and preferences among men who specifically seek unprotected sex partners via the internet. *International journal of environmental research and public health*, 6(5), 1620-1632.
- Koh, K. C., & Yong, L. S. (2014). HIV risk perception, sexual behavior, and HIV prevalence among men-who-have-sex-with-men at a community-based voluntary

- counseling and testing center in Kuala Lumpur, Malaysia. *Interdisciplinary perspectives on infectious diseases*, 1(6), 1-6.
- Kraft, C., Nordstrom, D. L., Bockting, W. O., & Rosser, B. S. (2006). Obesity, body image, and unsafe sex in men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 587-595.
- Kubicek, K., Beyer, W. J., Weiss, G., Iverson, E., & Kipke, M. D. (2010). In the dark: Young men's stories of sexual initiation in the absence of relevant sexual health information. *Health Education & Behavior*, 37(2), 243-263.
- Kubicek, K., Carpineto, J., McDavitt, B., Weiss, G., & Kipke, M. D. (2011). Use and perceptions of the internet for sexual information and partners: a study of young men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 40(4), 803-816.
- Lacefield, K., Negy, C., Schrader, R. M., & Kuhlman, C. (2015). Comparing psychosocial correlates of condomless anal sex in HIV-diagnosed and HIV-nondiagnosed men who have sex with men: A series of meta-analyses of studies from 1993–2013. *LGBT health*, 2(3), 200-220.
- Landovitz, R. J., Tseng, C. H., Weissman, M., Haymer, M., Mendenhall, B., Rogers, K.,... & Shoptaw, S. (2013). Epidemiology, sexual risk behavior, and HIV prevention practices of men who have sex with men using GRINDR in Los Angeles, California. *Journal of Urban Health*, 90(4), 729-739.
- Larrañaga, E., Yubero, S., & Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa psicológica UST (En línea)*, 9(2), 5-13.
- Larsson, M., Shio, J. M., Ross, M. W., & Agardh, A. (2017). Acting within an increasingly confined space: A qualitative study of sexual behaviours and healthcare needs among men who have sex with men in a provincial Tanzanian city. *PloS one*, 12(8), 1-18.

- Lau, J. T., Cai, W., Tsui, H. Y., Chen, L., Cheng, J., Lin, C.,... & Hao, C. (2012). Unprotected anal intercourse behavior and intention among male sex workers in Shenzhen serving cross-boundary male clients coming from Hong Kong, China—prevalence and associated factors. *AIDS care*, *24*(1), 59-70.
- Lavelle, E. (2006). La autoeficacia de profesores en la composición escrita. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, *4*(8), 73-84.
- Leiva, L., Pineda, M., & Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*, *22*(2), 1-11.
- Léobon, A., Velter, A., Engler, K., Drouin, M. C., & Otis, J. (2011). A relative profile of HIV-negative users of French websites for men seeking men and predictors of their regular risk taking: a comparison with HIV-positive users. *AIDS care*, *23*(1), 25-34.
- Leung, K. K., Wong, H. T., Naftalin, C. M., & Lee, S. S. (2014). A new perspective on sexual mixing among men who have sex with men by body image. *PloS one*, *9*(11), 1-5.
- Liao M, Wang M, Shen X, Huang P, Yang X, Hao L,... Jia, Y. (2015). Bisexual Behaviors, HIV Knowledge, and Stigmatizing/Discriminatory Attitudes among Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE*, *10*(6), 1-12.
- Li D, Li C, Wang Z, Lau JTF (2015). Prevalence and Associated Factors of Unprotected Anal Intercourse with Regular Male Sex Partners among HIV Negative Men Who Have Sex with Men in China: A Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE*, *10*(3), 1-17.
- Liu, H., Kennedy, M., Liu, H., Hong, F., Ha, T., & Ning, Z. (2013). Mediation effect of perceived behavioural control on intended condom use: applicability of the theory of planned behaviour to money boys in China. *Sexual health*, *10*(6), 487-494.

- Liu, J., Moses, E., Zhang, Y., & Liang, S. (2013). Factors associated with HIV infection among men who have sex with men in Henan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 13*(1), 356-263.
- Logie, C. H., Lacombe, D. A., Poteat, T., & Wagner, A. C. (2017). Syndemic Factors Mediate the Relationship between Sexual Stigma and Depression among Sexual Minority Women and Gender Minorities. *Women's Health Issues, 27*(5), 592-599.
- López, R. (2004). Del conocimiento tácito al dato explícito. *Red Científica. Ciencia, Tecnología y Pensamiento Madrid España, 1579-0223*.
- Lo, V., & Wei, R. (2005). Exposure to Internet pornography and Taiwanese adolescents' sexual attitudes and behaviour. *Journal of Broadcasting and Electronic Media, 49*(2), 221-237.
- Lozano, I. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. *Enseñanza e investigación en Psicología, 14*(1), 153-168.
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity, 4*(1), 3-25.
- Maksut, J. L., Eaton, L. A., Siembida, E. J., Driffin, D. D., & Baldwin, R. (2016). An evaluation of factors associated with sexual risk taking among Black men who have sex with men: a comparison of younger and older populations. *Journal of behavioral medicine, 39*(4), 665-674.
- Malekinejad, M., Johnston, L. G., Kendall, C., Kerr, L. R. F. S., Rifkin, M. R., & Rutherford, G. W. (2008). Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: A systematic review. *AIDS Behav, 12*, 105-130.

- Malonzo, E. M., & Chavers Jr, C. F. (2013). Sexual-Esteem, Sexual Self Efficacy and Sexual Risk Cognitions of Men Who Have Sex with Men (MSM) In Davao City. *Southeast Asian Interdisciplinary Research Journal*, 1(1), 59-76.
- Mansergh, G., McKirnan, D. J., Flores, S. A., Hudson, S. M., Koblin, B. A., Purcell, D. W., & Colfax, G. N. (2010). HIV-related attitudes and intentions for high-risk, substance-using men who have sex with men: Associations and clinical implications for HIV-positive and HIV-negative MSM. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 281-293.
- Mansilla, W. (2014). La estigmatización machista entre pares homosexuales en Sucre Bolivia. In *Participación ciudadana y desarrollo local*. Ed. ECORFAN-Mexico.
- Mantecón, A., Juan, M., Calafat, A., Becoña, E., & Román, E. (2008). Respondent-Driven Sampling: un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. *Adicciones*, 20(2), 161-170.
- Margolis, H., & McCabe, P. P. (2006). Improving self-efficacy and motivation: what to do, what to say. *Intervention in School and Clinic*, 41(4), 218-227.
- Martins, Y., Tiggemann, M., & Kirkbride, A. (2007). Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(5), 634-647.
- Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la Naturaleza Humana*. México editorial Trillas.
- Matarelli, S. (2013). Sexual Sensation Seeking and Internet Sex-Seeking of Middle Eastern Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 42(7), 1285-1297.
- McCreary, D. R., Hildebrandt, T. B., Heinberg, L. J., Boroughs, M., & Thompson, J. K. (2007). A review of body image influences on men's fitness goals and supplement use. *American Journal of Men's Health*, 1(4), 307-316.

- McDonough, N. (2012). *Factors influencing sexual behavior among HIV positive men who have sex with men*. (Tesis doctoral, Georgia State University). Recuperada de https://scholarworks.gsu.edu/nursing_diss/30/
- Meanley, S., Hickok, A., Johns, M. M., Pingel, E. S., & Bauermeister, J. A. (2014). Body mass index, body esteem, and unprotected receptive anal intercourse among young men who have sex with men who seek partners online. *Archives of sexual behavior, 43*(4), 735-744.
- Meleis, A. F. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendoza, P., & Ortiz, H. (2009). Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. *Revista de Salud Pública, 11*(5), 700-712.
- Mengual, V. J. M., Llario, M. D. G., Arnal, R. B., & Rodríguez, I. M. D. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH/SIDA en HSH. *Revista de psicología, 1*(3), 409-414.
- Mills, T. C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., Chang, Y. J., & Catania, J. A. (2004). Distress and depression in men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *American Journal of Psychiatry, 161*(2), 278-285.
- Mizuno, Y., Borkowf, C., Millett, G. A., Bingham, T., Ayala, G., & Stueve, A. (2012). Homophobia and racism experienced by Latino men who have sex with men in the United States: correlates of exposure and associations with HIV risk behaviors. *AIDS and Behavior, 16*(3), 724-735.
- Montalvo, J. & García, C. H. (2007). Masculinity, Machismo and their relation with some familiar variables. En Columbus, A. (Ed.), *Advances in psychology research*. Nueva York: Nova Science Publishers, Inc.

- Moral, D., Valdez, M., & Onofre, R. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de influencias situacionales para conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista mexicana de investigación psicológica*, 8(1), 1-18.
- Morales, F., Cerezo, M., Fernández, F., Infante, L., & Trianes, M. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 141-150.
- Mor, Z., Parfionov, K., Davidovitch, N., & Grotto, I. (2014). Gym exercising patterns, lifestyle and high-risk sexual behaviour in men who have sex with men and in heterosexual men. *BMJ open*, 4(11), 1-8.
- Mor, Z., Turner, D., Livnat, Y., & Levy, I. (2017). HIV infected men who have sex with men in Israel: knowledge, attitudes and sexual behavior. *BMC infectious diseases*, 17(1), 679-686.
- Moskowitz, D. A., & Seal, D. W. (2011). Self-esteem in HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual men: implications for risk-taking behaviors with casual sex partners. *AIDS and behavior*, 15(3), 621-625.
- Muñoz, L., M., Garcia, J., Wilson, P. A., Parker, R. G., & Severson, N. (2015). Heteronormativity and sexual partnering among bisexual Latino men. *Archives of sexual behavior*, 44(4), 895-902.
- Mustanski, B., Newcomb, M., Du Bois, S., Garcia, S., & Grov, C. (2011). HIV in young men who have sex with men: a review of epidemiology, risk, and protector factors, and interventions. *Journal Sex Research*, 48(2-3), 218-253.
- Nelson, K. M., Simoni, J. M., Morrison, D. M., George, W. H., Leickly, E., Lengua, L. J., & Hawes, S. E. (2014). Sexually explicit online media and sexual risk among men who have sex with men in the United States. *Archives of sexual behavior*, 43(4), 833-843.

- Nelson, L. E., Wilton, L., Agyarko-Poku, T., Zhang, N., Zou, Y., Aluoch, M., ... & Adu-Sarkodie, Y. (2015). Predictors of condom use among peer social networks of men who have sex with men in Ghana, West Africa. *PloS one*, *10*(1), 1-22.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 1-33). Upper Saddle River, (NJ): Pearson.
- Noboa, O., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *38*(1), 21-43.
- Nyembezi, A., Ruiters, R. A., Van den Borne, B., Sifunda, S., Funani, I., & Reddy, P. (2014). Correlates of consistent condom use among recently initiated and traditionally circumcised men in the rural areas of the Eastern Cape Province, South Africa. *BMC public health*, *14*(1), 668-690.
- Nydegger, L. A., Ames, S. L., & Stacy, A. W. (2015). The development of a new condom use expectancy scale for at-risk adults. *Social Science & Medicine*, *14*(1), 668-689.
- Ogunbajo, A., Kershaw, T., Kushwaha, S., Boakye, F., Wallace, A., & Nelson, L. E. (2018). Barriers, Motivators, and Facilitators to Engagement in HIV Care Among HIV-Infected Ghanaian Men Who have Sex with Men (MSM). *AIDS and Behavior*, *22*(3), 829-839.
- O'Leary, A., Jemmott, L. S., & Jemmott J. B. (2008). Mediation analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: The importance of self-efficacy. *Health Psychology*, *27*(2), 180-184.
- Orcasita, P., Valderrama, O., & Uribe, R. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, *1*(31), 155-195.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2000). *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf
- Ortego, M. (2011). *Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metanálisis* (Tesis doctoral, Universidad de Cantabria). Recuperada de <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/1281>
- Palacios, D. J. (2014). Evaluación de los rasgos de personalidad del mexicano. Segundo Coloquio de Psicología efectuado en la Universidad Humanitas, México.
- Pakianathan, M., Whittaker, W., Lee, M. J., Avery, J., Green, S., Nathan, B., & Hegazi, A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV medicine*, *19*(5), 1-6.
- Patil, S., Naik, V. A., Narasannavar, A. B., Banjade, B., & Shrestha, A. (2015). Knowledge, attitude, and practice about HIV/AIDS among men who have sex with men in Belgaum: A cross-sectional study. *International Journal of Medicine and Public Health*, *5*(1), 24-29.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.) Boston, MA: Pearson.
- Peplau, L., Frederick, D., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., & Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 713-725.
- Pereira, H. (2014). Condom use and HIV-related behaviors in Portuguese men who have sex with men: a study of sexual behavior and sexual pleasure. *Journal of AIDS and Clinical Research*, *5*(2), 1-5.
- Pérez, J., & Orengo, A. (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista puertorriquena de psicología*, *23*(2), 48-61.
- Peter, J., & Valkenburg, M. (2006). Adolescents' exposure to sexually explicit material on the Internet. *Communication Research*, *33*, 178-204.

- Pitpitan, E. V., Goodman, M. D., Burgos, J. L., Abramovitz, D., Chavarin, C. V., Torres, K., &... Patterson, T. L. (2015). Prevalence and correlates of HIV among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. *Journal Of The International AIDS Society, 18*(1), 1-7.
- Pires, F. R., Zanini, P. B., Rezende, G. R., Castro, L. S., Bandeira, L. M., & Puga, M. A. (2015). Syphilis infection, sexual practices and bisexual behavior among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections, 91*, 142-149.
- Prati, G., Zani, B., Pietrantoni, L., Scudiero, D., Perone, P., Cosmaro, L.,... Oldrini, M. (2016). Psychometric properties of a new HIV/AIDS knowledge measure for adults. *Social work in public health, 31*(1), 30-42.
- Prestage, G., Fengyi, J., Bavinton, B., Scott, S., & Hurley, M. (2013). Do differences in age between sexual partners affect sexual risk behavior among Australian gay and bisexual men?. *Sexually Transmitted Infections, 89*(8), 653-658.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA] (2011). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Recuperado de http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA] (2015). Orientacions terminol\u00f3gicas de onusida. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA] (2016a). Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA] (2016b). El preservativo masculino. Recuperado de http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc302-tu18-malecondom_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA] (2017a). Estadísticas mundiales sobre el VIH. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA]. (2017b). HIV Prevention 2020 road map. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA [ONUSIDA] (2017c). México. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>
- Reilly, A., Yancura, L. A., & Young, D. M. (2013). Three predictive variables of social physique anxiety among gay men. *Psychology & Sexuality, 4*(3), 244-254.
- Reis, M., Ramiro, L., Gaspar Matos, G., & Alves Diniz, J. (2013). Nation wide survey of contraceptive and sexually transmitted infection knowledge, attitudes and skills of university students in Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*, 127-137.
- Resnick, B., & Jenkins, L. S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing research, 49*(3), 154-159.
- Rivera, A., Caballero, P., Pérez I. & Montero, L. (2013). Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Univ. Psychol, 12*(1), 105-118.
- Robles, M. & Díaz, L., R. (2006). Estilos de negociación vinculados con el uso de condón. En Sánchez, A. R., Díaz, L., & Rivera, A. *La Psicología Social en México* (pp. 882-889). México: AMEPSO, UJAT, UNAM.

- Robles, M. & Díaz, L., R. (2011). Estilos de negociación del uso del condón. En *Validación de la encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. (pp. 117-135). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, M., Rodríguez, C., Frías, A., & Moreno, R. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Robles, M., Solano, C., Díaz, L., Moreno, R., Frías, A., Rodríguez, C. & Barroso, V. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- Robles, M., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Rodríguez, A., & Suárez, L. (2006). Conocimiento, actitud y uso del condón masculino en población en riesgo de contraer VIH/SIDA. *Horizonte Sanitario*, 5(1), 12-27.
- Rodríguez, M. D., & Calle, F. V. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6(1), 44-65.
- Romero, M. (2011). *Homosexualidad y familia: ¿integración o rechazo?* (Tesis de licenciatura, Unidad Académica de Humanismo Cristiano). Recuperada de bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/214/Tesi?sequence=1
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (eds), *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.

- Rosenbloom, T. (2003). Risk evaluation and risky behaviors of high and low sensation seekers. *Social Behavior and Personality*, 31, 375- 386.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213.
- Sáenz, S. (2014). *Modelo para la promoción del sexo seguro en parejas estables* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Sánchez, S. R., Robles, M. S. S. y Enríquez, N. D. J. (2015). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley, *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 1(1), 114-125.
- Schrager, S. M., Latkin, C. A., Weiss, G., Kubicek, K., & Kipke, M. D. (2014). High-Risk Sexual Activity in the House and Ball Community: Influence of Social Networks. *American journal of public health*, 104(2), 326-331.
- Schutz, M., Godin, G., Kok, G., Vezina-Im, L. A., Naccache, H., Otis, J.,... & Maya Study Group. (2011). Determinants of condom use among HIV-positive men who have sex with men. *International journal of STD & AIDS*, 22(7), 391-397.
- Secretaría de Salud [SS]. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>
- Secretaria de salud [SS]. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Recuperado en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>
- Semple, S. J., Pitpitan, E. V., Goodman, M. D., Strathdee, S. A., Chavarin, C. V., Rangel, G.,... & Patterson, T. L. (2017). Correlates of condomless anal sex

- among men who have sex with men (MSM) in Tijuana, Mexico: The role of public sex venues. *PloS one*, *12*(10), 1-16.
- Sierra, J. C., Rojas, A., Ortega, V., & Martín, O. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *7*(1), 41-60.
- Silva, A. P., Greco, M., Fausto, M. A., Greco, D. B., & Carneiro, M. (2014). Risk Factors Associated with HIV Infection among Male Homosexuals and Bisexuals Followed in an Open Cohort Study: Project Horizonte, Brazil (1994-2010). *Plos ONE*, *9*(10), 1-8.
- Silva, F., Andrade, I., Palacios, V., Rojas, H., & Mendonça, J. (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería universitaria*, *11*(4), 139-144.
- Sinković, M., Štulhofer, A., & Božić, J. (2013). Revisiting the association between pornography use and risky sexual behaviors: The role of early exposure to pornography and sexual sensation seeking. *Journal of sex research*, *50*(7), 633-641.
- Sithole, B. (2017). HIV prevention needs for men who have sex with men in Swaziland. *African Journal of AIDS Research*, *16*(4), 315-320.
- Sohn, A., & Cho, B. (2012). Knowledge, attitudes, and sexual behaviors in HIV/AIDS and predictors affecting condom use among men who have sex with men in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, *3*(3), 156-164.
- Solomon, T. M., Halkitis, P. N., Moeller, R. M., Siconolfi, D. E., Kiang, M. V., & Barton, S. C. (2011). Sex parties among young gay, bisexual, and other men who

- have sex with men in New York City: attendance and behavior. *Journal of Urban Health*, 88(6), 1063-1075.
- Soriano, O. (2017). El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *Monografico*, 5(11), 8-20.
- Sosa, A. (2013). La población ante el estigma y la discriminación. Actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población trans, hombres que tienen sexo con hombres, y personas que viven con VIH. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Encuesta%20Estigma%20y%20discriminacion%20HSH%20poblacion%20Trans%20y%20VIH%202013_0.pdf
- Stacy, A. W., Ames, S. L., Ullman, J. B., Zogg, J. B., & Leigh, B. C. (2006). Spontaneous cognition and HIV risk behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(2), 196-206.
- Stein, D., Silvera, R., Hagerty, R., & Marmor, M. (2012). Viewing pornography depicting unprotected anal intercourse: Are there implications for HIV prevention among men who have sex with men? *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 411-419.
- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 60, 115-120.
- Tapia C., Sepulveda, J., Blanca, M., & Revuelta-Herrera, A. (2018). Los costos directos del tratamiento del SIDA en México. *Salud Pública de México*, 34(4), 371-377.
- Taylor, S., O'Cleirigh, C., Mayer, K. H., & Safren, S. A. (2013). HIV-infected men who have sex with men who engage in very high levels of transmission risk behaviors: Establishing a context for novel prevention interventions. *Psychology, health & medicine*, 18(5), 576-587.

- Teng, Y., & Mak, W. (2011). The role of planning and self-efficacy in condom use among men who have sex with men: an application of the Health Action Process Approach model. *Health Psychology, 30*(1), 119-128.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 46*(2), 127-136.
- Torres, O. (2014). *Riesgo percibido y balance decisional hacia la prueba de VIH en hombres que tienen sexo con hombres* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Toro, A., J., Varas, D. N., Andújar, B. I., & Nieves, R. L. (2006). Strengths and vulnerabilities of a sample of gay and bisexual male adolescents in Puerto Rico. *Interamerican Journal of psychology, 40*(1), 59-68.
- Traeen, B., Hald, G. M., Noor, S. W., Iantaffi, A., Grey, J., & Rosser, B. S. (2014). The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International Journal of Sexual Health, 26*(1), 13-24.
- Tylka, T. L., & Andorka, M. J. (2012). Support for an expanded tripartite influence model with gay men. *Body Image, 9*(1), 57-67.
- Uribe, A. F., Orcasita, L., & Aguillón Gómez, E. (2012). Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina, 6*(2), 84-99.
- Valdez, M. (2011). *Uso de material sexual en línea y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

- Valdez, M. (2015). *Modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Valdez M., Benavides T., González V., Onofre R., & Castillo A. (2015). Internet and sexual risk behavior for HIV/AIDS in young people. *Enfermería Global*, 38, 160-168.
- Valdez, M., Castillo, A., Olvera, B., Onofre, R., & Caudillo, O. (2015). Reflexión de los determinantes sociales de la conducta sexual en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Cuidado de Enfermería y Educación en Salud*, 2(1), 34-47.
- Valdez, M., Moral, De la R., Benavides T., Castillo, R., & Onofre, R. (2014). Revisión sistemática de predictores socioculturales y psicológicos de conductas sexuales de riesgo para VIH en hombres que tienen sexo con hombres. *Horizontes de enfermería*, 25(1), 47-60.
- Vaquero, C. R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López M. P. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Verdecia, I. B., Acosta, X. C., & Carrasco, A. A. D. (2015). Conocimiento, actitud y uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 3(1), 26-36.
- Villarruel, A. M., Bishop, T. L., Simpson, E. M., Jemmott, L. S., & Fawcett, J. (2001). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 158-163.
- Villegas, R., Ferrer, L., Cianelli, A., Miner, S., Lara, C., & Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(22), 222-229.
- Wang, Y., Wang, Z., Jia, M., Liang, A., Yuan, D., Sun, Z.,... & Zhang, Z. (2017). Association between a syndemic of psychosocial problems and unprotected anal

- intercourse among men who have sex with men in Shanghai, China. *BMC infectious diseases*, *17*(1), 46-54.
- Wanyenze, R. K., Musinguzi, G., Matovu, J. K., Kiguli, J., Nuwaha, F., Mujisha, G., ... & Wagner, G. J. (2016). "If You Tell People That You Had Sex with a Fellow Man, It Is Hard to Be Helped and Treated": barriers and opportunities for increasing access to HIV services among men who have sex with men in Uganda. *PloS one*, *11*(1), 1-19.
- Warren, J. C., Fernández, M. I., Harper, G. W., Hidalgo, M. A., Jamil, O. B., & Torres, R. S. (2008). Predictors of unprotected sex among young sexually active African American, Hispanic, and White MSM: the importance of ethnicity and culture. *AIDS and Behavior*, *12*(3), 459-468.
- Weir, S., Tate, J., Hileman, S. B., Khan, M., Jackson, E., Johnston, A., & Herman, C. (2005). PLACE. Priorities for Local AIDS Control Efforts: a manual for implementing the PLACE method. Recuperado de <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-05-13>
- Whitfield, T. H., Rendina, H. J., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Sexually Explicit Media and Condomless Anal Sex Among Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior*, *22*(2), 681-689.
- Wilkerson, J. M., Iantaffi, A., Smolenski, D. J., Brady, S. S., Horvath, K. J., Grey, J. A., & Rosser, B. S. (2012). The SEM risk behavior (SRB) model: A new conceptual model of how pornography influences the sexual intentions and HIV risk behavior of MSM. *Sexual and Relationship Therapy*, *27*(3), 217-230.
- Wim, V. B., Christiana, N., & Marie, L. (2014). Syndemic and other risk factors for unprotected anal intercourse among an online sample of Belgian HIV negative men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, *18*(1), 50-58.
- Winetrobe, H., Rice, E., Bauermeister, J., Petering, R., & Holloway, I. W. (2014). Associations of unprotected anal intercourse with Grindr-met partners among

- Grindr-using young men who have sex with men in Los Angeles. *AIDS care*, 26(10), 1303-1308.
- Wiseman, MC., & Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 154–166.
- Xia, Q., Tholandi, M., Osmond, D., H., Pollack, L. M., Zhou, W., Ruiz, J. D., & Catania, J. A. (2006). The effect of venue sampling on estimates of HIV prevalence and sexual risk behaviors in men who have sex with men. *Sexually transmitted diseases*, 33(9), 545-550.
- Xiao, Z., Li, X., Lin, D., Jiang, S., Liu, Y., & Li, S. (2013). Sexual communication, safer sex self-efficacy, and condom use among young Chinese migrants in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 25(6), 480-494.
- Xu, W., Zheng, L., Liu, Y., & Zheng, Y. (2016). Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and high-risk sexual behaviours among gay/bisexual men in Southwest China. *AIDS care*, 28(9), 1138-1144.
- Ybarra, M. L., DuBois, L. Z., Parsons, J. T., Prescott, T. L., & Mustanski, B. (2014). Online focus groups as an HIV prevention program for gay, bisexual, and queer adolescent males. *AIDS Education and Prevention*, 26(6), 554-564.
- Zamberia, A. M. (2009). Sexual activity and condom use among people living with HIV in Swaziland. *African Journal of AIDS Research*, 8(1), 69-81.
- Zaruma, J., & Villavicencio, M. (2016). *Homosexualidad y autoestima de los integrantes de la comunidad lgbti de Riobamba en el periodo mayo-octubre 2015* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo). Recuperada de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/864>
- Zepeda, J. (2007). Qué es la discriminación y cómo combatirla. Recuperado de <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/950/1/CONAPRED-037.pdf>

- Zhang, Z., Zhang, L., Zhou, F., Li, Z., & Yang, J. (2017). Knowledge, attitude, and status of nitrite inhalant use among men who have sex with men in Tianjin, China. *BMC Public Health*, *17*(690), 1-8.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, *52*(1), 30-41.
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation Seeking and Risk Behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.

Apéndices

Apéndice A
Consentimiento informado

Folio:	
---------------	--

La presente investigación tiene como **propósito** conocer factores relacionados a la conducta sexual en hombres que tiene sexo con hombres. Por lo cual el **ME. Vicente Jiménez Vázquez**, estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería le hace la más atenta invitación para participar. Antes de tomar su decisión se le darán a conocer aspectos importantes del estudio y aclarar cualquier duda sobre la participación. **Si usted desea participar**, al finalizar de leer este documento se le solicitará que lo firme y se le entregará una copia.

Su participación consistirá en contestar un cuestionario dividido en 14 apartados, el tiempo de llenado es aproximadamente de 30 a 45 minutos. **No existen riesgos** relacionados con su participación, sin embargo, algunas preguntas le podrían causar incomodidad, de ser así, puede contestar el cuestionario en otro momento, o retirarse del estudio. Si surge algún imprevisto relacionado al estudio, el responsable del proyecto realizará las acciones necesarias para resolverlo.

No habrá ninguna retribución económica por su participación, esta es **voluntaria**, por lo cual, puede retirarse del estudio en cualquier momento si usted así lo decidiera. La información que proporcione será manejada de forma **anónima** y estrictamente **confidencial**. Los resultados del estudio se darán a conocer de forma general y no se publicará información individual de los participantes. Los cuestionarios serán guardados por 12 meses y luego serán destruidos.

He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas por lo que acepto proporcionar información y participar en este estudio. En caso de tener dudas o querer conocer los resultados la investigación puedo comunicarme a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León, México.

Firma del participante

Vicente Jiménez Vázquez
Responsable de la investigación

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo

Monterrey, N.L. a _____ de _____ de 2017.

Apéndice C

Escala de imagen corporal

(Stunkard et al., 1983; Allensworth et al., 2008)

1. De las siguientes figuras, elija y marque con una X el número de la que más se parece a su cuerpo.

Bajo peso		Peso normal			Sobrepeso		Obesidad	
								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. De las siguientes figuras, elija y marque con una X el número de la que más le gustaría tener.

Bajo peso		Peso normal			Sobrepeso		Obesidad	
								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Apéndice D

Escala de búsqueda de sensaciones sexuales

(Kalichman et al., 1994; Valdez, 2015)

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta de acuerdo a que tanto le gusta o le disgusta lo que se describe en cada enunciado.

1. Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

2. Las sensaciones físicas son lo más importante al tener relaciones sexuales.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

3. Me gusta la sensación de las relaciones sexuales sin condón.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

4. Mis compañeros sexuales probablemente piensan que soy una persona que toma riesgos.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

5. Cuando se trata de sexo, la atracción física es más importante para mí que conocer bien a la persona.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

6. Disfruto de la compañía de personas sensuales.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

7. Me gusta ver vídeos clasificados XXX.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

8. He dicho cosas que no eran exactamente verdaderas para conseguir que una persona tenga relaciones sexuales conmigo.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

10. Me gusta explorar mi sexualidad.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

11. Me gustaría tener experiencias y sensaciones sexuales nuevas y excitantes.

Me disgusta totalmente 1 ()	Me disgusta 2 ()	Me gusta 3 ()	Me gusta muchísimo 4 ()
---------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

Apéndice E

Cuestionario de uso de material sexual en línea

(Gonsalves, 2010; Valdez, 2011)

Instrucciones: Indique con una **X** la frecuencia con la que ha consultado y/o visto los siguientes tipos de material sexual en línea.

1. Imágenes que muestran desnudos.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

2. Imágenes de actos sexuales.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

3. Historias (texto) que describen encuentros sexuales con gran detalle.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

4. Películas que muestran penetración pene-vagina.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

5. Películas que muestran sexo oral.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

6. Películas que muestran penetración dedo-vagina.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

7. Películas que muestran penetración pene-ano.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

8. Películas que participan dos hombres y una mujer en actos sexuales.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

9. Películas que participan dos mujeres y un hombre en actos sexuales.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

10. Películas que participan un grupo de personas en actos sexuales (orgia).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

11. Películas que participan un grupo de hombres y una mujer (gang-bang).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

12. Películas que representan una fantasía (deportistas, repartidores, policías, etc.).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

13. Películas que representan esclavitud.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

14. Películas que muestran a un hombre eyacular en la cara o en el cuerpo de su pareja.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

15. Películas que representan a una persona actuando en el papel de dominatriz o maestro (persona que domina sexualmente a su pareja).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

16. Películas que representan fetiches sexuales (pies, piel o látex, ropa interior).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

17. Películas que muestran imágenes soft-core (besarse mientras están vestidos, desnudo mínimo).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

18. Películas que participa una persona en el papel de sumisión (ser dominada sexualmente).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

19. Películas que participa una persona en un papel degradante (donde es humillada).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

20. Películas que incluyen sexo violento (violación, golpes).

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

Instrucciones: Lea cuidadosamente y marque con una **X** con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones descritas.

21. Tomas ideas para tus actividades sexuales en función de lo que has consultado y/o interactuado en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

22. Has querido presionar a una mujer o a un hombre para participar en alguna actividad sexual basándote en lo que has consultado y/o interactuado en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

23. Has forzado a alguien a tener relaciones sexuales contigo por haber consultado y/o interactuado con material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

24. Tu pareja ha tenido miedo durante el contacto sexual, porque has hecho algo que aprendiste en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

25. Te han forzado a participar en actos sexuales después de consultar y/o interactuar con material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

26. Has visitado sitios que te permiten interactuar virtualmente con una pareja sexual por medio de una cámara web.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

27. Has visitado sitios que te permiten consultar y/o interactuar, en tiempo real, a otros realizando sus actividades diarias.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

28. Te gusta ver en tiempo real (en vivo) a personas que practican conductas sexuales en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

29. Te daría vergüenza si tus seres queridos te descubren usando material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

30. El tiempo que pasas usando el material sexual en línea ha aumentado desde que los usaste por primera vez.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

31. Te has vuelto más desinhibido desde que empezaste a mirar material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

32. Prefieres usar material sexual en línea, porque la gente no parece tan real para ti.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

33. Prefieres usar material sexual en línea, porque te sientes distante de la gente.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

34. Prefieres usar material sexual en línea, porque es anónimo y tu identidad está protegida.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

35. Crees que mirar material sexual en línea está mal.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

36. Crees que mirar material sexual en línea no es tan malo, como hacerlo en vivo.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

Instrucciones: Indique la frecuencia con la que has realizado las siguientes actividades consultando y/o interactuando con material sexual en línea.

37. Me masturbo cuando veo material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

38. Mi pareja y yo observamos material sexual en línea mientras tenemos una conducta sexual.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

39. Veo material sexualmente en línea para estimularme antes de involucrarme en relaciones sexuales.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

40. A veces me siento tan excitado viendo material sexual en línea que busco una aventura.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

41. He conocido gente con el propósito de tener una conducta sexual utilizando material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

42. He compartido imágenes de mí mismo participando en una conducta sexual a personas que he conocido utilizando material sexual en línea.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

43. Me gusta visitar salas de chat con el propósito de participar en cibersexo.

Frecuentemente 1 ()	Algunas veces 2 ()	Rara vez 3 ()	Nunca 4 ()
----------------------	---------------------	----------------	-------------

Apéndice F

Escala de discriminación

(Barrientos et al., 2010; Barrientos et al., 2014)

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta con la frecuencia que ha experimentado las siguientes situaciones de rechazo, exclusión y/o agresión en razón de tu orientación sexual.

1. No haber sido contratado o despedido del trabajo.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

2. Prohibir entrada o permanencia en un local.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

3. Mal atendido por funcionarios públicos.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

4. No aceptado o expulsado de lugar de estudios.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

5. No aceptado o expulsado de grupo de amigos.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

6. Molestado u hostigado por vecinos.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

7. No aceptado o expulsado de agrupación social.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

8. No aceptado o expulsado de ambiente familiar.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

9. No aceptado o expulsado de ambiente religioso.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

10. Maltrato verbal o físico o negación de ayuda de la policía.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

Apéndice G

Escala de victimización

(Barrientos et al., 2010; Barrientos et al., 2014)

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta con la frecuencia que ha experimentado las siguientes situaciones de rechazo, exclusión y/o agresión en razón de tu orientación sexual

1. Burlas.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

2. Insultos.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

3. Amenazas.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

4. Intento de agresión física.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

5. Agresión física.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

6. Intento de agresión sexual.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

7. Agresión sexual.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

8. Chantajes.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

9. Asalto o robo sin violencia.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

10. Asalto o robo con violencia.

Nada frecuente 1 ()	Ocasionalmente 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Muy frecuente 4 ()
-------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

Apéndice H

Inventario de conformidad de las normas masculinas

(Mahalik et al., 2003; Kimmel & Mahalik, 2005)

Instrucciones: Lea cada afirmación y marque con una **X** la puntuación del 0 al 3 que describa mejor su manera de ser y pensar.

1. Su trabajo es la parte más importante en su vida.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

2. Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

3. A usted le gustan las situaciones de riesgo.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

4. Sería terrible si alguien piensa que usted es gay.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

5. Usted cree que los hombres están a cargo de las mujeres.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

6. Usted habla de sus sentimientos.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

7. Usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

8. Es importante que la gente piense que usted es hombre.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

9. Usted cree que la violencia está justificada.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

10. Usted suele compartir sus sentimientos.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

11. En cualquier situación, usted debería ser el responsable.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

12. A usted le gustaría ser una persona importante.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()

13. A veces la violencia es necesaria.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

14. A usted le gusta darle toda su atención al trabajo.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

15. En ocasiones perder le molesta.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

16. Si pudiera, le gustaría cambiar con frecuencia las parejas sexuales.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

17. Usted hace cosas para ser una persona importante.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

18. Usted suele pedir ayuda.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

19. A usted le gusta tomar riesgos.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

20. Los hombres y mujeres deben respetarse como iguales.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

21. Ganar es lo mejor.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

22. A usted le molesta cuando tiene que pedir ayuda.

Totalmente en desacuerdo 0 ()	Desacuerdo 1 ()	De acuerdo 2 ()	Totalmente de acuerdo 3 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------

Apéndice I

Escala de autoestima

(Rosenberg, 1965; Chaney & Burns, 2015)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una **X** que tan de acuerdo se siente con cada una de estas.

1. Siento que soy una persona de valor al igual que otras personas.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

2. Siento que tengo un buen número de cualidades.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

3. Definitivamente creo que soy un fracaso.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

4. Puedo hacer las cosas igual que los demás.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

5. No tengo mucho de que sentirme orgulloso.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

6. Tengo una actitud positiva con mi persona.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

7. En todo, estoy satisfecho conmigo mismo.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

8. Desearía tener más respeto conmigo mismo.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

9. Algunas veces me siento inútil.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

10. Algunas veces creo que no sirvo para nada.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Apéndice J

Escala de conocimientos sobre el VIH y sida para adultos

(Prati et al., 2016)

Instrucciones: Marque con una **X** lo que piensa de la oración (**V**=Verdadero, **F**=Falso, **?**=No sé). El término **VIH** significa virus de inmunodeficiencia humana y el término **sida** significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

1.	El intercambio de agujas para la inyección de drogas es la vía más importante de transmisión del VIH en nuestro país.	V	F	?
2.	El año pasado muchas personas en nuestro país contrajeron el VIH a través de mordeduras humanas y pinchazos accidentales con agujas.	V	F	?
3.	Puede una persona contraer el VIH por picaduras de mosquitos.	V	F	?
4.	Puede una persona contraer el VIH compartiendo alimentos con alguien que está infectado.	V	F	?
5.	Al menos la mitad de las nuevas infecciones de VIH de transmisión sexual se originan en personas que desconocen su estado serológico.	V	F	?
6.	Se puede transmitir el VIH a través de besos.	V	F	?
7.	Se puede transmitir el VIH a través de la masturbación mutua.	V	F	?
8.	Se puede transmitir el VIH a través del sexo oral.	V	F	?
9.	Se puede transmitir el VIH a través del sexo vaginal insertivo.	V	F	?
10.	Se puede transmitir el VIH a través del sexo vaginal receptivo.	V	F	?
11.	Se puede transmitir el VIH a través del sexo anal insertivo.	V	F	?
12.	Se puede transmitir el VIH a través del sexo anal receptivo.	V	F	?
13.	Se puede transmitir el VIH a través de la saliva.	V	F	?
14.	Se puede transmitir el VIH a través de la sangre.	V	F	?
15.	Se puede transmitir el VIH a través del espermatozoide.	V	F	?
16.	Se puede transmitir el VIH a través de líquidos vaginales.	V	F	?
17.	Se puede transmitir el VIH a través de la orina.	V	F	?
18.	Se puede transmitir el VIH a través del sudor.	V	F	?
19.	Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando un condón cada vez que se tienen relaciones sexuales.	V	F	?
20.	Existe el condón femenino.	V	F	?
21.	Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH.	V	F	?

22.	Tener una enfermedad de transmisión sexual afecta el riesgo de contraer el VIH.	V	F	?
23.	Puede detectarse la infección por el VIH 3 meses después de la exposición.	V	F	?
24.	Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH al tener relaciones sexuales con un solo compañero no infectado que no tiene otros compañeros.	V	F	?
25.	Si una persona tiene el VIH, él o ella siempre desarrollarán el sida.	V	F	?
26.	La esperanza de vida de alguien que vive con el VIH, que está recibiendo tratamiento antirretroviral y que responde al tratamiento no es diferente de la población general.	V	F	?
27.	El riesgo de transmisión sexual del VIH de las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral y que responden al tratamiento es bajo.	V	F	?
28.	Una mujer embarazada con infección por el VIH siempre infecta a su bebé.	V	F	?
29.	Poco después de una posible exposición al VIH, existe un tratamiento médico que podría reducir la probabilidad de ser VIH positivo.	V	F	?

Apéndice K

Escala de conocimientos sobre el uso del condón

(Robles et al., 2014)

Instrucciones: Marque con una **X** lo que piensa de la oración (**V**=Verdadero, **F**=Falso, **?**=No sé).

1.	Cuando se coloca un preservativo en el pene, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en su punta.	V	F	?
2.	Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los preservativos de látex.	V	F	?
3.	Un preservativo cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	V	F	?
4.	Si se baja el preservativo con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	V	F	?
5.	Dejar un espacio sin aire en la punta del preservativo cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	V	F	?
6.	Si al colocar el preservativo en el pene erecto no se baja hasta la base del pene no hay problema de que se salga o deslice durante el acto sexual.	V	F	?
7.	Al tener una relación sexual con penetración vaginal se pueden usar simultáneamente los preservativos masculino y femenino.	V	F	?
8.	Las fechas de fabricación o caducidad de un preservativo son indicadores de su calidad.	V	F	?
9.	Exponer los preservativos al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera, no daña su calidad.	V	F	?

Apéndice L

Sub-escala placer de la escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón

(Helweg & Collins, 1994; Emetu et al., 2014)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una **X** que tan de acuerdo se siente con relación en cada una de ellas.

1. Los condones pueden hacer el sexo más estimulante.

Muy en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Muy de acuerdo 5 ()
----------------------------	---------------------	--	---------------------	-------------------------

2. Los condones arruinan el acto sexual.

Muy en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Muy de acuerdo 5 ()
----------------------------	---------------------	--	---------------------	-------------------------

3. Los condones son incómodos para la pareja.

Muy en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Muy de acuerdo 5 ()
----------------------------	---------------------	--	---------------------	-------------------------

4. Los condones son muy agradables.

Muy en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Muy de acuerdo 5 ()
----------------------------	---------------------	--	---------------------	-------------------------

5. Usar condón, interrumpe el juego previo.

Muy en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Muy de acuerdo 5 ()
----------------------------	---------------------	--	---------------------	-------------------------

Apéndice M

Escala de autoeficacia para el uso del condón

(Hanna, 1999; Valdez, 2015)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una **X** que tan seguro se siente con relación en cada una de ellas.

1. Puedo hablar sobre el uso del condón con cualquier pareja sexual.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja, si creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

5. Puedo decir no al sexo, si mi pareja se niega a usar un condón.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

9. Puedo usar un condón sin que se salga.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

10. Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

11. Después de tener sexo, mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base del pene.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.

Muy inseguro 1 ()	Inseguro 2 ()	Algo seguro 3 ()	Seguro 4 ()	Muy seguro 5 ()
-----------------------	-------------------	----------------------	-----------------	---------------------

Apéndice N

Escala multidimensional de apoyo social percibido

(Zimet et al., 1988; Cheung et al., 2014)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una **X** la opción sobre la frecuencia con que piensa que recibe apoyo.

1. Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

5. Hay personas que me ofrecen consuelo cuando lo necesito.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

10. Hay una persona que se interesa por lo que yo hago.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.

Casi nunca 1 ()	A veces 2 ()	Con frecuencia 3 ()	Casi siempre o siempre 4 ()
---------------------	------------------	-------------------------	---------------------------------

Apéndice O

Escala de intenciones hacia el uso del condón

(Stacy et al., 2006; Nydegger et al., 2015)

Instrucciones: marca con una **X** la respuesta de acuerdo a la **probabilidad de usar el condón** en cada una de las siguientes situaciones.

1. Con alguien con quien nunca ha tenido sexo.

Definitivamente no 1 ()	Probablemente no 2 ()	Probablemente si 3 ()	Definitivamente si 4 ()
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

2. Con alguien que conoció hace poco tiempo.

Definitivamente no 1 ()	Probablemente no 2 ()	Probablemente si 3 ()	Definitivamente si 4 ()
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

3. Con alguien que usted sabe que tenía otras parejas sexuales.

Definitivamente no 1 ()	Probablemente no 2 ()	Probablemente si 3 ()	Definitivamente si 4 ()
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

4. Con alguien que ha salido por mucho tiempo.

Definitivamente no 1 ()	Probablemente no 2 ()	Probablemente si 3 ()	Definitivamente si 4 ()
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

5. Con alguien que ya ha tenido sexo.

Definitivamente no 1 ()	Probablemente no 2 ()	Probablemente si 3 ()	Definitivamente si 4 ()
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

Apéndice P

Sub-escalas equidad y colaboración de la escala de estilos de negociación para el uso del condón

(Robles & Díaz, 2006; Robles & Díaz, 2011)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una **X** que tan de acuerdo o desacuerdo se siente con relación a la descripción en cada una de estas.

1. Acepto fácilmente lo que mi pareja hace o dice para protegernos sexualmente.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

2. Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar condón.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

3. Busco la equidad entre mi pareja y yo en el terreno sexual.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

4. Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

5. Busco un arreglo en el que cada uno de nosotros logremos algunas de nuestras metas y cedamos en otras.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

6. Colaboro con mi pareja para resolver nuestras diferencias en relación a usar condón.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

7. Comparto los problemas con mi pareja, de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

8. Coopero para lograr un acuerdo con mi pareja sobre usar el condón.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------

9. Pongo de mi parte para que mi pareja y yo resolvamos problemas relativos a usar condón.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

10. Procuro evitar situaciones de encuentro sexual desagradables.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

11. Propongo soluciones equitativas entre nosotros para protegernos sexualmente.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

12. Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

13. Trato de convencer a mi pareja de las ventajas de mi posición para protegernos sexualmente.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

14. Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

15. Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.

Totalmente en desacuerdo 1 ()	Desacuerdo 2 ()	Ni de acuerdo, ni desacuerdo 3 ()	De acuerdo 4 ()	Totalmente de acuerdo 5 ()
--------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------------

Apéndice Q

Sub-escalas uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura

(Dilorio et al., 1992)

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y señale la frecuencia con que las realiza marcando con una **X**. Recuerde que **no hay respuesta buenas o malas**.

1. Yo insisto con el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

2. Yo detengo el juego previo a la relación sexual (como tocar/besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

3. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

5. Tengo sexo oral sin usar barrera de protección, como un condón o barrera de látex.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar sexo seguro.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

7. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, me niego a tener relaciones sexuales.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar condón.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

9. Uso drogas antes o durante las relaciones sexuales.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

13. Practico sexo anal.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales.

Nunca 1 ()	Algunas veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
----------------	------------------------	------------------------------------	------------------

Apéndice R

Datos descriptivos de la búsqueda de sensaciones sexuales

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes	2.29	.863
2. Las sensaciones físicas son lo más importante al tener relaciones sexuales	2.98	.667
3. Me gusta la sensación de las relaciones sexuales sin condón	2.35	.886
4. Mis compañeros sexuales probablemente piensan que soy una persona que toma riesgos	1.98	.734
5. Cuando se trata de sexo, la atracción física es más importante para mí que conocer bien a la persona	2.69	.772
6. Disfruto de la compañía de personas sensuales	3.15	.607
7. Me gusta ver vídeos clasificados XXX	3.05	.756
8. He dicho cosas que no eran exactamente verdaderas para conseguir que una persona tenga relaciones sexuales conmigo	1.87	.797
9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales	3.03	.681
10. Me gusta explorar mi sexualidad	3.20	.596
11. Me gustaría tener experiencias y sensaciones sexuales nuevas y excitantes	3.12	.675

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice S

Datos descriptivos del uso de material sexual en línea

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Imágenes que muestran desnudos	1.73	.859
2. Imágenes de actos sexuales	1.77	.828
3. Historias (texto) que describen encuentros sexuales con gran detalle	2.43	.982
4. Películas que muestran penetración pene-vagina	2.99	1.029
5. Películas que muestran sexo oral	1.65	.802
6. Películas que muestran penetración dedo-vagina	3.30	.898
7. Películas que muestran penetración pene-ano	1.68	.857
8. Películas que participan dos hombres y una mujer en actos sexuales	3.17	.980
9. Películas que participan dos mujeres y un hombre en actos sexuales	3.31	.868
10. Películas que participan un grupo de personas en actos sexuales (orgia)	2.66	.943
11. Películas que participan un grupo de hombres y una mujer (gang-bang)	3.40	.819
12. Películas que representan una fantasía (deportistas, repartidores, policías, etc.)	2.07	.870
13. Películas que representan esclavitud	3.29	.808
14. Películas que muestran a un hombre eyacular en la cara o en el cuerpo de su pareja	1.94	.859
15. Películas que representan a una persona actuando en el papel de dominatriz o maestro (persona que domina sexualmente a su pareja)	2.86	.844
16. Películas que representan fetiches sexuales (pies, piel o látex, ropa interior)	2.54	.883
17. Películas que muestran imágenes soft-core (besarse mientras están vestidos, desnudo mínimo)	2.22	.893
18. Películas que participa una persona en el papel de sumisión (ser dominada sexualmente)	2.91	.892
19. Películas que participa una persona en un papel degradante (donde es humillada).	3.47	.815
20. Películas que incluyen sexo violento (violación, golpes)	3.45	.861
21. Tomas ideas para tus actividades sexuales en función de lo que has consultado y/o interactuado en línea	2.60	.930
22. Has querido presionar a una mujer o a un hombre para participar en alguna actividad sexual basándote en lo que has consultado y/o interactuado en línea	3.55	.794
23. Has forzado a alguien a tener relaciones sexuales contigo por haber consultado y/o interactuado con material sexual en línea	3.75	.624

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

(continúa)

Datos descriptivos del uso de material sexual en línea (continuación)

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
24. Tu pareja ha tenido miedo durante el contacto sexual, porque has hecho algo que aprendiste en línea	3.65	.685
25. Te han forzado a participar en actos sexuales después de consultar y/o interactuar con material sexual en línea	3.74	.596
26. Has visitado sitios que te permiten interactuar virtualmente con una pareja sexual por medio de una cámara web	3.31	.793
27. Has visitado sitios que te permiten consultar y/o interactuar, en tiempo real, a otros realizando sus actividades diarias	3.36	.803
28. Te gusta ver en tiempo real (en vivo) a personas que practican conductas sexuales en línea	3.19	.911
29. Te daría vergüenza si tus seres queridos te descubren usando material sexual en línea	2.00	1.144
30. El tiempo que pasas usando el material sexual en línea ha aumentado desde que los usaste por primera vez	2.71	1.130
31. Te has vuelto más desinhibido desde que empezaste a mirar material sexual en línea	2.53	1.079
32. Prefieres usar material sexual en línea, porque la gente no parece tan real para ti	3.25	.851
33. Prefieres usar material sexual en línea, porque te sientes distante de la gente	3.36	.789
34. Prefieres usar material sexual en línea, porque es anónimo y tu identidad está protegida	2.80	.954
35. Crees que mirar material sexual en línea está mal	3.33	.903
36. Crees que mirar material sexual en línea no es tan malo, como hacerlo en vivo	3.16	.897
37. Me masturbo cuando veo material sexual en línea	1.78	.829
38. Mi pareja y yo observamos material sexual en línea mientras tenemos una conducta sexual	2.73	.958
39. Veo material sexualmente en línea para estimularme antes de involucrarme en relaciones sexuales	2.91	.968
40. A veces me siento tan excitado viendo material sexual en línea que busco una aventura	2.72	.961
41. He conocido gente con el propósito de tener una conducta sexual utilizando material sexual en línea	2.93	.941
42. He compartido imágenes de mí mismo participando en una conducta sexual a personas que he conocido utilizando material sexual en línea	2.59	1.016
43. Me gusta visitar salas de chat con el propósito de participar en cibersexo	2.02	.918

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice T

Datos descriptivos de la discriminación por diversidad sexual

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. No haber sido contratado o despedido del trabajo	1.07	.298
2. Prohibir entrada o permanencia en un local	1.06	.286
3. Mal atendido por funcionarios públicos	1.10	.357
4. No aceptado o expulsado de lugar de estudios	1.04	.277
5. No aceptado o expulsado de grupo de amigos	1.15	.391
6. Molestado u hostigado por vecinos	1.23	.498
7. No aceptado o expulsado de agrupación social	1.09	.317
8. No aceptado o expulsado de ambiente familiar	1.15	.416
9. No aceptado o expulsado de ambiente religioso	1.24	.583
10. Maltrato verbal o físico o negación de ayuda de la policía	1.14	.373
11. Burlas	1.39	.550
12. Insultos	1.35	.532
13. Amenazas	1.14	.410
14. Intento de agresión física	1.15	.410
15. Agresión física	1.07	.298
16. Intento de agresión sexual	1.07	.262
17. Agresión sexual	1.01	.108
18. Chantajes	1.18	.416
19. Asalto o robo sin violencia	1.13	.339
20. Asalto o robo con violencia	1.08	.302

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice U
Datos descriptivos del machismo

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Su trabajo es la parte más importante en su vida	1.84	.924
2. Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice	1.70	.791
3. A usted le gustan las situaciones de riesgo	1.00	.800
4. Sería terrible si alguien piensa que usted es gay	.67	.860
5. Usted cree que los hombres están a cargo de las mujeres	.65	.788
6. Usted habla de sus sentimientos	2.02	.822
7. Usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales	1.16	.927
8. Es importante que la gente piense que usted es hombre	1.52	1.149
9. Usted cree que la violencia está justificada	.41	.638
10. Usted suele compartir sus sentimientos	2.02	.822
11. En cualquier situación, usted debería ser el responsable	1.16	.927
12. A usted le gustaría ser una persona importante	1.52	1.149
13. A veces la violencia es necesaria	.41	.638
14. A usted le gusta darle toda su atención al trabajo	1.94	.737
15. En ocasiones perder le molesta	1.42	.894
16. Si pudiera, le gustaría cambiar con frecuencia las parejas sexuales	1.26	.950
17. Usted hace cosas para ser una persona importante	2.14	.803
18. Usted suele pedir ayuda	1.87	.752
19. A usted le gusta tomar riesgos	1.17	.880
20. Los hombres y mujeres deben respetarse como iguales	2.63	.613
21. Ganar es lo mejor	2.28	.766
22. A usted le molesta cuando tiene que pedir ayuda	.96	.821

Nota: M= Media, DE= Desviación estándar, n= 257

Apéndice V
Datos descriptivos de la autoestima

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Siento que soy una persona de valor al igual que otras personas	3.64	.676
2. Siento que tengo un buen número de cualidades	3.51	.724
3. Definitivamente creo que soy un fracaso	3.70	.560
4. Puedo hacer las cosas igual que los demás	3.46	.765
5. No tengo mucho de que sentirme orgulloso	3.40	.901
6. Tengo una actitud positiva con mi persona	3.58	.670
7. En todo, estoy satisfecho conmigo mismo	3.35	.713
8. Desearía tener más respeto conmigo mismo	2.39	1.117
9. Algunas veces me siento inútil	3.44	.794
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada	3.58	.697

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice W

Datos descriptivos de conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón

Reactivo	Correcta		Incorrecta	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. El intercambio de agujas para la inyección de drogas es la vía más importante de transmisión del VIH en nuestro país	115	44.7	142	55.3
2. El año pasado muchas personas en nuestro país contrajeron el VIH a través de mordeduras humanas y pinchazos accidentales con agujas	163	63.4	94	36.6
3. Puede una persona contraer el VIH por picaduras de mosquitos	223	86.8	34	13.2
4. Puede una persona contraer el VIH compartiendo alimentos con alguien que está infectado	238	92.6	19	7.4
5. Al menos la mitad de las nuevas infecciones de VIH de transmisión sexual se originan en personas que desconocen su estado serológico	178	69.3	79	30.7
6. Se puede transmitir el VIH a través de besos	229	89.1	28	10.9
7. Se puede transmitir el VIH a través de la masturbación mutua	209	81.3	48	18.3
8. Se puede transmitir el VIH a través del sexo oral	173	67.3	84	32.7
9. Se puede transmitir el VIH a través del sexo vaginal insertivo	216	84.0	41	16.0
10. Se puede transmitir el VIH a través del sexo vaginal receptivo	221	86.0	36	14.0
11. Se puede transmitir el VIH a través del sexo anal insertivo	218	84.8	39	15.2
12. Se puede transmitir el VIH a través del sexo anal receptivo	234	91.1	23	8.9
13. Se puede transmitir el VIH a través de la saliva	206	80.2	51	19.8
14. Se puede transmitir el VIH a través de la sangre	247	96.1	10	3.9
15. Se puede transmitir el VIH a través del esperma	228	88.7	29	11.3
16. Se puede transmitir el VIH a través de líquidos vaginales	219	85.2	38	14.8
17. Se puede transmitir el VIH a través de la orina	193	75.1	64	24.9
18. Se puede transmitir el VIH a través del sudor	220	85.6	37	14.4
19. Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando un condón cada vez que se tienen relaciones sexuales	242	94.2	15	5.8
20. Existe el condón femenino	230	89.5	27	10.5
21. Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH	229	89.1	28	10.9
22. Tener una enfermedad de transmisión sexual afecta el riesgo de contraer el VIH	194	75.5	63	24.5
23. Puede detectarse la infección por el VIH 3 meses después de la exposición	216	84.0	41	16.0
24. Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH al tener relaciones sexuales con un solo compañero no infectado que no tiene otros compañeros	197	76.7	60	23.3

Nota: n= 257

(continúa)

Datos descriptivos de conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón
(continuación)

Reactivo	Correcto		Incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
25. Si una persona tiene el VIH, él o ella siempre desarrollarán el sida	149	58.0	108	42.0
26. La esperanza de vida de alguien que vive con el VIH, que está recibiendo tratamiento antirretroviral y que responde al tratamiento no es diferente de la población general	180	70.0	77	30.0
27. El riesgo de transmisión sexual del VIH de las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral y que responden al tratamiento es bajo	121	47.1	136	52.9
28. Una mujer embarazada con infección por el VIH siempre infecta a su bebé	123	47.9	134	52.1
29. Poco después de una posible exposición al VIH, existe un tratamiento médico que podría reducir la probabilidad de ser VIH positivo	114	44.4	143	55.6
30. Cuando se coloca un preservativo en el pene, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en su punta	120	46.7	137	53.3
31. Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los preservativos de látex	142	55.3	115	44.7
32. Un preservativo cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa	104	40.5	153	59.5
33. Si se baja el preservativo con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe	159	61.9	98	38.1
34. Dejar un espacio sin aire en la punta del preservativo cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual	108	42.0	149	58.0
35. Si al colocar el preservativo en el pene erecto no se baja hasta la base del pene no hay problema de que se salga o deslice durante el acto sexual	165	64.2	92	35.8
36. Al tener una relación sexual con penetración vaginal se pueden usar simultáneamente los preservativos masculino y femenino	109	42.4	148	57.6
37. Las fechas de fabricación o caducidad de un preservativo son indicadores de su calidad	207	80.5	50	19.5
38. Exponer los preservativos al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera, no daña su calidad	185	72.0	72	28.0

Nota: n= 257

Apéndice X

Datos descriptivos de la actitud hacia el sexo seguro

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Los condones pueden hacer el sexo más estimulante	3.58	.970
2. Los condones arruinan el acto sexual	3.83	.927
3. Los condones son incómodos para la pareja	3.48	.923
4. Los condones son muy agradables	3.64	.855
5. Usar condón, interrumpe el juego previo	3.68	.956

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice Y

Datos descriptivos de la autoeficacia para el sexo seguro

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Puedo hablar sobre el uso del condón con cualquier pareja sexual	4.14	.908
2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja, si creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo	4.14	.895
3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos	4.07	.901
4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales	3.97	.892
5. Puedo decir no al sexo, si mi pareja se niega a usar un condón	4.14	.902
6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida	3.86	.982
7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja	4.21	.871
8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene	4.44	.717
9. Puedo usar un condón sin que se salga	4.33	.779
10. Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo	4.49	.729
11. Después de tener sexo, mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base del pene	4.48	.644
12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno	4.47	.786
13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo	4.43	.798
14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo	4.55	.672

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice Z
Datos descriptivos del apoyo social

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar	3.07	.725
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	3.11	.733
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	3.35	.797
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	3.26	.827
5. Hay personas que me ofrecen consuelo cuando lo necesito	3.04	.747
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	3.27	.772
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	3.30	.799
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	3.18	.860
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	3.28	.755
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo hago	3.07	.734
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	3.02	.895
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	3.22	.835

Nota: M= Media, DE= Desviación estándar, n= 257

Apéndice A1

Datos descriptivos de las intenciones hacia el sexo seguro

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Con alguien con quien nunca ha tenido sexo	3.64	.722
2. Con alguien que conoció hace poco tiempo	3.68	.598
3. Con alguien que usted sabe que tenía otras parejas sexuales	3.74	.557
4. Con alguien que ha salido por mucho tiempo	3.17	.852
5. Con alguien que ya ha tenido sexo	3.41	.786

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice B1

Datos descriptivos de la negociación para el sexo seguro

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Acepto fácilmente lo que mi pareja hace o dice para protegernos sexualmente	3.47	1.079
2. Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar condón	4.08	.907
3. Busco la equidad entre mi pareja y yo en el terreno sexual	4.14	.848
4. Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón	4.12	.887
5. Busco un arreglo en el que cada uno de nosotros logremos algunas de nuestras metas y cedamos en otras	3.98	.946
6. Colaboro con mi pareja para resolver nuestras diferencias en relación a usar condón	4.11	.865
7. Comparto los problemas con mi pareja, de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente	4.22	.835
8. Coopero para lograr un acuerdo con mi pareja sobre usar el condón	4.23	.807
9. Pongo de mi parte para que mi pareja y yo resolvamos problemas relativos a usar condón	4.07	.843
10. Procuero evitar situaciones de encuentro sexual desagradables	3.95	1.010
11. Propongo soluciones equitativas entre nosotros para protegernos sexualmente	4.11	.871
12. Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente	4.11	.856
13. Trato de convencer a mi pareja de las ventajas de mi posición para protegernos sexualmente	4.05	.869
14. Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón	4.19	.775
15. Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente	4.17	.829

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Apéndice C1

Datos descriptivos de la conducta sexual segura

Reactivos	Global	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Yo insisto con el uso del condón cuanto tengo relaciones sexuales	3.36	.711
2. Yo detengo el juego previo a la relación sexual (como tocar/besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón	2.78	.835
3. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo	3.37	.718
4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón	3.12	.741
5. Tengo sexo oral sin usar barrera de protección, como un condón o barrera de látex	2.10	.945
6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar sexo seguro	2.67	.844
7. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, me niego a tener relaciones sexuales	2.86	.830
8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar condón	3.30	.581
9. Uso drogas antes o durante las relaciones sexuales	1.16	.461
10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual	2.44	.951
11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja	2.38	.802
12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital	3.48	.815
13. Practico sexo anal	3.28	.905
14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual	3.05	1.107
15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay	3.30	.955
16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales	1.76	.645

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *n*= 257

Resumen Autobiográfico

Vicente Jiménez Vázquez

Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE SEXO SEGURO PARA HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Biografía: Nació el 09 de Agosto de 1985, en la ciudad de Tixtla de Guerrero, Guerrero. Hijo del Sr. Isidro Jiménez Catarino y la Sra. Elvira Vázquez Cipriano.

Educación: Licenciatura en Enfermería, por la Universidad Autónoma de Guerrero (2007), y Maestría en Enfermería, por la Universidad Autónoma de Chihuahua (2011).

Experiencia profesional: Enfermero general en la Jurisdicción Sanitaria 03 centro, Secretaria de Salud de Guerrero (2008). Enfermero general en el Hospital General de Chihuahua (2010). Profesor-Investigador de tiempo completo asociado C, en la Universidad del Papaloapan (2012-2015).

Asociaciones y membresías: Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International.

Distinciones: Tercer lugar de generación en Licenciatura en Enfermería, y reconocimiento por el gobierno del estado de Guerrero por destacado rendimiento académico en la Unidad Académica de Enfermería No. 1.

Correo electrónico: dcejimenez@hotmail.com