

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



VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por
LE. JOSUÉ CORONADO BECERRIL

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

ABRIL, 2021

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



VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por
LE. JOSUÉ CORONADO BECERRIL

Director de Tesis
DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

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

ABRIL, 2021

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



VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por
LE. JOSUÉ CORONADO BECERRIL

Codirector de Tesis
DRA. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

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

ABRIL, 2021

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



VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Por
LE. JOSUÉ CORONADO BECERRIL

Asesor estadístico
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

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

ABRIL, 2021

VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES
Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega
Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por brindarme la oportunidad de continuar mi formación académica y profesional como Maestro en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por otorgarme la beca de estudios para realizar y concluir la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la UANL, por su apoyo y facilidades.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, por brindarme la oportunidad de seguir con mi formación académica.

A mi directora de tesis, la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por cada una de sus enseñanzas, su dedicación, paciencia, instrucción e ímpetu a lo largo de mi formación, gracias por su apoyo, sus palabras, su motivación, su guía y sus ánimos durante este proceso.

A los integrantes de mi Comité Académico de Tesis, Raquel Alicia Benavides Torres, PhD., Dra. María Aracely Márquez Vega, y Dra. Alma Angélica Villa Rueda, por cada una de sus valiosas aportaciones y tiempo destinados a la mejora de este trabajo.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, por su colaboración como asesor estadístico, sus aportaciones fueron fundamentales para guiar este trabajo.

A todos los docentes de la Facultad de Enfermería de la UANL del programa de posgrado, por compartir sus conocimientos y experiencias que enriquecieron mi aprendizaje, en especial a la Dra. María Aracely Márquez Vega y la Dra. María Guadalupe Martínez Márquez, quienes cuentan con mi profunda admiración y respeto.

A las personas que fungieron como semillas iniciales, Jesús Roberto Flores Guerrero, Jaime Alejandro Jasso Amaya, Aldo Alberto Hernández Gámez, Miguel

Ángel Reyna Alanís, y Mario Delgado Herrera. Su interés en este trabajo y su esfuerzo fueron de suma importancia para cumplir los objetivos.

Al Dr. Vicente Jiménez Vázquez y la MCE. Dafne Astrid Gómez Melasio, por cada una de sus enseñanzas y aportaciones, así como el tiempo y sus contribuciones a mi formación académica, profesional y personal, cuentan con todo mi respeto, admiración y estima.

A mis compañeros y amigos Licenciados en Enfermería Brenda Alicia Contreras Acevedo, Melissa Mátar Lizcano, Juan Jesús Fuentes Ocampo y Jorge de Jesús Ibarra Cázares, por compartir sus experiencias y sus conocimientos a lo largo de este proceso.

Dedicatoria

A mi madre, Gabriela Becerril Gómez, por sus sacrificios y su esfuerzo dedicados a mi enseñanza. Te debo el impulsarme a ser mejor persona y profesionalista, y a tomar nuevos desafíos, gracias por acompañarme en mi vida y en mis pasos. Tú siempre serás uno de los pilares que dan razón a mi existir.

A mi hermana Ruth Dámariz Coronado Becerril, por todo tu apoyo incondicional en la realización de cada una de mis aspiraciones. Gracias por formar parte de mis logros y estar presente en mi vida, sin ti no podría alcanzar mis metas. Este trabajo te lo dedico a ti y a tus hijos con todo mi cariño y gratitud por no dejarme en los momentos más difíciles.

A mi abuela Rosa Gómez Caballero, por haber sido mi madre el tiempo que estuviste conmigo, por inspirarme y ser una luz en mi camino, por enseñarme el significado de luchar y por no dejarme rendir en ninguna adversidad. Llevo cada recuerdo tuyo en mi corazón, y no hay día en que no piense en ti.

A la familia Hernández Martínez, por su apoyo, comprensión y estima desde que nos conocemos.

A mis amigas y colegas Yulissa Marlene Rodríguez Salazar y Kaori Azeneth Sánchez Guevara, por crecer junto conmigo en esta hermosa ciencia y alentarme a emprender nuevos objetivos.

A mis amigos Desireé Soid Arcay Alicea y Joshua Ortíz Arcay, quienes me han enseñado que la amistad trasciende de la distancia, agradezco haber encontrado a personas tan valiosas que desde otro país me apoyen y motiven a seguir mis metas y las hacen suyas.

A Mario Delgado Herrera, por ser la familia y el apoyo que he necesitado estos últimos años, gracias por hacer de mí una persona íntegra y perseverante, y por acompañarme en uno de los pasos más importantes de mi formación profesional.

A José Fernando Hernández Martínez, por recorrer conmigo cada momento de mi vida, por darme tu mano sin importar la circunstancia, por formar parte de todos mis logros, y por enseñarme a comerme el mundo. Gracias por todo tu cariño, paciencia y por ser el motor que me ayuda a alcanzar mis sueños.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	5
Estudios Relacionados	8
Definición de Términos	12
Objetivos e Hipótesis	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestra y Muestreo	14
Criterios de Inclusión	16
Criterios de Exclusión	16
Criterios de Eliminación	17
Instrumentos de Medición	17
Procedimiento de Recolección de Información	20
Entrenamiento del Equipo de Reclutamiento	23
Consideraciones Éticas	23
Estrategia de Análisis de Datos	25
Capítulo III	
Resultados	26
Características Sociodemográficas y de Sexualidad	26
Estadística Descriptiva	27
Características Psicométricas de los Instrumentos	28
Objetivos Específicos	29
Hipótesis	32
Objetivo General	34

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	36
Limitaciones del Estudio	42
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Referencias	45
Apéndices	51
A. Consentimiento Informado	52
B. Cédula de Datos Personales y Sexuales	54
C. Escala de Violencia de Pareja en Hombres Gay y Bisexuales	55
D. Escala de Conducta Sexual en HSH	57
E. Ejemplo de Lista de Códigos de Acceso para Semillas Iniciales	58
F. Ejemplo de Lista de Códigos de Soporte para Semillas Iniciales	61

Lista de Figuras

Figura		Página
1.	Subestructuración teórica	7
2.	Ejemplo de sistema de aproximación tipo cadena	15
3.	Sistema de redes de contacto del MDE	22

Lista de Tablas

Tabla		Página
1.	Redes sociales y de flirteo y asignación por semilla inicial	16
2.	Participantes reclutados por cada semilla inicial	22
3.	Estado civil y escolaridad	26
4.	Características de sexualidad de los hombres que tienen sexo con hombres	27
5.	Estadística descriptiva y resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (<i>K-S</i>)	28
6.	Consistencia interna de los instrumentos	29
7.	Frecuencia de los tipos de violencia de pareja en hombres que tienen sexo con hombres	30
8.	Frecuencia de relaciones sexuales con hombres	31
9.	Frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales por tipo de pareja	32
10.	Relaciones entre violencia de pareja por victimización y perpetración y conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen sexo con hombres	33
11.	Coefficientes del primer modelo de RLM de los dominios de la violencia de pareja en las conductas sexuales de riesgo para el VIH “Método Backward”	35
12.	Coefficientes del cuarto modelo de RLM de los dominios de la violencia de pareja en las conductas sexuales de riesgo para el VIH “Método Backward”	35

Resumen

Josué Coronado Becerril
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2021

Título del estudio: VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Número de páginas: 61

Candidato a Obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

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

Objetivo y Método de Estudio: Determinar si la violencia de pareja influye sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH. La población fueron HSH mayores de 18 años de la zona metropolitana de Monterrey, N.L. El tamaño de la muestra se calculó para una prueba de contraste de la hipótesis nula de independencia ($p = 0$) en las variables, $X_1 = VP$ en HSH y $X_2 =$ conductas sexuales de riesgo para el VIH, con un nivel de significancia de .05 para una hipótesis alternativa (H_1) bilateral con potencia del .85 con una correlación poblacional de .20. El tamaño de muestra fue de 224 HSH, los cuales se seleccionaron por un muestreo dirigido por entrevistados virtual a través de 5 redes sociales y de flirteo. Se utilizó una cédula de datos personales y de sexualidad y dos instrumentos de medición con confiabilidad aceptable. El análisis se basó en estadística descriptiva, prueba de Kolmogorov-Smirnov ($K-S$) con corrección de Lilliefors, prueba de coeficiente de correlación de Spearman y modelos de Regresión Lineal Múltiple con método de eliminación Backward.

Conclusiones y contribuciones: La muestra final estuvo conformada por 224 HSH, con una media de edad de 31.80 ($DE = 9.00$), y media de edad de inicio de vida sexual de 17.75 ($DE = 2.50$), y media de número de parejas sexuales en el último año de 3.05 ($DE = 1.86$). Se encontró que el 73.7% de los participantes ha experimentado algún tipo de VP, así como que el 46.4% se identifica como víctima y el 25.9% como perpetrador. La victimización más frecuente fue por conductas de monitoreo (23.7%), mientras que la perpetración más frecuente fue por violencia sexual (10.3%). Se ajustó un modelo que consideró dos de los cinco dominios de la VP ($F_{[2,221]} = 1.54; p < .001; R^2 = .19$) y explicó el 18.9% de la varianza. Estos resultados son de gran importancia para la enfermería, ya que aportan conocimiento sobre el fenómeno de violencia al interior de la pareja y su influencia en las conductas sexuales de los HSH, lo cual permite desarrollar intervenciones que proporcionen apoyo social y fortalezcan la educación sobre sexo seguro en esta minoría.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) representa una de las principales cargas para los sistemas de salud pública a nivel mundial. Hasta el año 2018, había 37.9 millones de personas que vivían con el virus en todo el mundo, y se registraron 1.7 millones de nuevos casos, además, cerca de 8.1 millones de personas desconocen que vivían con el VIH, y sólo el 62% de las personas afectadas tuvo acceso al tratamiento. Se registraron 770 mil muertes asociadas al síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (sida) al cierre del 2018 (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2019). En México, desde el inicio de la epidemia y hasta el cierre del 2019 se registró cerca de 211 mil casos de VIH/sida, y para el Estado de Nuevo León, se contabilizaron seis mil doscientos veintiséis casos (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CONASIDA] 2020).

De acuerdo con datos de ONUSIDA (2019) más de la mitad de las infecciones por el VIH a nivel mundial se encuentran entre los grupos de población clave y sus parejas sexuales, los cuales constituyen una pequeña proporción de la población general, pero tienen un riesgo extremadamente alto de infección por el VIH. Uno de estos grupos son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ya que a nivel mundial representan el 54% de las nuevas infecciones por el VIH, y son el subgrupo más afectado por este virus, ya que tienen 22% más probabilidad de adquirirlo en función de sus conductas sexuales.

En años recientes, se ha documentado que las conductas sexuales de riesgo de los HSH se expresan principalmente a través del sexo oral y anal (receptivo e insertivo) sin uso de condón, sexo con múltiples parejas, sexo transaccional, uso de drogas y alcohol antes de las relaciones sexuales y la elección de parejas sexuales considerando el estado

seropositivo al VIH (serosorting), así como el sexo anal desprotegido intencionalmente (barebacking) e incluso la adquisición intencional del VIH (bugchasing). Esto sitúa a los HSH como una de las minorías más afectadas por infecciones de transmisión sexual (ITS), donde, a pesar de que se conocen las consecuencias de este tipo de comportamientos, influyen aspectos que van más allá del sexo, como la autoestima, la búsqueda de sensaciones sexuales significativas y la necesidad de conectar e intimar con otros HSH (Díaz, Orlando-Narváes & Ballester-Arnal, 2019; Estrada-Montoya, 2014).

En este sentido, la literatura señala que, si bien factores biológicos y de comportamiento favorecen su vulnerabilidad al VIH, poblaciones clave en todo el mundo enfrentan situaciones sociales que constituyen una barrera para el acceso a servicios de prevención, control, tratamiento y seguimiento del VIH. Uno de estas es la violencia, la cual puede ser experimentada a través de las relaciones interpersonales, como lo son las relaciones de pareja (VP). El interés de algunos investigadores se ha centrado en estudiar las formas de VP ejercida contra poblaciones clave y su relación con riesgos asociados al VIH, tales como: múltiples parejas sexuales, sexo coaccionado, violencia perpetrada por pareja sexual (estable, ocasional y/o trabajador sexual) y relaciones sexuales sin protección, sin embargo, los estudios sobre esta relación son escasos (Beattie, et al., 2015; George, et al., 2016; Kouyoumdjian, et al., 2013).

Investigaciones señalan que la violencia de pareja no es exclusiva de parejas heterosexuales, y que el ejercicio de poder se da en cualquier dirección de la diada sin importar su sexo, de modo que se debe considerar que cualquiera de los miembros puede desempeñar el rol de perpetrador (quien inflige el daño), el de víctima (receptor del daño) o ambos roles al mismo tiempo (Rojas, et al., 2019). Así mismo, la vulnerabilidad individual y social experimentada por minorías pueden conducir a diferentes dinámicas de relación de pareja con diferentes dimensiones de violencia que no son consistentes con las parejas del mismo sexo (Wei, et al., 2019).

En este sentido, autores como Wei, et al., (2019); Stephenson y Finneran (2013), mencionan que la VP de pareja en HSH se presenta de diferentes formas a la experimentada por parejas heterosexuales, debido a factores como la identidad de género o los roles sexuales. Estos autores indican que la VP son acciones de victimización y/o perpetración que atentan contra la integridad de la pareja, además mencionan que las experiencias de violencia se presentan en los siguientes dominios: violencia física, sexual, y emocional, comportamientos de monitoreo y de control. La violencia física se refiere a situaciones como destrucción de la propiedad, arrebatamiento, restricción, empujones, etc.; violencia sexual hace alusión al sexo compulsivo o alguna otra actividad sexual que haga sentir incómodo a la persona; violencia emocional, es hacer comentarios insultantes hacia su persona y/o a la pareja; comportamientos de monitoreo, se refiere a indagar en cuestiones personales de la pareja sin su consentimiento; y el comportamiento de control, significa impedir la comunicación con su familia y/o amistades.

Las dinámicas de pareja en los HSH juegan un papel importante en la adquisición del VIH. Se ha encontrado que los HSH jóvenes entablan relaciones afectivas con hombres mayores por la búsqueda de apoyo emocional, financiero e instrumental (rol protector) que da paso a dinámicas de poder. De esta forma, la pareja más experimentada, con mejor posicionamiento laboral, mayor nivel de estudios y mayores ingresos tiende a ser la pareja de mayor edad, lo que le adjudica un rol de dominio o control. Por ello, la pareja sometida no es capaz de negociar sexo seguro o inclusive se ve forzada a desempeñar roles sexuales que no son de su elección. Esto representa un importante riesgo para contraer el VIH cuando se tienen relaciones sexuales con más de una pareja sexual (Fernández-Dávila, 2016).

Estudios sugieren que el uso de condón es menor en los HSH con parejas estables y con quien se mantiene una relación afectiva en comparación con los que mantienen relaciones sexuales ocasionales, no obstante, dentro de las relaciones estables

se encontró que casi la mitad de los HSH manifestaron haber tenido sexo con parejas fuera de su relación sentimental (Mengual, Llario, Arnal & Rodríguez, 2016). Así mismo, se ha descrito que las relaciones anales sin condón, tener más de una pareja sexual y sufrir y/o perpetrar episodios de VP están ligados a factores como el consumo de sustancias nocivas, síntomas depresivos y sexo transaccional, lo cual incrementa el riesgo de adquirir el VIH y otras ITS (Wilkerson, et. al, 2018).

En México son escasos los estudios que aborden la relación existente entre la violencia de pareja y las conductas sexuales de los HSH. Así mismo, el estudio de la violencia y su relación con el VIH en minorías ha sido mayormente abordado por disciplinas como la sociología y la psicología. Se requiere el estudio de esta problemática de forma integral, a través de un marco teórico que ayude a explicar las variables antes descritas y su relación existente. En este sentido, desde la disciplina de enfermería, el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, Murdaugh y Parson (2015) se considera como un marco idóneo para comprender el fenómeno de interés por su flexibilidad al explicar la conducta de los individuos a través de variables biológicas, psicológicas, socioculturales, cognitivas e interpersonales, así como la interacción simultánea entre estas.

A través de la revisión de literatura, no se documentó ninguna investigación que explicara la influencia de la VP y conductas sexuales de HSH por medio del MPS. En este contexto, y dado que esta problemática aún permanece bajo criterios sociales de poca aceptación y reconocimiento, representa para enfermería la oportunidad de generar conocimiento de utilidad que en un futuro permitan diseñar programas enfocados a la detección y prevención de la VP como riesgo para contraer VIH, con el fin de disminuir la vulnerabilidad desde etapas tempranas en esta población clave. Por ello, el objetivo de la presente investigación es determinar si la violencia de pareja influye sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH.

Marco Teórico

El presente estudio tiene como fundamento el Modelo de Prevención de la Salud (MPS) de Nola J. Pender, para explicar la relación entre la violencia de pareja y las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH. El MPS tiene como objetivo explorar los procesos biopsicosociales por los cuales los individuos se ven influenciados y comprometidos con la adopción de conductas saludables, esto a través de tres grupos de constructos (Pender, Murdaugh & Parson, 2015). El primer grupo incluye las características y experiencias personales y considera dos conceptos: 1) conducta previa relacionada, que abarca las experiencias anteriores de la conducta y las cuales pueden influir en el compromiso con las conductas promotoras de salud; y 2) factores personales, los cuales son de tipo biológicos, psicológicos y socioculturales, y pueden ser predictores de una conducta.

El segundo grupo incluye las cogniciones y afectos específicos de la conducta, y considera como conceptos: 1) beneficios percibidos de la conducta promotora de salud, que son los resultados positivos anticipados a una conducta promotora; 2) barreras percibidas para la acción, que constan de las acciones o percepciones que obstaculizan el compromiso con las conductas promotoras; 3) autoeficacia percibida, que se manifiesta como la autopercepción del individuo de su competencia para ejecutar una determinada conducta; 4) afecto relacionado a la actividad, que es el conjunto de emociones favorables o desfavorables para una conducta; 5) influencias interpersonales, las cuales contemplan que los seres queridos por la persona pueden influir en el compromiso con las conductas promotoras de salud; y 6) influencias situacionales, las cuales pueden afectar positiva o negativamente el compromiso del individuo con las conductas promotoras de salud.

El tercer grupo es de resultados conductuales, que incluye el concepto de conducta promotora de salud, la cual se ve mediada por las competencias inmediatas sobre las conductas, las demandas y las preferencias del individuo, que tienen como

resultado el compromiso con los planes de acción para lograr la conducta promotora de salud. Para el presente estudio, solo se utilizarán los conceptos influencias situacionales (cogniciones sobre conductas, actitudes o creencias de otros que pueden influir en la conducta del individuo) y la conducta promotora de salud (logro de los resultados de salud, ya sean positivos y/o negativos en el individuo).

Así mismo, Pender, Murdaugh y Parson (2015) proponen 14 afirmaciones teóricas cuyo eje central es la conducta promotora de salud, guiada por los procesos biopsicosociales por los cuales los individuos se ven motivados para el compromiso con las conductas promotoras de salud, de las cuales sólo se considera la siguiente:

1. Familiares, pares y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y/o adaptación de la conducta promotora de salud.

De acuerdo con su integración, estructura y declaraciones teóricas, se considera que el MPS es de utilidad para explicar la relación entre las variables violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH. En la Figura 1, se muestra la estructura teórica aplicada para operacionalizar las variables del estudio según los constructos del MPS seleccionados.

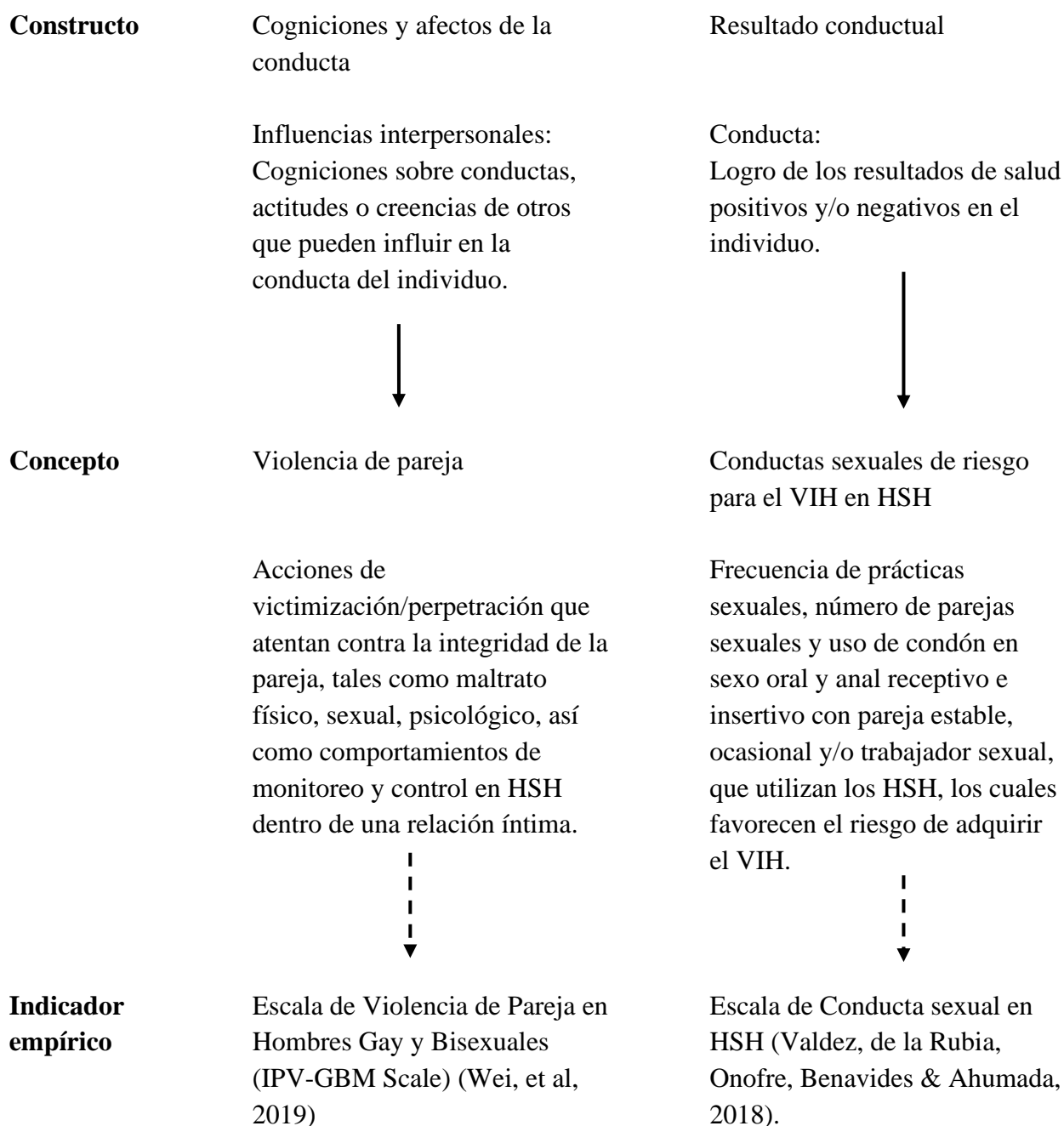
Figura 1. Subestructuración teórica

Figura 1. Se muestran los constructos del MPS y la operacionalización aplicados a las variables del estudio. Las flechas indican las relaciones establecidas.

Estudios Relacionados

A continuación, se describen los estudios relacionados que aportan evidencia sobre las variables de estudio, VP y conductas sexuales de riesgo.

Davis, et al. (2015) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la prevalencia de VP en HSH y en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres (HSHM) e identificar correlaciones entre VP, conductas sexuales de riesgo y diagnóstico positivo a VIH e ITS en China. La muestra estuvo compuesta por 610 HSH con una media de edad de 24 años (rango intercuartil [RIC] 21 – 29) de los cuales 67.7 % eran HSH y el 32.3% eran HSHM.

Un total de 182 participantes reportaron haber experimentado algún tipo de violencia, de los cuales 108 eran HSH y 74 eran HSHM. Al realizar un análisis de regresión multivariable por subgrupos, se encontró que, en los HSH, el tipo de violencia más común fue recibir amenazas sobre revelar la identidad sexual (18.9%), seguido de la violencia física (16.1%). Además, los resultados indican que existe relación significativa entre experimentar VP y haber tenido sexo grupal en los últimos 12 meses ($AOR = 1.84$; $95\% IC = 1.07 - 3.18$; $p = .027$).

Duncan, et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar la relación de la VP con el abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo en HSH. La muestra estuvo compuesta por 175 HSH, de los cuales el 37.7%, manifestaron haber experimentado algún tipo de VP, el 24.0% violencia emocional, el 11.4% violencia sexual, y el 10.3% violencia física. Otros tipos de VP como intimidación, aislamiento y VP financiera fueron menos comunes. A través de regresión binomial se reportaron asociaciones entre haber experimentado cualquier forma de VP con el número de parejas sexuales ($IRR = 1.72$; $95\% IC = 1.10 - 2.68$; $p = .017$); número de parejas sexuales con sexo anal receptivo sin condón ($IRR = 1.80$; $95\% IC = 1.03 - 3.14$; $p = .040$); y entre el número de parejas sexuales con sexo anal insertivo sin condón ($IRR = 1.61$; $95\% IC = 1.00 - 2.58$; $p = .049$).

La violencia emocional se asoció con el número de parejas con sexo anal insertivo ($IRR = 1.87$; 95% $IC = 1.10 - 3.15$; $p = .020$); con sexo anal insertivo sin condón ($IRR = 2.29$; 95% $IC = 1.13 - 4.63$; $p = .21$), y con sexo oral ($IRR = 1.83$; 95% $IC = 1.29 - 2.61$; $p = .001$). Se reportó asociación positiva entre experimentar violencia de pareja con el número de parejas con sexo oral ($IRR = 1.47$; 95% $IC = 1.07 - 2.02$; $p = .017$), y asociación positiva entre la violencia física con parejas con sexo anal receptivo ($IRR = 3.02$; 95% $IC = 1.32 - 6.91$; $p = .009$). La violencia de pareja por intimidación se asoció con sexo anal receptivo sin condón ($IRR = 3.45$; 95% $IC = 1.64 - 7.11$; $p = .001$), con el número de parejas con sexo anal receptivo ($IRR = 3.44$; 95% $IC = 1.81 - 6.55$; $p < .001$) y con el número de parejas con sexo anal receptivo ($IRR = 2.25$; 95% $IC = 1.05 - 4.79$; $p = .036$).

Dunkle, et al. (2013) examinaron la prevalencia de VP y la relación de riesgo para el VIH e ITS en una población de trabajadores sexuales masculinos y otros HSH de Shangai, China. La muestra estuvo compuesta por 404 HSH mayores de 18 años, encontraron altos niveles de VP en ambos grupos, los trabajadores sexuales masculinos (57.4%) y en los HSH (44.8%) presentaron algún tipo de abuso por parte de una pareja masculina ($p = .01$). Se realizó una prueba de regresión logística, y se encontró que los HSH que reportaron más de un tipo de abuso por parte de una pareja masculina tenían más probabilidades de reportar cualquier tipo de relación sexual sin protección ($OR = 1.86$; 95% $IC = 1.11 - 3.12$; $p = .02$), sexo anal sin protección ($OR = 1.85$; 95% $IC = 1.03 - 3.32$; $p = .04$), o sexo con un trabajador sexual ($OR = 1.96$; 95% $IC = 1.11 - 3.45$; $p = .02$).

Liu, et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la prevalencia de VP y sus asociaciones con conductas sexuales de riesgo de infección por el VIH en HSH de Shangai, China. La muestra estuvo compuesta por 732 HSH mayores de 18 años, el 80.3% eran menores a 35 años, el 24.3% presentaron algún tipo de VP por parte de una pareja masculina, violencia física (6.6%), violencia sexual (5.5%), violencia

psicológica (8.2%), alguna forma de privación o negligencia (20.1%) y algún otro tipo de violencia (2.3%).

Respecto a las conductas sexuales de riesgo, 15% participó en sexo transaccional con un hombre, 61.9% tuvo sexo con compañeros casuales masculinos, 66.9% reportó haber tenido dos o más compañeros sexuales masculinos en el último año, y el 14.1% reportó haber sido diagnosticado con una ITS. El 11.6% de los participantes tuvieron diagnóstico positivo al VIH. La prevalencia del VIH fue de 20% para los HSH que sufrían al menos un tipo de VP y del 9.4% para los que sufrían dos o más tipos de VP.

A través de un análisis multivariable, se encontró asociación entre violencia psicológica y con sexo con pareja estable ($AOR = 2.53$; 95% $IC = 1.25 - 5.12$; $p < .01$), entre violencia sexual y haber tenido sexo con trabajadores sexuales ($AOR = 2.53$; 95% $IC = 1.19 - 5.39$; $p < .05$), entre algún tipo de VP con sexo con parejas ocasionales ($AOR = 1.72$; 95% $IC = 1.15 - 2.57$; $p < .01$); y algún tipo de VP y diagnóstico positivo a ITS ($AOR = 1.80$; 95% $IC = 1.12 - 2.88$; $p < .05$).

Siemieniuk, et al. (2013) evaluaron las asociaciones entre VP y enfermedades mentales, abuso de drogas, encarcelamiento, prácticas sexuales de riesgo, mala calidad de vida relacionada a la salud, discontinuidades en el cuidado y pobres resultados clínicos en el cuidado del VIH en HSH. La muestra estuvo conformada por 687 hombres gay y bisexuales en Canadá, con diagnóstico positivo al VIH, de los cuales 22.4% tuvo experiencias de uno o más tipos de VP. Se realizó una prueba de regresión tipo Poisson y se demostró relación entre la VP y HSH de edades jóvenes ($APR = 0.97$; 95% $IC = 0.95 - 0.99$; $p = .01$); y con sexo sin protección ($APR = 2.29$; 95% $IC = 1.10 - 4.77$; $p = .03$).

Stephenson y Finneran (2017) examinaron la victimización y la perpetración de VP y sus asociaciones con sexo anal sin condón en HSH de Atlanta, EU. La muestra estuvo compuesta por 750 HSH, donde el 49.2% tenía menos de 35 años, y el 25.3% reportó estatus positivo al VIH. El 46.1% de los participantes reportaron haber sido

víctima de al menos algún tipo de VP en el último año por una pareja masculina. Respecto a la victimización por VP, la más reportada fue la violencia emocional (28.3%), seguida de violencia física y sexual (23.6%), conductas de monitoreo (21.6%) y conductas de control (10.7%). Para la perpetración de VP, 33.6% indicó haber perpetrado algún tipo de violencia. El tipo de VP más perpetrado fue la violencia emocional (18.4%), seguida de las conductas de monitoreo (17.5%) y violencia física y sexual (13.3%).

Se realizó una regresión logística multivariable y se encontró asociación significativa entre sexo anal sin condón durante la última relación sexual con victimización de violencia física y sexual ($OR = 1.58$; 95% $IC = 1.01 - 2.46$; $p = .012$); y con conductas de monitoreo ($OR = 1.93$; 95% $IC = 1.24 - 3.00$; $p = .011$). El sexo anal sin condón durante la última relación sexual se asoció con perpetración de violencia física y sexual ($OR = 1.73$; 95% $IC = 1.01 - 2.96$; $p = .008$); con violencia emocional ($OR = 1.61$; 95% $IC = 1.03 - 2.53$; $p = .002$), y con conductas de monitoreo ($OR = 1.66$; 95% $IC = 1.05 - 2.64$; $p = .001$).

Wei et. al (2019) realizaron un estudio sobre VP y autoestima en HSH de Shangai, China. La muestra estuvo compuesta por 431 HSH mayores de edad. Encontraron que el 35.5% había sido víctima de algún tipo de VP, mientras que el 27.6% había sido perpetrador de la misma. A través de un modelo de regresión logística se demostró que haber tenido sexo transaccional estaba asociado positivamente a victimización por conductas de monitoreo ($AOR = 2.7$; 95% $IC = 1.7 - 7.4$; $p < .05$) y a perpetración por conductas de monitoreo ($AOR = 3.9$; 95% $IC = 1.5 - 13.3$; $p < .05$).

Wilkerson, et al. (2018) realizaron un estudio para analizar el diagnóstico del VIH, conductas sexuales de riesgo y VP en HSH de Maharashtra, India. La muestra estuvo compuesta por 433 HSH. 56.3% presentó algún tipo de VP en los últimos 12 meses y el 58.4% fueron diagnosticados con el VIH en el último año. Se realizó un

modelo de regresión logística multivariable y se encontró asociación entre sexo anal sin condón con el número de compañeros sexuales masculinos ($OR = 1.04$; 95% $IC = 1.01 - 1.08$; $p < .05$); y con haber experimentado algún tipo de VP ($OR = 6.33$; 95% $IC = 2.13 - 18.83$; $p < .05$).

A manera de síntesis, la revisión de la literatura muestra que la VP es experimentada en su mayoría por HSH jóvenes, y ha sido relacionada positivamente a experiencias de sexo transaccional, grupal, sexo anal desprotegido y presentar diagnóstico positivo al VIH e ITS. A su vez, las principales formas de VP documentadas son a través de violencia emocional, violencia física y violencia sexual.

El tipo de victimización por VP más frecuente es violencia emocional, seguida de violencia física y sexual, y conductas de monitoreo. Así mismo, el tipo de perpetración de VP más frecuente es violencia emocional, seguida de conductas de monitoreo y la violencia física y sexual. La victimización por VP se asocia a sexo anal sin condón, conductas de monitoreo y sexo transaccional, mientras que la perpetración de VP se asocia a sexo anal sin condón y sexo transaccional. Cabe señalar que no se documentaron estudios en el país centrados en las conductas de monitoreo y de control en parejas de HSH, ni sobre la relación de estas con la frecuencia de uso de condón en los diferentes tipos de sexo (oral y anal) y las experiencias de VP por victimización y perpetración en los diferentes tipos de pareja.

Definición de Términos

Violencia de pareja: Se refiere a todas las acciones de victimización/perpetración que atentan contra la integridad de la pareja, tales como maltrato físico, sexual, psicológico, así como comportamientos de monitoreo y control en HSH dentro de una relación íntima. Será medida a través de la escala de violencia de pareja en hombres gay y bisexuales de Wei, et al, (2019).

Conductas sexuales de riesgo para el VIH: Frecuencia de las prácticas sexuales que incluye sexo anal y oral receptivo e insertivo con hombres sin condón, número de

parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o trabajador sexual) que utilizan los HSH, los cuales favorecen el riesgo de adquirir el VIH. Medido a través el inventario de conductas sexuales en HSH de Valdez-Montero, Moral de la Rubia, Onofre-Rodríguez, Benavides-Torres y Ahumada-Cortez (2018).

Objetivo General

Determinar si la violencia de pareja influye sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH.

Objetivos específicos.

1. Describir el tipo de violencia de pareja en HSH según victimización/perpetración.
2. Describir las conductas sexuales de riesgo para el VIH por tipo de pareja de los HSH.

Hipótesis.

H₁ Existe relación entre violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH.

Capítulo II

Metodología

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

Diseño del Estudio

Para el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo, correlacional, debido a que el objetivo del estudio fue determinar si la VP influye en las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH. Asimismo, se propuso un diseño de tipo transversal, ya que la obtención de datos se hizo en un momento específico (Gray, Grove, & Sutherland, 2017).

Población, Muestra y Muestreo

La población se conformó por HSH de la zona metropolitana de Monterrey, México. La muestra estuvo compuesta de 224 HSH, calculada con el paquete estadístico n' Query Advisor versión 4. Para la determinación del tamaño de la muestra se consideró que el objetivo más importante (general) requirió del contraste de la hipótesis nula de independencia ($\rho = 0$) en las variables, $X_1 =$ VP en HSH y $X_2 =$ conductas de riesgo para el VIH, con un nivel de significancia de .05 ($\alpha = .05$) para una hipótesis alternativa (H_1) bilateral con potencia del 85% (.85) con una correlación poblacional de .20 (tamaño de efecto entre pequeño y mediano) (Cohen, 1988).

En el presente estudio, para el reclutamiento de participantes, se utilizó Muestreo Dirigido por Entrevistados (MDE) y por conglomerados de manera virtual, el cual es el recomendado a nivel internacional para estudios en poblaciones ocultas como son los HSH debido al estigma y discriminación que enfrenta esta población (Malekinejad et al., 2008; ONUSIDA, 2011), y que 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, posteriormente esas semillas proporcionarán el contacto de algún participante creando así nuevas olas de participación.

Para el reclutamiento de los participantes, se seleccionaron cinco semillas (S), las cuales se constituyeron por HSH, quienes recibieron entrenamiento como reclutadores para la investigación. Desde el inicio del estudio se le solicitó a cada semilla cuatro contactos, que contaron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, con el fin de configurar redes de contacto entre los participantes (Figura 2).

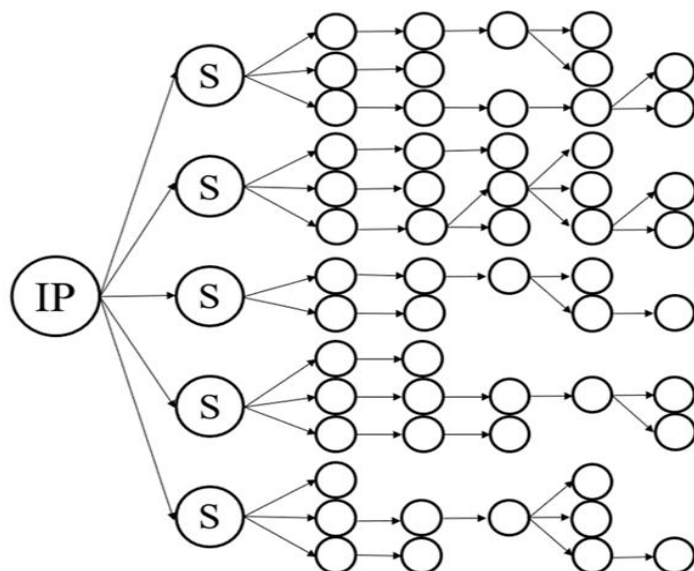


Figura 2. Ejemplo de sistema de aproximación tipo cadena

Se realizaron 3 olas por cada semilla con el objetivo de abarcar la mayor cantidad de participantes posible para cada conglomerado, y la recolección de datos se detuvo hasta que se cumplió con la muestra requerida. El investigador principal seleccionó las cinco semillas correspondientes a cada uno de los conglomerados a través de contactos referidos de los cuales se conocía que utilizan redes sociales y de flirteo para contactar a otros HSH.

Una vez identificados los posibles contactos, se les invitó a participar en el

estudio como semillas iniciales y se llevó a cabo una entrevista con el fin de conocer si contaba con las características requeridas para el estudio. Las redes seleccionadas para el reclutamiento fueron referidas por las semillas iniciales y se realizó un consenso para seleccionar las de mayor uso y accesibilidad por los usuarios, las cuales se muestran en la tabla 1. Se proporcionó el enlace de la encuesta a cada una de las semillas iniciales a través de las redes sociales WhatsApp, y Messenger.

Tabla 1

Redes sociales y de flirteo y asignación por semilla inicial

<i>Red Social/de flirteo</i>	<i>Semilla Inicial</i>
Grindr	Semilla 1
Facebook (incluyendo Facebook parejas)	Semilla 2
Tinder	Semilla 3
Badoo	Semilla 4
Scruff	Semilla 5

Criterios de Inclusión

Se incluyó a los HSH mayores de 18 años, residentes del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, que reportaron haber tenido sexo oral y/o anal insertivo, receptivo o ambos en los últimos 12 meses. El sexo anal se consideró criterio de inclusión debió a que constituye el comportamiento sexual de mayor riesgo para la transmisión del VIH (Díaz, Orlando-Narváes & Ballester-Arnal, 2019; Liu, et al., 2018). La ubicación geográfica se corroboró a través del IP generado en las encuestas virtuales.

Criterios de Exclusión

Se excluyó a los participantes que eran trabajadores sexuales ya que se considera que las conductas sexuales de estos conllevan un riesgo sexual implícito, además de un número de parejas sexuales mayor en comparación al de otros HSH. Lo anterior se corroboró a través de una pregunta filtro al abordar a los posibles participantes.

Criterios de Eliminación

Se eliminaron a los participantes que refirieron un estado serológico positivo al VIH, dado que en estos HSH las conductas sexuales de riesgo pueden verse influenciadas por el estigma de contagiar a sus parejas, o tienden a disminuir sus prácticas sexuales (Zamberia, 2009; Siemieniuk, et al., 2013), a su vez que las experiencias de violencia se perciben de manera distinta debido al estado serológico al VIH (Stephenson & Finneran, 2013). Dicha situación se corroboró a través de una pregunta filtro. A pesar ello, los instrumentos de medición se aplicaron para evitar incidentes de discriminación, pero no se consideraron en el análisis de los datos. Así mismo, se eliminaron las encuestas de los participantes que no completaron los instrumentos.

Instrumentos de Medición

A continuación, se presenta la descripción de los instrumentos que se utilizaron para medir las variables del estudio.

Preguntas filtro.

¿Ha tenido relaciones sexuales orales y/o anales (receptivas y/o insertivas) con un hombre en los últimos 12 meses? ¿Actualmente te dedicas al trabajo sexual (recibes dinero a cambio de tener relaciones sexuales con otro hombre)?

Cédula de datos personales y sexuales.

La cédula de datos estuvo conformada por edad, escolaridad, estado civil, número de parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales con hombres, tipo actual de pareja sexual (estable, ocasional o ambos), número de parejas sexuales en el último año, y estado serológico al VIH.

Violencia de pareja.

Se utilizó la Escala de Violencia de Pareja en Hombres Gay y Bisexuales (IPV-GBM Scale) Wei, et al, (2019) adaptada de la escala de Stephenson y Finneran (2013). La escala mide las experiencias de victimización y perpetración de VP en

hombres Gay y Bisexuales. Las experiencias de violencia se dividen en cinco dominios: violencia física, sexual, emocional, comportamientos de monitoreo, y de control. Cada dominio corresponde a una pregunta con cuatro opciones de respuesta. Un ejemplo de pregunta de un dominio es: ¿Alguna de las siguientes situaciones han ocurrido en la relación con tu pareja íntima?: Demandar acceso a tu teléfono celular, email, leer emails o mensajes de texto sin el conocimiento de la pareja y publicar repetidamente en las redes sociales de la pareja. Con cuatro opciones de respuesta: A: “He hecho lo antes mencionado a mi pareja”; B: “Mi pareja me ha hecho lo antes mencionado a mí”; C: “A y B”; D: “Ni A ni B”.

La forma de interpretar la escala es: si los participantes responden la opción A serán definidos como perpetradores, y si respondan B serán definidos como víctimas. Para cada tipo de VP, se definieron tres variables: perpetración de violencia específica (participantes que respondan A); victimización por violencia específica (participantes que respondan B); y cualquier experiencia de violencia (participantes que respondan C). Además, para calcular la prevalencia de VP, se definieron otras tres variables: cualquier VP (participantes que respondan C en cualquiera de las cinco preguntas); cualquier victimización por VP (participantes que respondan B en cualquiera de las cinco preguntas); y cualquier perpetración de VP (participantes que respondan la opción A en cualquiera de las cinco preguntas). La escala tiene un Alpha de Cronbach de .70.

La escala se encontró en el idioma inglés y se sometió al método de back translation descrito por Gray, Grove y Sutherland (2017). El método consiste en traducir el instrumento del idioma original inglés, al idioma destino español por un profesional del área de la salud bilingüe, cuyo idioma nativo sea el español. Posteriormente se retraduce del idioma destino al idioma original, por otro profesional del área de la salud cuya lengua materna sea el inglés. Ninguno de los traductores debe estar involucrado en ambas traducciones. Por último, el investigador principal realiza la revisión y comparación de las traducciones de ambas versiones para verificar que las preguntas

conserven el mismo sentido o significado.

Conductas sexuales de riesgo para el VIH.

Se utilizó la escala Conducta sexual en HSH, elaborada y validada por Valdez, de la Rubia, Onofre, Benavides y Ahumada (2018). La escala mide frecuencia de las prácticas sexuales, y uso de condón en cuatro tipos de conductas sexuales en HSH. La escala está integrada por dos subescalas y una pregunta sobre el número de parejas sexuales con cinco categorías ordinales (1-2, 4-5, 6-7, 8-9 y 10 o más parejas). Una subescala con cuatro ítems con formato tipo Likert evalúa la frecuencia con que se tienen cuatro tipos de conductas sexuales con hombres: sexo oral activo, sexo oral pasivo, coito anal insertivo y coito anal receptivo. La frecuencia de conductas sexuales se reporta en un rango de cinco categorías ordenadas: 1 = “no he tenido este tipo de sexo”, 2 = “a veces”, 3 = “con frecuencia”, 4 = “con mucha frecuencia” y 5 = “siempre”. Esta subescala considera puntajes entre 4 y 20, donde a mayor puntuación, mayor frecuencia de prácticas sexuales.

La otra subescala con 12 ítems y formato tipo Likert evalúa la frecuencia con que se usa el condón al tener cuatro tipos de conductas sexuales (sexo oral activo, sexo oral pasivo, coito anal insertivo y coito anal receptivo) con tres tipos de pareja masculina (pareja estable, ocasional y trabajadores sexuales). La frecuencia del uso del condón es en un rango de cinco categorías ordenadas: 0 = “no he tenido ese tipo de sexo”, 5 = “nunca usamos condón”, 4 = “a veces usamos condón”, 3 = “con frecuencia usamos condón”, 2 = “con mucha frecuencia usamos condón”, 1 = “siempre usamos condón”. El puntaje va de 0 a 60, donde a mayor puntuación, mayor frecuencia de sexo desprotegido. La puntuación total y las de los factores se obtienen multiplicando por 100 el cociente entre la suma ponderada de los ítems y la puntuación máxima posible (80 para la puntuación total, 32.5 para sexo desprotegido con parejas ocasionales y trabajadores sexuales y 40 para sexo desprotegido con pareja estable).

El rango de las puntuaciones en escala y sus tres factores varía en un continuo de 0 a 100. Mayor puntuación, refleja mayores conductas sexuales de riesgo. El instrumento reporta un Alpha de Cronbach de .86., y en otros estudios ha reportado .85 (Valdéz, 2015) y .89 (García, Ortega & Arias, 2018).

Procedimiento de Recolección de Información

Se solicitó la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez que se obtuvo la aprobación, se procedió a la capacitación de las personas que participaron en el reclutamiento de participantes y en la colecta de los datos, verificando que estas se consideraran HSH con el fin de facilitar la comunicación con los reclutados y proteger la confiabilidad de los datos del estudio. Las encuestas se realizaron de forma virtual en línea a través de la plataforma Questionpro®, donde se generaron enlaces específicos para cada semilla inicial y los cuales contaban con contraseñas seriadas (con el fin de controlar el sistema de redes de contacto).

Para cumplir con la metodología MDE, se seleccionaron 5 participantes (semillas iniciales) a los cuales se les proporcionó el enlace específico de la encuesta según la asignación por semilla (tabla 1), y después de completar su participación buscaron 4 contactos de otros posibles participantes. Las semillas iniciales llevaron su propio registro de participación a través de la distribución de los códigos (simulando la dinámica de entrega de cupones).

Una vez que se entabló contacto con un posible participante, se brindó la información sobre el objetivo del estudio, en qué consistía su participación y los aspectos éticos relevantes (confidencialidad de sus datos) esto a través de un mensaje incluido en el enlace de la encuesta. El consentimiento informado se aplicó al abrir el enlace de la encuesta, y en el mismo se especificaron los números telefónicos, chats por WhastApp y correo electrónico en caso de que el participante mostraba dudas sobre

algún aspecto del estudio. De aceptar participar, se oprimía el botón Continuar para responder la encuesta.

El orden de aplicación de los instrumentos en la encuesta en línea fue el siguiente: cédula de datos personales y de sexualidad, escala de violencia de pareja en hombres gay y bisexuales y escala de conducta sexual en HSH. Se consideró que el llenado de los instrumentos fue entre 5 a 10 minutos. Se pidió al participante que verificara que alguna pregunta quedara sin ser contestada y cuando este verificaba haber terminado se agradeció su participación.

Se repitió el procedimiento de abordaje con cada nuevo miembro para continuar con la configuración de las nuevas olas de participación hasta completar la muestra establecida para el estudio. Para identificar la semilla inicial y los nuevos participantes contactados por la misma, se llevó un registro de cada semilla y de cada contacto del que se confirmó su participación por medio de formatos impresos.

Para evitar el sesgo por saturar a las semillas iniciales con la complejidad de una cuarta ola de participación, la cual requería de la creación de 256 códigos para cada una (1280 nuevos códigos totales) y los cuales excedían la muestra requerida, se procedió a crear códigos de soporte para las semillas que solicitaran nuevos códigos, los cuales contaban con una variante en su estructura (ejemplo: s1sop1) con el fin de que fueran fácilmente asignados por las semillas iniciales a las demandas de la participación, culminando en una ola de soporte. A pesar de contar con estos nuevos códigos, se respetó la dinámica de requerirle a cada participante únicamente 4 contactos.

Se muestra en la Figura 3 la conformación del sistema de redes de contacto resultado del MDE. Cabe destacar que sólo las semillas 1 y 3 requirieron de códigos de soporte. A su vez, se muestra el número de participantes reclutados por semilla (tabla 2).

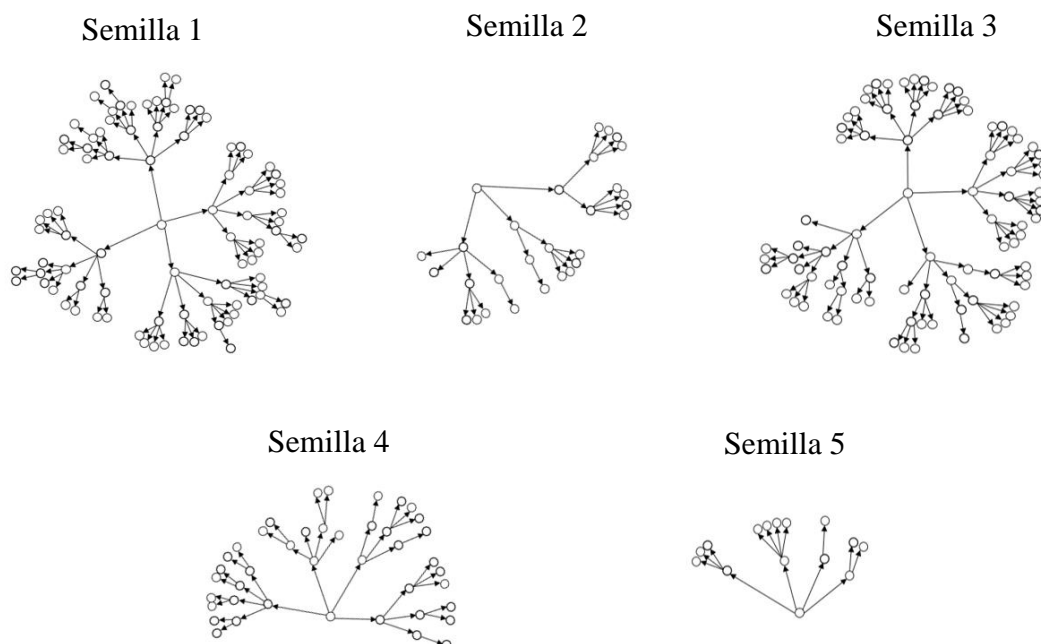


Figura 3. Sistema de redes de contacto del MDE.

Tabla 2

Participantes reclutados por cada semilla inicial

<i>Semilla inicial</i>	<i>Participantes reclutados</i>	<i>Participantes eliminados</i>	<i>Participantes validados</i>
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Semilla 1 (Grindr)	84	14	70
Semilla 2 (Facebook)	29	3	26
Semilla 3 (Tinder)	81	9	72
Semilla 4 (Badoo)	43	1	42
Semilla 5 (Scruff)	15	1	14
Total	252	28	224

Nota: *f* = Frecuencia

Los datos recolectados a través de las encuestas fueron capturados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 22.

Entrenamiento del Equipo de Reclutamiento

El investigador principal realizó una entrevista con los posibles candidatos para evitar incluir la participación de personas con estigmas relacionados al fenómeno del estudio y que mostraran la facilidad en el abordaje, comunicación y disponibilidad, así como sus percepciones sobre el fenómeno de la VP en HSH y la forma en la que esta puede incidir en las conductas sexuales. Los candidatos que reconocieron la problemática, y que mostraron mayor asertividad a los temas del estudio fueron elegidos para conformar las semillas iniciales. Una vez determinados los reclutadores, se les proporcionó la información sobre las generalidades del estudio, proceso de reclutamiento de participantes, criterios de inclusión y eliminación, llenado de los instrumentos de medición, aspectos éticos de la investigación a cuidar y formato de seguimiento de contactos y códigos. Las entrevistas se llevaron a cabo cara a cara y vía telefónica.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegará a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General en Materia Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987; Última reforma Diario Oficial de la Federación [DOF] 02-04-2014).

El estudio consideró el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se declara que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por tal motivo, se respetó la decisión de los sujetos contactados de participar o no en la investigación, se ofreció un trato respetuoso en todo el proceso de la recolección de datos, buscando no propiciar ninguna incomodidad en los participantes al contestar los instrumentos. De acuerdo con lo anterior se consideró lo estipulado en el Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII para obtener el consentimiento informado por parte de los participantes.

Además, se contó con la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se cumplió con lo estipulado en el Artículo 16 para proteger la privacidad del participante en la investigación, los instrumentos fueron anónimos y los datos obtenidos se trataron de manera confidencial, los resultados sólo fueron compartidos de forma grupal y sólo utilizados por el investigador principal.

En relación con el Artículo 17, Fracción II, y el Artículo 18, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo debido a que en la recolección de datos solo se utilizaron cuestionarios, sin embargo, si algún sentimiento negativo pudiese haber generado alguna molestia o incomodidad el participante tuvo la opción de detener la encuesta de manera inmediata.

Tomando en cuenta el Artículo 20, se proporcionó el consentimiento informado al participante a través de un mensaje al inicio de la encuesta, donde al comenzar esta aceptaban los términos para la participación, mediante el cual se autoriza la participación del sujeto con pleno conocimiento de los objetivos del estudio, riesgos y beneficios, así como los procedimientos y libertad de elección. Para que el consentimiento informado tenga validez, se fundamentó en el Capítulo I, Artículo 21, en sus Fracciones VI, VII y VIII. De acuerdo con la Fracción VI, se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de los datos; respecto a la Fracción VII, se informó al participante acerca de la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición personal ni sentimental; en cuanto a la Fracción VIII, se protegió la confidencialidad de la información, así como el anonimato del participante no identificándolo por su nombre.

El estudio se apegó a lo mencionado en los Artículos 57 y 58 del Capítulo V, así como lo mencionado en las Fracciones I y II, ya que los resultados del estudio sólo fueron utilizados con fines de investigación y no fueron utilizados en su contra.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos del presente estudio fueron capturados por el investigador principal y se analizó por medio del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows.

Para la variable categórica, se obtuvieron frecuencias simples relativas; para variables no categóricas se presentaron medidas de tendencia central (media, moda, mediana), medidas de variabilidad (varianza, desviación estándar, coeficiente de variación), y medidas de posicionamiento (valor mínimo y máximo). Para determinar la distribución de los datos, se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Además, se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach.

Para el objetivo general, Determinar si la violencia de pareja influye en las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH, se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple, y se aplicó el método de eliminación Backward. Para contrastar la hipótesis, Existe relación entre violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH, se realizó Correlación de Spearman.

Para el objetivo específico 1, Describir el tipo de violencia de pareja en HSH según victimización/perpetración, se realizaron estimaciones puntuales mediante frecuencias relativas simples e $IC = 95\%$.

Para el objetivo específico, Describir las conductas sexuales de riesgo para el VIH por tipo de pareja de los HSH, se realizaron estimaciones puntuales mediante frecuencias relativas simples.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se muestran los resultados de las características sociodemográficas y de sexualidad de los participantes, así como de las variables de estudio. Posteriormente, los resultados de los análisis realizados para comprobar la consistencia interna de los instrumentos. Finalmente, los resultados que responden al objetivo general, específicos e hipótesis.

Características Sociodemográficas y de Sexualidad

La muestra se conformó por 224 HSH del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. La edad de los participantes osciló entre 18 y 57 años ($\bar{X} = 31.80$; $DE = 9.00$). Con respecto al estado civil, 65.2% reportó ser soltero y 18.3% estar en unión libre. En relación con la escolaridad, se encontró que el 46% cuenta con preparatoria y 33% con licenciatura (tabla 3).

Tabla 3

Estado civil y escolaridad

	<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil		
Soltero	146	65.2
Casado	24	10.7
Viudo	4	1.8
Divorciado	5	2.2
Unión libre	41	18.3
Separado	4	1.8
Escolaridad		
Sin estudios	2	0.9
Primaria/secundaria	37	16.5

Nota: n = 224; f = Frecuencia; % = Porcentaje.

(continúa)

Tabla 3

Estado civil y escolaridad (continuación)

	<i>f</i>	<i>%</i>
Escolaridad		
Preparatoria	103	46.6
Licenciatura	74	33.0
Posgrado	8	3.6

Nota: $n = 224$; f = Frecuencia; $%$ = Porcentaje.

En cuanto a las características de sexualidad, la media de edad del inicio de vida sexual fue de 17.75 ($DE = 2.50$), mientras la media de edad de la primera relación sexual con pareja masculina fue de 19.44 ($DE = 4.30$). Referente al tipo de pareja actual, el 32.1% señaló tener pareja estable, 33.9% parejas ocasionales y 33.9% ambas parejas. La media del número de parejas sexuales en el último año fue de 3.05 ($DE = 1.86$) (tabla 4).

Tabla 4

Características de sexualidad de los hombres que tienen sexo con hombres

	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad a la que tuvieron la primera relación sexual	17.75	18.00	2.50	10	25
Edad de la primera relación sexual con pareja masculina	19.44	18.00	4.30	10	38
Número de parejas sexuales en el último año	3.05	3.00	1.86	1	10

Nota: $n = 224$; \bar{x} = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo.

Estadística Descriptiva

Se muestra la estadística descriptiva de las variables y el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH. Los resultados muestran que no

presentaron distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para análisis inferencial (tabla 5).

Tabla 5

Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Violencia de pareja	72.61	75.00	24.48	0.00	100	.147	.001
Física	0.32	0.00	0.46	0.00	1.00	.435	.001
Sexual	0.39	0.00	0.48	0.00	1.00	.396	.001
Monitoreo	0.58	1.00	0.49	0.00	1.00	.380	.001
Control	0.35	0.00	0.47	0.00	1.00	.419	.001
Emocional	0.63	1.00	0.48	0.00	1.00	.407	.001
CSR	48.18	47.36	18.99	7.89	99.37	.057	.07
FRSH	61.18	62.50	20.97	12.50	100	.096	.001
FUCPE	3.46	3.50	1.42	0.00	5.00	.154	.001
FUCPO	2.58	3.00	1.51	0.00	5.00	.149	.001
FUCTS	0.65	0.00	1.17	0.00	5.00	.422	.001

Nota: $n = 224$; \bar{x} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo, *D^a* = Estadístico de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, CSR = Conductas sexuales de riesgo, FRSH = Frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FUCPE = Frecuencia de uso de condón con pareja estable, FUCPO = Frecuencia de uso de condón con pareja ocasional, FUCTS = Frecuencia de uso de condón con trabajador sexual.

Características Psicométricas de los Instrumentos

Se presentan los coeficientes de confiabilidad de los instrumentos: Escala de violencia de pareja en hombres gay y bisexuales (Wei, et al., 2019) para medir la variable violencia de pareja y la Escala de conducta sexual en HSH (Valdez, de la Rubia, Onofre, Benavides y Ahumada, 2018) para medir la variable conductas sexuales de riesgo para el VIH. De acuerdo con Burns y Grove (2009), los coeficientes de Alpha de

Cronbach se consideran aceptables para las dos escalas y por subescalas, con excepción de la subescala de frecuencia de sexo con hombres (tabla 6).

Tabla 6

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Ítems	Alpha de Cronbach
Escala de violencia de pareja en hombres gay y bisexuales	5	.78
Escala de conducta sexual en HSH	17	.87
Frecuencia de sexo con hombres	4	.58
Uso de condón con pareja estable	4	.83
Uso de condón con pareja ocasional	4	.88
Uso de condón con trabajador sexual	4	.95

Nota: n = 224.

Para dar respuesta al primer objetivo específico, describir el tipo de violencia de pareja en HSH según victimización/perpetración, se realizaron estimaciones puntuales mediante frecuencias relativas simples e $IC = 95\%$. En relación con la frecuencia de violencia de pareja, se encontró que el 73.7% ($IC = 95\%$; 68, 79) de los participantes han experimentado algún tipo de VP, el 46.4% ($IC = 95\%$; 40, 53) se identifica como víctima y el 25.9% ($IC = 95\%$; 20, 32) como perpetrador. Al analizar los diferentes tipos de violencia de pareja, la victimización por conductas de monitoreo fue la más frecuente (23.7%), seguida por la victimización por conductas de control (17.4%) y violencia emocional (17.4%). El tipo de perpetración más frecuente fue por violencia sexual (10.3%), seguido de perpetración de conductas de monitoreo (9.4%). Para cualquier experiencia de VP, el tipo de violencia más frecuente fue la emocional (40.6%), seguida de las conductas de monitoreo (24.6%) (tabla 7).

Tabla 7

Frecuencia de los tipos de violencia de pareja en hombres que tienen sexo con hombres

Tipo de Violencia	<i>f</i>	%	IC 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Violencia física				
Víctima	37	16.5	12	21
Perpetrador	14	6.3	3	9
Cualquier experiencia de VP	20	8.9	85	93
Violencia sexual				
Víctima	33	14.7	10	19
Perpetrador	23	10.3	6	14
Cualquier experiencia de VP	32	14.3	10	19
Conductas de monitoreo				
Víctima	53	23.7	18	29
Perpetrador	21	9.4	6	13
Cualquier experiencia de VP	55	24.6	19	30
Conductas de control				
Víctima	39	17.4	12	22
Perpetrador	13	5.8	3	9
Cualquier experiencia de VP	26	11.6	7	16
Violencia emocional				
Víctima	39	17.4	12	22
Perpetrador	11	4.9	2	8
Cualquier experiencia de VP	91	40.6	34	47

Nota: $n = 224$; VP = Violencia de pareja; f = Frecuencia; % = Porcentaje. LI = Límite inferior, LS = Límite superior.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, describir las conductas sexuales de riesgo para el VIH por tipo de pareja de los HSH, se realizaron estimaciones puntuales mediante frecuencias relativas simples. Se calculó la frecuencia de sexo con hombres, así como la frecuencia de uso de condón en sexo oral y anal (insertivo y

receptivo) con los tipos de pareja: estable, ocasional y trabajador sexual. En relación con la frecuencia de sexo con hombres, se observó que el sexo oral receptivo (98.1%) e insertivo (95.2%) son los más practicados (tabla 8).

Tabla 8

Frecuencia de relaciones sexuales con hombres

Tipo de sexo	No he tenido este tipo de sexo	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Sexo oral insertivo	11 (4.9)	49 (21.9)	45 (20.1)	51 (22.8)	68 (30.4)
Sexo oral receptivo	4 (1.8)	35 (15.6)	59 (26.3)	52 (23.2)	74 (33.0)
Sexo anal insertivo	20 (8.9)	59 (26.3)	44 (19.6)	48 (21.4)	53 (23.7)
Sexo anal receptivo	14 (6.3)	59 (26.3)	54 (24.1)	34 (15.2)	63 (28.1)

Nota: n = 224; f = Frecuencia; % = Porcentaje.

Respecto a la frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales con pareja estable, se encontró que más del 95% sostienen relaciones sexuales orales y el 80% relaciones anales, donde el uso del condón es inconsistente, siendo el sexo oral receptivo la práctica donde menos se utiliza condón. En la frecuencia de uso de condón con pareja sexual ocasional, el sexo anal insertivo (80.4%) y sexo anal receptivo (82.6%) resultaron ser las prácticas sexuales más frecuentes donde no se utiliza condón. Referente a la frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales con trabajador sexual, se encontró que las prácticas sexuales más frecuentes sin uso de condón son el sexo oral insertivo (28.6%), sexo anal insertivo (28.6%), y sexo oral receptivo (28.1%) (tabla 9).

Tabla 9

Frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales por tipo de pareja

Tipo de sexo por pareja	No he tenido este tipo de sexo	Siempre usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Con frecuencia usamos condón	A veces usamos condón	Nunca usamos condón
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
PE						
SOI	11 (4.9)	28 (12.5)	4 (1.8)	1 (0.4)	27 (12.1)	153 (68.3)
SOR	8 (3.6)	32 (14.3)	5 (2.2)	4 (1.8)	25 (11.2)	150 (67.0)
SAI	20 (8.9)	65 (30.8)	9 (4.0)	20 (8.9)	39 (17.4)	71 (31.7)
SAR	18 (8.0)	69 (30.8)	11 (4.9)	22 (9.8)	38 (17.0)	66 (29.5)
PO						
SOI	36 (16.1)	30 (13.4)	8 (3.6)	20 (8.9)	40 (17.9)	90 (40.2)
SOR	34 (15.2)	31 (13.8)	11 (4.9)	19 (8.5)	39 (17.4)	90 (40.2)
SAI	44 (19.6)	73 (32.6)	23 (10.3)	40 (17.9)	20 (8.9)	24 (10.7)
SAR	39 (17.4)	76 (33.9)	24 (10.7)	42 (18.8)	24 (10.7)	19 (8.5)
TS						
SOI	160 (71.4)	13 (5.8)	20 (8.9)	11 (4.9)	8 (3.6)	12 (5.4)
SOR	161 (71.9)	13 (5.8)	20 (8.9)	9 (4.0)	8 (3.6)	11 (4.9)
SAI	160 (71.4)	27 (12.1)	21 (9.4)	10 (4.5)	5 (2.2)	1 (0.4)
SAR	163 (72.8)	27 (12.1)	20 (8.9)	9 (4.0)	3 (1.3)	2 (0.9)

Nota: $n = 224$; f = Frecuencia; % = Porcentaje, PE = Pareja estable, PO = Pareja ocasional, TS = Trabajador sexual, SOI = Sexo oral insertivo, SOR = Sexo oral receptivo, SAI = Sexo anal insertivo, SAR = Sexo anal receptivo.

Para dar respuesta a la hipótesis, existe relación entre violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH, se utilizó la Correlación de Spearman. Se encontró que haber experimentado algún tipo de violencia de pareja se relaciona positivamente con la conducta sexual de riesgo ($r_s = .429$, $p < .001$), con

frecuencia de sexo con hombres ($r_s = .359, p < .001$), y con la frecuencia de sexo desprotegido con pareja estable ($r_s = .313, p < .001$), con pareja ocasional ($r_s = .352, p < .001$), y con trabajador sexual ($r_s = .181, p < .001$). El resto de los tipos de VP y sus relaciones con las conductas sexuales de riesgo se muestran en la tabla 10.

Tabla 10

Relación entre violencia de pareja por victimización y perpetración y conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen sexo con hombres

Variables	CSR	FRSH	FUCPE	FUCPO	FUCTS
VP total	.429**	.359**	.313**	.352**	.181**
Victimización	.212**	.160*	.137*	.198*	.087
Perpetración	.191**	.136*	.146*	.151*	.156*
Violencia física	.266**	.211**	.187**	.292**	.050
Victimización	.091	.048	.036	.158*	-.024
Perpetración	.089	.082	.045	.062	.124
Violencia sexual	.308**	.155*	.149*	.304**	.183**
Victimización	.001	.018	-.027	.062	-.074
Perpetración	.197**	.119	.131*	.206**	.062
Conductas de monitoreo	.357**	.342**	.299**	.247**	.168*
Victimización	.154*	.097	.035	.137	.163*
Perpetración	.076	.113	.123	.005	.067
Conductas de control	.234**	.186*	.121**	.221**	.089
Victimización	.074	.040	.026	.115	.015
Perpetración	.193**	.118	.068	.164*	.159*

Nota: $n = 224$; VP = Violencia de pareja; CSR = Conductas sexuales de riesgo; FRSH = Frecuencia de relaciones sexuales con hombres; FUCPE = Frecuencia de uso de condón con pareja estable; FUCPO = Frecuencia de uso de condón con pareja ocasional; FUCTS = Frecuencia de uso de condón con trabajador sexual; ** $p < .01$; * $p < .05$.

(continúa)

Tabla 10

Relación entre violencia de pareja por victimización y perpetración y conductas

sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen sexo con hombres (continuación)

Variables	CSR	FRSH	FUCPE	FUCPO	FUCTS
Violencia emocional	.428**	.404**	.376**	.288**	.165*
Victimización	.060	.084	.057	.066	-.052
Perpetración	.008	.013	-.038	.036	.059

Nota: $n = 224$; VP = Violencia de pareja; CSR = Conducta sexual de riesgo; FRSH = Frecuencia de relaciones sexuales con hombres; FUCPE = Frecuencia de uso de condón con pareja estable; FUCPO = Frecuencia de uso de condón con pareja ocasional; FUCTS = Frecuencia de uso de condón con trabajador sexual; ** $p < .01$; * $p < .05$.

Para responder al objetivo general, se planteó determinar si la violencia de pareja influye sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH. Se obtuvieron cuatro modelos de regresión lineal múltiple (RLM) mediante el proceso de eliminación de variables, a través del método “Backward”. Se consideró a los 5 dominios de la violencia de pareja (física, sexual, conductas de monitoreo, conductas de control y emocional) como variables independientes, y a las conductas sexuales de riesgo para el VIH como variable dependiente.

Los coeficientes del primer modelo de RLM muestran que el aumento de las conductas de monitoreo y de la violencia emocional incrementan las conductas sexuales de riesgo para el VIH. El modelo resultó significativo ($F_{[5,218]} = 11.19$; $p < .001$; $R^2 = .20$), y explica el 18.6% de la varianza, lo que indica que los HSH que más experimentan conductas de monitoreo y violencia emocional tienen mayor probabilidad de tener conductas sexuales de riesgo (tabla 11).

Tabla 11

Coefficientes del primer modelo de RLM de los dominios de la violencia de pareja en las conductas sexuales de riesgo para el VIH “Método Backward”

Conductas sexuales de riesgo	B	SE	Beta	p
Constante	36.14	2.00	-	.001
Violencia física	2.92	3.10	.072	.348
Violencia sexual	2.39	3.38	.062	.479
Conductas de monitoreo	5.85	3.00	.153	.052
Conductas de control	-1.39	3.14	-.035	.658
Violencia emocional	11.57	2.89	.295	.001

Nota: B = b, Variable dependiente = Conductas sexuales de riesgo para el VIH, SE = Error estándar, Beta = Valor de Beta, n = 224

En la tabla 12, se muestran los coeficientes del cuarto modelo de RLM para la variable conductas sexuales de riesgo para el VIH. Se observa que dicha variable incrementará por cada aumento en las conductas de monitoreo y violencia emocional. El modelo resultó significativo ($F_{[2,221]} = 1.54$; $p < .001$; $R^2 = .19$), y explica el 18.9% de la varianza, lo que confirma el primer modelo con mayor exactitud.

Tabla 12

Coefficientes del cuarto modelo de RLM de los dominios de la violencia de pareja en las conductas sexuales de riesgo para el VIH “Método Backward”

Conductas sexuales de riesgo	B	SE	Beta	p
Constante	36.16	1.99	-	.001
Conductas de monitoreo	7.24	2.67	.189	.007
Violencia emocional	11.57	2.73	.318	.001

Nota: B = b, Variable dependiente = Conductas sexuales de riesgo para el VIH, SE = Error estándar, Beta = Valor de Beta, n = 224

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se muestra la discusión de los dos objetivos específicos, del objetivo general y de la hipótesis. Posteriormente, se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones finales. El objetivo general del estudio fue determinar si la violencia de pareja influye en las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, a través del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2015).

En relación con las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los participantes eran HSH de edades jóvenes, consistente con lo reportado por Davis, et al (2015), Liu, et al (2018) y Stephenson y Finneran (2017). Estos resultados pueden deberse a que los HSH menores a 35 años se muestran más accesibles a participar en estudios por los recientes cambios sociales en la búsqueda de inclusión social experimentada en los últimos años, a la vez que los HSH mayores de esta edad pueden tener una aceptación de su sexualidad más abierta y tienden a permanecer en el anonimato. También puede deberse a que el uso de redes sociales y de flirteo, las cuales son populares entre jóvenes, mientras que en hombres mayores el uso de estas aplicaciones puede ser complejo. Por otro lado, el ser contactado por otros HSH puede dar mayor seguridad a la participación.

Respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de los participantes eran solteros. Estos resultados pueden estar relacionados con la edad, ya que los HSH jóvenes aun no han definido completamente su sexualidad debido al estigma que experimentan, formando vínculos afectivos a edades más avanzadas, donde la aceptación de la sexualidad culmina y pueden plantearse tener una pareja (Fernández-Dávila, 2016). Referente a la escolaridad, la mayor parte de los participantes cuentan con un nivel medio-alto de estudios, entre preparatoria y educación superior, similar a los hallazgos de Liu, et al. (2018). Esto puede estar relacionado a la escolaridad de las semillas

iniciales, puesto que la mayoría contaba con estudios de licenciatura, culminando en un contacto en pares similar.

Las características de sexualidad mostraron que los HSH que participaron en este estudio comenzaron su vida sexual cerca de los 17 años, que el inicio de las relaciones sexuales con parejas masculinas fue alrededor de los 19 años, y presentaron un promedio de 3 parejas sexuales en el último año, similar a lo encontrado por Wei, et al. (2019). Respecto a estos datos, es sabido que el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas en los HSH está ligado a factores como la búsqueda de la identidad sexual y de soporte emocional y económico, donde el desarrollo social, emocional y psicológico está incompleto e influenciado culturalmente, y aunado a la falta de conocimiento sobre prácticas sexuales seguras de los adolescentes, estos tienden a experimentar comportamientos sexuales arriesgados que aumentan la vulnerabilidad al VIH (Verdecia, Acosta & Carrasco, 2015).

Referente a los hallazgos encontrados para el primer objetivo, sobre describir el tipo de violencia de pareja en HSH según victimización/perpetración, se observó que la mayoría de los participantes han experimentado algún tipo de VP, donde la victimización más frecuente fue la ejercida a través de conducta de monitoreo, conductas de control, violencia emocional, y violencia física, mientras que la perpetración más frecuente es de tipo sexual seguida de la ejercida a través de conductas de monitoreo. Cabe señalar que un hallazgo importante fue que los HSH de este estudio se identifican en mayor proporción como víctimas que como perpetradores con todos los tipos de pareja.

Los resultados respecto a la victimización son similares a los hallazgos de Stephenson y Finneran (2017) y Wei, et al. (2019), quienes reportan que la victimización es mayormente de tipo emocional y se acompaña de conductas de monitoreo y control antes que la violencia física y sexual, sin embargo, discrepan de los de perpetración, donde se señaló que la perpetración es principalmente ejercida de forma emocional,

seguida de las conductas de monitoreo y finalmente por violencia física y sexual. Los hallazgos en este estudio sobre la perpetración de VP podrían explicarse a través de la edad de los participantes, ya que la mayoría eran HSH jóvenes, los cuales son más vulnerables a sufrir experiencias de este tipo por la frecuente dependencia afectiva y económica en sus relaciones de pareja (Fernández-Dávila, 2016).

Barrientos, J., Rodríguez-Carballeira, Á., Escartín, J., y Longares, L. (2016) mencionan que para entender el fenómeno de la direccionalidad de la VP en HSH, es necesario diferenciar entre las agresiones abusivas y las ejecutadas por defensa personal, dado que responder violentamente para detener la agresión, no constituye en sí a la relación como recíprocamente violenta. Por su parte, Mendoza y Carrasco (2017) mencionan que, además de factores sociodemográficos como la edad y la escolaridad, las dinámicas de victimización y perpetración de violencia en relaciones de HSH pueden ser influenciadas por los roles sexuales e identidad de género, en donde la pareja con el rol activo y/o quién presenta el rol protector en la pareja ejerce dominio sobre la de rol pasivo. A su vez, los autores dan importancia a la creciente influencia del uso de redes sociales al interior de la pareja, dado que estas pueden jugar un medio de control y de aislamiento sobre el cónyuge.

En función de los hallazgos encontrados para el segundo objetivo específico, sobre describir las conductas sexuales de riesgo para el VIH en el tipo de pareja de HSH, la frecuencia de sexo desprotegido es más alta con la pareja estable, ocasional y con el trabajador sexual respectivamente. Los resultados son similares a lo reportado por Liu, et al. (2018) y Wei, et al. (2019), quienes describen que las relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales son más frecuentes que con trabajadores sexuales, lo cual puede deberse a la concurrencia con que se tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales, formando conexiones afectivas que generan mayor confianza con ese tipo de pareja.

Un hallazgo importante en este estudio fue que el sexo oral es la práctica sexual donde menos se utiliza condón en los tres tipos de pareja. González, et. al, (2012) menciona que el sexo oral ha ganado popularidad entre los HSH como una conducta sexual segura capaz de sustituir a otras prácticas que conciben de mayor riesgo, siendo que el sexo oral desprotegido también implica exponerse a contraer el VIH. Para este hallazgo, se detectó que la mayoría de los estudios que abordan las conductas sexuales de riesgo se centran en el sexo anal receptivo e insertivo como la principal práctica sexual de riesgo, seguidas del número de parejas, uso de sustancias como alcohol y drogas, dedicarse al trabajo sexual y diagnóstico de ITS antes que en el sexo oral y al tipo de pareja (Duncan, et al., 2018; Dunkle, et al., 2013; Siemieniuk, et al., 2013; Wilkerson, et al., 2018).

Por lo que se refiere a la hipótesis del estudio, se encontró que la VP se relaciona positivamente con las conductas sexuales de riesgo para el VIH de los HSH que participaron en el estudio. La violencia física y las conductas de control se relacionaron positivamente con las conductas sexuales de riesgo, frecuencia de sexo con hombres y frecuencia de sexo desprotegido con pareja estable y ocasional, mientras que la violencia sexual, las conductas de monitoreo y la violencia emocional se relacionaron con la frecuencia de sexo con hombres y la frecuencia de sexo desprotegido con los tres tipos de pareja.

Los resultados son similares a lo encontrado en otros estudios, donde la VP se asocia al sexo desprotegido y a sexo con parejas ocasionales y trabajadores sexuales, así como que la violencia física se asocia a sexo con trabajadores sexuales, mientras que la violencia emocional con el sexo desprotegido con parejas estables y ocasionales (Davis, et al., 2015; Duncan, et al., 2018; Dunkle, et al., 2013; Liu, et al., 2018; Siemieniuk, et al., 2013; Wilkerson, et al., 2018). Estas relaciones pueden explicar cómo se presenta específicamente cada tipo de VP en función del tipo de pareja sexual, resultando que las violencias que se experimentan al interior de una relación estables y ocasionales sean

más frecuentemente de tipo emocional, monitoreo y control explicado por el dominio sobre el cónyuge, mientras que con parejas que se dediquen al trabajo sexual sea más probable la violencia de tipo física y sexual por el tipo de servicio.

Respecto a las experiencias de victimización de VP, se encontró relación positiva entre algún tipo de victimización y las conductas sexuales de riesgo, la frecuencia de relaciones sexuales con hombres y la frecuencia de sexo desprotegido con parejas estables y ocasionales. Así mismo, la victimización por violencia física se relacionó con la frecuencia de sexo desprotegido con pareja ocasional, y la victimización por conductas de monitoreo se asoció con las conductas sexuales de riesgo y con la frecuencia de sexo desprotegido con pareja ocasional y trabajador sexual. Los hallazgos son congruentes con lo reportado por Stephenson y Finneran (2017) donde la victimización por violencia física, sexual y conductas de monitoreo se asocian a sexo anal desprotegido. Esto puede explicar que durante los actos de violencia física antes de una relación sexual es difícil la negociación del uso de condón por parte de la pareja sometida.

Se encontró que la perpetración de VP se asoció positivamente con las conductas sexuales de riesgo, la frecuencia de sexo con hombres y con la frecuencia de sexo desprotegido con los tres tipos de pareja. La perpetración de violencia sexual se asoció con la conducta sexual de riesgo y con la frecuencia de sexo desprotegido con pareja estable y ocasional, mientras que la perpetración de conductas de control se asoció con la conducta sexual de riesgo y con la frecuencia de sexo desprotegido con pareja ocasional y trabajador sexual. Los resultados son similares a lo reportado por Stephenson y Finneran (2017), donde el sexo desprotegido se asocia a parejas estables, y puede deberse a que la pareja perpetradora no se detiene a utilizar condón por influencias sobre el uso de condón como la búsqueda de placer, y la percepción de que si se le pide utilizar un condón es señal de desconfianza por parte de la pareja.

En relación con los resultados encontrados para el objetivo general, que consiste en determinar si la violencia de pareja influye sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH de los HSH, se observó que la VP ejerce efectos sobre las conductas sexuales de los participantes del estudio. Este hallazgo es congruente con lo reportado por de Santis, Vázquez, Deleon y Gonzáles-Guarda (2020) quienes mencionan que la VP ejerce influencia en el comportamiento sexual de los HSH, esto a través de la búsqueda de sensaciones sexuales significativas, donde el uso de drogas, tener sexo fuera de la relación y un alto número de parejas sexuales son respuestas subsecuentes a la violencia experimentada en la relación. Los autores reconocen que este problema es común en hombres hispanos, y se ve influenciado por el machismo, y explican que la VP no es exclusiva de un solo momento, sino que se da a través de la relación y escala a diferentes formas. Respecto a esto, es de suma importancia explorar cómo las experiencias de un tipo específico de VP pueden inducir a otro (Liu, et al., 2018).

Los hallazgos de este estudio contribuyen a conocer el fenómeno de la VP y su influencia sobre las conductas sexuales de los HSH, dado que en el país los estudios que abordan esta problemática son escasos y no tipifican a la VP en relación con los posibles tipos de pareja. El conocimiento generado puede contribuir en un futuro a crear las bases de investigaciones más sólidas en favor de intervenciones para la reducción de la violencia en esta minoría.

El MPS (Pender, Murdaugh & Parson, 2015) permitió abordar la relación entre las variables y resultó útil para sustentar la influencia de la VP sobre la conducta sexual de HSH de manera favorable. Se considera importante continuar con el uso de este tipo de marcos teóricos y en específico del MPS, ya que ayudan a contextualizar el fenómeno de estudio con sus posibles factores e influencias, además de que ofrecen una perspectiva amplia para entender como estos repercuten en las conductas humanas y dan rigor científico a los hallazgos.

Limitaciones del estudio

Ante la contingencia experimentada por el Covid-19, se replanteó el método de recolección de datos, donde inicialmente el MDE consideró la selección de semillas iniciales en razón con sitios de encuentro para HSH, establecimientos que fueron cerrados por la emergencia sanitaria. Sin embargo, este cambio en la aplicación del MDE resultó útil para obtener la participación requerida para el estudio rápidamente, donde era más fácil para los HSH responder sin temor a ser juzgados por sus respuestas y sin la presión a la que puede llegar a ser sometido por la pareja.

A su vez, permitió aproximarse a la población de interés a través de otros medios de contacto como lo son las redes sociales. No obstante, se esperaba una alta participación de HSH por medio de la red social Facebook, la cual no ocurrió, lo que puede deberse al temor de los participantes a ser identificados, ya que en esta aplicación es más fácil identificar a una persona por los datos en su perfil.

Con respecto a los instrumentos seleccionados para la recolección de los datos, al tratarse de temas sensibles relacionados con la sexualidad y las relaciones de pareja, pueden existir variaciones en la forma en la que los HSH conciben las experiencias de violencia y en como identifican los tipos de pareja.

En cuanto a la literatura revisada, a pesar de que el estudio de la VP en HSH ha aumentado en los últimos años, aún son pocos los estudios que exploran el contexto de la victimización y la perpetración, así como las conductas sexuales de riesgo por tipo de pareja, lo que dificultó la búsqueda de estudios relacionados acordes a los objetivos del estudio.

Conclusiones

La mayoría de los participantes de este estudio son HSH jóvenes, con un nivel de estudios medio-alto, mayormente solteros, han iniciado su vida sexual, así como las relaciones sexuales con hombres en la adolescencia y tienen alrededor de 3 parejas sexuales.

Más de la mitad de los participantes del estudio han experimentado algún tipo de violencia, siendo más frecuente la violencia por conductas de monitoreo, conductas de control y de tipo emocional. A su vez, la victimización es más frecuente que la perpetración.

Existe una alta inconsistencia en el uso de condón en las relaciones sexuales orales y anales (receptivas e insertivas) de los HSH en los tres tipos de pareja. Se encontró que el sexo oral es la práctica sexual donde el condón es menos utilizado. El uso de condón muestra mayor inconsistencia con la pareja estable.

La violencia de pareja se relaciona a las conductas sexuales de riesgo para el VIH de los HSH.

La violencia física y las conductas de control se relacionan positivamente con las conductas sexuales de riesgo, frecuencia de sexo con hombres y frecuencia de sexo desprotegido con pareja estable y ocasional.

La violencia sexual, las conductas de monitoreo y la violencia emocional se relacionan con la frecuencia de sexo con hombres y la frecuencia de sexo desprotegido con pareja estable, ocasional y trabajador sexual.

La victimización por VP se relaciona positivamente con las conductas sexuales de riesgo para el VIH, la frecuencia de relaciones sexuales con hombres y la frecuencia de sexo desprotegido con parejas estables y ocasionales.

La perpetración de VP se relaciona positivamente con las conductas sexuales de riesgo, la frecuencia de sexo con hombres y con la frecuencia de sexo desprotegido con pareja estable, ocasional y trabajador sexual.

La violencia de pareja tiene influencia sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH de los HSH a través de conductas de monitoreo y violencia emocional.

Recomendaciones

Es de suma importancia seguir con estudios que analicen las relaciones existentes entre la violencia de pareja y las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH. A su

vez, se sugiere realizar el análisis con variables sociodemográficas como la edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ubicación geográfica, raza y estado serológico de VIH, ya que esto permitirá describir mejor los factores relacionados a este fenómeno. En relación con el MPS, se recomienda seguir con su uso para las bases teóricas de estudios futuros, puesto que su accesibilidad para ordenar las relaciones conductuales resulta de gran utilidad.

Se sugiere realizar estudios de tipo cualitativo (entrevista y grupo focal) que ayuden a clarificar los tipos de violencia y de conductas sexuales de riesgo, puesto que existe una gran variabilidad en cómo son definidas estas variables y sus elementos. También se sugiere realizar estos estudios en diferentes tipos de HSH, como lo son los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres (HSHM), trabajadores sexuales, personas transgéneros, así como en hombres heterosexuales, pues las expresiones de violencia de pareja y las conductas sexuales de riesgo se manifiestan de diferente forma en estos grupos. Los hallazgos de estudios de este tipo pueden ayudar a consolidar las variables de la VP y las conductas sexuales en HSH, y posteriormente en la construcción de instrumentos de medición de mayor precisión y confiabilidad.

Estudios posteriores de tipo descriptivo y de intervención pueden considerar las perspectivas de género y las situaciones sociales experimentadas por minorías, como la auto-estigmatización, exclusión social y discriminación por estado seropositivo al VIH, y cómo estas repercuten en la salud sexual de minorías. Así mismo, es trascendental que el personal de enfermería se introduzca en esta problemática, con el fin de generar conocimiento que a futuro apoye las bases de intervenciones que ayuden a los HSH a llevar una vida sexual saludable y a vivir libres de violencia. Los avances en la investigación de esta problemática pueden ayudar en la consolidación de organismos en favor de la orientación y manejo de los riesgos sexuales asociados al VIH y al acercamiento de la enfermería a poblaciones clave.

Referencias

- Barrientos, J., Rodríguez-Carballeira, Á., Escartín, J., & Longares, L. (2016). Violencia en parejas del mismo sexo: revisión y perspectivas actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 289-298. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416008.pdf>
- Beattie, TS, Bhattacharjee, P., Isac, S., Mohan, HL, Simic - Lawson, M., Ramesh, BM, Blanchard, J. F., Moses, S., Watts, C & Heise, L. (2015). Disminuye la violencia y el arresto policial entre trabajadoras sexuales en el estado de Karnataka, sur de India, luego de un programa integral de prevención del VIH. *Revista de la sociedad internacional del SIDA*, 18 (1), 20079. doi:10.7448/IAS.18.1.20079
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CONASIDA, 2020). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al Cierre del 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53424/RN_4o_Trim_2019.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second Edition).
- Davis, A., Best, J., Wei, C., Luo, J., Van Der Pol, B., Meyerson, B., Dodge, B., Aalsma, M., Tucker, J. & Social Entrepreneurship for Sexual Health Research Group. (2015). Intimate partner violence and correlates with risk behaviors and hiv/sti diagnoses among men who have sex with men and men who have sex with men and women in China: A Hidden Epidemic. *Sexually transmitted diseases*, 42(7), 387. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000302
- de Santis, J., Vásquez, E., Deleon, D., & González-Guarda, R. (2020). Relaciones como riesgo de infección por VIH: Sexo de alto riesgo, abuso de sustancias y violencia

- entre hombres hispanos que tienen sexo con hombres. *Revista Horizonte de Enfermería*, 23(1), 27-39. doi: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.23.1.27
- Díaz, Y. M. S., Orlando-Narváez, S. A., & Ballester-Arnal, R. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1417-1426. doi: 10.1590/1413-81232018244.02322017
- Duncan, D. T., Goedel, W. C., Stults, C. B., Brady, W. J., Brooks, F. A., Blakely, J. S., & Hagen, D. (2018). A study of intimate partner violence, substance abuse, and sexual risk behaviors among gay, bisexual, and other men who have sex with men in a sample of geosocial-networking smartphone application users. *American journal of men's health*, 12(2), 292-301. doi: 10.1177/1557988316631964
- Dunkle, K. L., Wong, F. Y., Nehl, E. J., Lin, L., He, N., Huang, J., & Zheng, T. (2013). *Male-on-Male Intimate Partner Violence and Sexual Risk Behaviors Among Money Boys and Other Men Who Have Sex with Men in Shanghai, China. Sexually Transmitted Diseases*, 40(5), 362–365. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318283d2af
- Estrada-Montoya, J. H. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26). doi: 10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.htsh
- Fernández-Dávila, P. (2016). En busca del “Príncipe azul”: patrones de relaciones de pareja y riesgo sexual en hombres gays y bisexuales jóvenes. *Sociología Histórica*, (6), 179-222. Disponible en <https://revistas.um.es/sh/article/view/278701>
- García, R. H., Ortega, L. C., & Arias, M. L. F. (2018). Efecto del consumo de alcohol y homofobia internalizada en la conducta sexual en hombres que tienen sexo con

- hombres. *Jóvenes en la Ciencia*, 3, 373-376. Disponible en:
<http://148.214.50.9/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2318/1805>
- George, P. E., Bayer, A. M., Garcia, P. J., Perez-Lu, J. E., Burke, J. G., Coates, T. J., et al. Is intimate partner and client violence associated with condomless anal intercourse and HIV among male sex workers in Lima, ¿Peru? *AIDS Behav.* 2016;20(9):2078-89. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1327-8>
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). The practice of nursing research. *Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* (8va Ed). Missouri: Elsevier, 2017.
- Kouyoumdjian, F. G., Calzavara, L. M., Bondy, S. J., O'campo, P., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kagaayi, J.; Kigozi, G., Wawer, M. & Gray, R. (2013). Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. *Aids*, 27(8), 1331-1338
- Liu, Y., Zhang, Y., Ning, Z., Zheng, H., Ding, Y., Gao, M., Wong, F. Y., & He, N. (2018). Intimate partner violence victimization and HIV infection among men who have sex with men in Shanghai, China. *Bioscience trends*, 12(2), 142-148. doi: 10.5582/bst.2018.01035
- 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. doi: 10.1007/s10461-008-9421-1
- Mendoza, A. L. R., & Carrasco, A. P. T. (2017). Violencia en colores. Expresiones de la violencia en parejas homosexuales. *Graffylia*, 15(25), 126-140. Recuperado de: <http://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/graffylia/article/view/199>
- Mengual, V. J. M., Llario, M. D. G., Arnal, R. B., & Rodríguez, I. M. D. (2016). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH/SIDA en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 3(1), 409-414. doi:17060/ijodaep. 2014.n1.v3.518

ONUSIDA (2019). Hoja informativa – Actualización global sobre el Sida 2019.

Disponible en:

https://www.unaids.org/site/default/file/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Ortiz Hernández, L., & Granados Cosme, J. A. (2003). Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Revista mexicana de sociología*, 65(2), 265-303. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v65n2/v65n2a1.pdf>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A., (2015). Health Promotion in Nursing Practice. Individual Models to Promote Health Behavior, Upper Saddle, United States: Pearson Education, Inc.

Pitpitan, E. V., Goodman-Meza, 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. doi:10.7448/IAS.18.1.19304

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

Rojas-Solís, J. L., Guzmán-Pimentel, M., Jiménez-Castro, M. P., Martínez-Ruiz, L., & Flores-Hernández, B. G. (2019). La violencia hacia los hombres en la pareja heterosexual: una revisión de revisiones. *Ciencia y sociedad*, 44(1), 57-70.

Siemieniuk, R., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., Krentz, H., & Gill, M. (2012).

Prevalence, clinical associations, and impact of intimate partner violence among HIV-infected gay and bisexual men: a population-based study. HIV Medicine, 14(5), 293–302. doi: 10.1111/hiv.12005

- Stephenson, R., & Finneran, C. (2013). The IPV-GBM scale: a new scale to measure intimate partner violence among gay and bisexual men. *PloS one*, 8(6), e62592. doi: 10.1371/journal.pone.0062592
- Stephenson, R., & Finneran, C. (2017). Receipt and perpetration of intimate partner violence and condomless anal intercourse among gay and bisexual men in Atlanta. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2253-2260. doi: 10.1007/s10461-017-1709-6
- 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. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/11101/1/1080208799.pdf>
- Valdez Montero, C. (2015). *Modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres* (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/9227/1/1080215087.pdf>
- Valdez-Montero, C., de la Rubia, J. M., Onofre-Rodríguez, D. J., Benavides-Torres, R. A., & Ahumada-Cortez, J. G. (2018). Validación de un inventario de conductas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres/Validation of an inventory of sexual behaviors in men who have sex with men/Validação de um inventário de comportamentos sexuais em homens que fazem sexo com homens. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 327-351. doi: 10.30681/252610103129
- 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). Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/viewFile/74/70>
- Wei, D., Hou, F., Hao, C., Gu, J., Dev, R., Cao, W., Liping, P., Gilmour, S, Wang, K & Li, J. (2019). Prevalence of Intimate Partner Violence and Associated Factors Among Men Who Have Sex with Men in China. *Journal of Interpersonal Violence* 35 (1), 1-26. doi:10.1177/0886260519889935.

- Wilkerson, J. M., Di Paola, A., Rawat, S., Patankar, P., Rosser, B. S., & Ekstrand, M. L. (2018). Substance Use, Mental Health, HIV Testing, and Sexual Risk Behavior Among Men Who Have Sex with Men in the State of Maharashtra, India. *AIDS Education and Prevention*, 30(2), 96-107. doi: 10.1521/aeap.2018.30.2.96
- 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. doi: 10.2989/AJAR.2009.8.1.8.721

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Violencia de pareja y su relación con conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen sexo con hombres.

Autor: Lic. Josué Coronado Becerril

Folio: _____

Director de Tesis: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Introducción/Objetivo del estudio:

El Lic. Josué Coronado Becerril ha solicitado mi participación en el estudio “Violencia de pareja y su relación con conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen sexo con hombres” y me ha informado de que los datos que proporcione serán utilizados con fines científicos.

El propósito de este estudio será identificar la violencia percibida por parte de parejas masculinas y las conductas sexuales de riesgo que favorecen adquirir el VIH en hombres que tienen sexo con hombres. La información que proporcione será confidencial y en ninguna parte del estudio aparecerán nombres, los datos del estudio se publicarán de manera global y no individual.

Estoy informado de que los datos que se me solicitarán son aspectos relacionados a experiencias personales de violencia dentro de relaciones de pareja entre hombres y sobre conductas sexuales de riesgo. Este estudio lo realiza el Lic. Coronado como requisito para obtener su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

El estudio se está realizando en el Área Metropolitana de Nuevo León a través de contactos referidos por los participantes en hombres mayores de 18 años que tuvieran al menos una pareja masculina actual o en el pasado, para explorar si existe relación entre la violencia de pareja y las conductas sexuales de riesgo para VIH, y se me invitó a participar contestando algunas preguntas.

Procedimiento:

Si acepto participar, contestaré una Cédula de Datos Personales y de Sexualidad, la Escala de Violencia de Pareja en Hombres Gay y Bisexuales (IPV-GBM) y la Escala de Conducta Sexual en HSH. El llenado de esta encuesta es de aproximadamente 10 min. La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León autorizó realizar el estudio de esta manera. Se invitará a todos los hombres que sean mayores de edad y hayan tenido al menos una pareja masculina al participar.

Riesgos:

Los riesgos relacionados con mi participación en el estudio son mínimos, ya que los datos recabados se mantendrán en el anonimato. Para evitar cualquier tipo de daño o

molestia, estos se contestarán de la manera más privada posible. Si alguna pregunta me hace sentir incómodo puedo no contestarla sin tener ninguna repercusión hacia mí. Participar en este estudio no me genera ningún costo.

Beneficios:

No existe ningún beneficio para mí participación en el estudio, sin embargo, sé que en un futuro contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Compromisos del Investigador:

Los datos que se obtengan en el estudio serán anónimos y la única persona que tendrá acceso a la información proporcionada será el Lic. Coronado.

Se respeta que mi participación en el estudio es voluntaria. Por lo tanto, si decido participar estaré en libertad de retirarme en cualquier momento y no me veré afectado (a) de ninguna forma Si me siento indisposto durante el llenado de la encuesta podré suspenderla temporalmente. Si ya no deseo continuar lo suspenderé definitivamente.

Consentimiento:

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

Firma del participante

Josué Coronado Becerril
Responsable de la
investigación

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo

Monterrey, Nuevo León, a _____ de _____ del 2020

Apéndice B
Cédula de Datos Personales y Sexuales

Folio: _____
Fecha de aplicación: ____/____/____
Día/Mes/Año

1. Edad: _____ años.	
2. Estado Civil	1. () Soltero 2. () Casado 3. () Viudo 4. () Divorciado 5. () Unión libre 6. () Separado
3. Escolaridad	1. () Sin estudios 2. () Primaria / Secundaria 3 () Preparatoria 4. () Licenciatura 5. () Posgrado
4. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años.	
5. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con una pareja masculina? _____ años.	
6. Tipo de pareja sexual que tiene actualmente	1. () Estable (de 6 meses o más) 2. () Ocasionales 3. () Estable y ocasionales
7. En el último año, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido (incluyendo estables y ocasionales)? _____	
8. ¿Cuál es su estado serológico al VIH?	1. () VIH positivo 2. () VIH negativo 3. () No sé

Apéndice C

Escala de Violencia de Pareja en Hombres Gay y Bisexuales

([IPV – GBM Scale] Wei, et al., 2019; Stephenson & Finneran, 2013)

1. ¿Ha sucedido alguno de los siguientes comportamientos en la relación con tu pareja íntima?: Destrucción de la propiedad, arrebatamiento, restricción, empujones, patadas, bofetadas, golpes, amenazas de violencia u otros actos de intimidación física.
 - A) He hecho lo antes mencionado a mi pareja
 - B) Mi pareja me ha hecho lo antes mencionado a mí
 - C) Ambos A y B
 - D) Ni A ni B

2. ¿Alguna vez has tenido sexo compulsivo con una pareja íntima? Ejemplos de este pueden incluir alguno de los siguientes: Sexo oral o anal, tener sexo con otros, tener parejas sexuales fuera de la relación, o alguna otra actividad sexual que te haga sentir incómodo.
 - A) He hecho lo antes mencionado a mi pareja
 - B) Mi pareja me ha hecho lo antes mencionado a mí
 - C) Ambos A y B
 - D) Ni A ni B

3. ¿Alguna de las siguientes situaciones han ocurrido en la relación con tu pareja íntima?: Demandar acceso a tu teléfono celular e email, leer emails o mensajes de texto sin el conocimiento de la pareja y publicar repetidamente en las redes sociales de la pareja.
 - A) He hecho lo antes mencionado a mi pareja
 - B) Mi pareja me ha hecho lo antes mencionado a mí
 - C) Ambos A y B
 - D) Ni A ni B

4. ¿Algunas de las siguientes situaciones han ocurrido en la relación con tu pareja íntima?: Impedir a la pareja de ver a su familia/ amigos/ colegas o comunicarse con ellos.
- A) He hecho lo antes mencionado a mi pareja
 - B) Mi pareja me ha hecho lo antes mencionado a mí
 - C) Ambos A y B
 - D) Ni A ni B
5. ¿Alguna de las siguientes situaciones han ocurrido en la relación con tu pareja íntima? Insultar a la pareja (haciendo comentarios insultantes hacia su persona), criticarlo (criticándolo por ser gordo, por vestirse de cierta manera, por comportamientos sexuales, su apariencia, etc.) amenazarlo (amenazarlo de terminar la relación) gritarle o demandarle que sea más varonil.
- A) He hecho lo antes mencionado a mi pareja
 - B) Mi pareja me ha hecho lo antes mencionado a mí
 - C) Ambos A y B
 - D) Ni A ni B

Apéndice D

Escala de Conducta Sexual en HSH

(Valdez, de la Rubia, Onofre, Benavides & Ahumada, 2018)

1. Por favor indique la frecuencia y el tipo de sexo que ha tenido con un hombre.						
Con hombres	No he Tenido	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre	
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						
2. Señale ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales orales y/o anales?						
	1 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia usa condón con su pareja estable en los siguientes tipos de sexo?						
Con hombres	No he tenido este tipo de sexo	Nunca usamos condón	A veces usamos condón	Con frecuencia usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Siempre usamos condón
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						
4. ¿Con qué frecuencia usa el condón con una pareja ocasional en los siguientes tipos de sexo?						
Con hombres	No he tenido este tipo de sexo	Nunca usamos condón	A veces usamos condón	Con frecuencia usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Siempre usamos condón
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						
5. ¿Con qué frecuencia usa el condón con un trabajador sexual en los siguientes tipos de sexo?						
Con hombres	No he tenido este tipo de sexo	Nunca usamos condón	A veces usamos condón	Con frecuencia usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Siempre usamos condón
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						

Apéndice E

Ejemplo de Lista de Códigos de Acceso para Semillas Iniciales

Lista de Códigos de Acceso para Semilla 1

OLA 1

Semilla Inicial 1
 Mario
 Delgado Herrera
 Código: s1

Nombre o Iniciales	Código de Encuesta
	s1a
	s1b
	s1c
	s1d

OLA 2

Código de Semilla	Nombre o Iniciales	Código de Encuesta
s1a		s1a1
		s1a2
		s1a3
		s1a4
s1b		s1b1
		s1b2
		s1b3
		s1b4
s1c		s1c1
		s1c2
		s1c3
		s1c4
s1d		s1d1
		s1d2
		s1d3
		s1d4

OLA 3

Código de Semilla	Nombre o Iniciales	Código de Encuesta
s1a1		s1a11
		s1a12
		s1a13
		s1a14
s1a2		s1a21
		s1a22
		s1a23
		s1a24
s1a3		s1a31
		S1a32
		s1a33
		s1a34
s1a4		s1a41
		s1a42
		s1a43
		s1a44

Código de Semilla	Nombre o Iniciales	Código de Encuesta
s1b1		s1b11
		s1b12
		s1b13
		s1b14
s1b2		s1b21
		s1b22
		s1b23
		s1b24
s1b3		s1b31
		s1b32
		s1b33
		s1b34
s1b4		s1b41
		s1b42
		s1b43
		s1b44

Código de Semilla	Nombre o Iniciales	Código de Encuesta
s1c1		s1c11
		s1c12
		s1c13
		s1c14
s1c2		s1c21
		s1c22
		s1c23
		s1c24
s1c3		s1c31
		s1c32
		s1c33
		s1c34
s1c4		s1c41
		s1c42
		s1c43
		s1c44

Código de Semilla	Nombre o Iniciales	Código de Encuesta
s1d1		s1d11
		s1d12
		s1d13
		s1d14
s1d2		s1d21
		s1d22
		s1d23
		s1d24
s1d3		s1d31
		s1d32
		s1d33
		s1d34
s1d4		s1d41
		s1d42
		s1d43
		s1d44

Apéndice F**Ejemplo de Lista de Códigos de Soporte para Semillas Iniciales**

Lista de Códigos de Accesos de Soporte para Semilla 1

Código de Encuesta	Nombre o Iniciales	Referido de (código)
s1sop1		
s1sop2		
s1sop3		
s1sop4		
s1sop5		
s1sop6		
s1sop7		
s1sop8		
s1sop9		
s1sop10		
s1sop11		
s1sop12		
s1sop13		
s1sop14		
s1sop15		
s1sop16		
s1sop17		
s1sop18		
s1sop19		
s1sop20		

Resumen Autobiográfico

Josué Coronado Becerril

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

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

Biografía: Nacido en la Ciudad de Salina Cruz, Oaxaca, el 08 de marzo de 1993; hijo de Gabriela Becerril Gómez.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el año 2017. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2019-2021.

Experiencia laboral: Pasante de Servicio Social como instructor clínico en el Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil y en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González durante el segundo bimestre del 2017, y como enfermero general en la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el primer bimestre del 2018.

Distinciones y Membresías: Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing; Capítulo Tau Alpha.

email: josue.100093@hotmail.com