

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



CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA EN HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES

Por

MCE. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

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

JUNIO, 2022

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



CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA EN HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES

Por

MCE. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

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

JUNIO, 2022

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



CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA EN HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES

Por

MCE. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

Asesor estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD.

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

JUNIO, 2022

CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA EN HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega
Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
1er. Vocal

DCE. Reyna Torres Obregón
2do. Vocal

DCE. Vicente Jiménez Vázquez
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, especialmente a la Facultad de Enfermería (FAEN) por el apoyo brindado en mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por apoyar mis estudios de posgrado en el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la FAEN y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, subdirectora de Posgrado e Investigación, por las facilidades brindadas durante mis estudios de posgrado.

A mi directora de tesis Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez por el acompañamiento en este largo proceso, por la paciencia y confianza depositada en mí. Gracias por ser parte fundamental en mi formación y por siempre motivarme a seguir adelante.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por el apoyo brindado desde su gestión, gracias por ser ejemplo de liderazgo.

A los miembros de mi jurado de tesis, Dra. María Aracely Márquez Vega, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Dra. Reyna Torres Obregón y Dr. Vicente Jiménez Vázquez por sus valiosas aportaciones en este proyecto de investigación.

A todos mis profesores del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por ser facilitadores y por contribuir en el desarrollo de habilidades y competencias.

A mis compañeros y amigos, Natalia, Martha, Enrique y Carlos por compartir sus experiencias y por el apoyo brindado, gracias por hacer más fácil este camino.

A mis amigos, Geu y Enrique por estar de principio a fin en este proyecto profesional, muchas gracias por las experiencias vividas.

A mis amigos, Ivette y Jesús por el acompañamiento y motivación en la última etapa de este proceso.

A mis amigos y compañeros docentes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (FACISALUD) Valle de las Palmas de la Universidad

Autónoma de Baja California (UABC), por estar siempre acompañándome y al pendiente de mí.

A la coordinadora del programa de Licenciatura en Enfermería de FACISALUD, Maestra Yudith Felix Ontiveros por las facilidades brindadas y el apoyo para finalizar este proyecto.

A la Dra. Ana Gabriela Magallanes Rodríguez directora de FACISALUD y al Dr. Anzony Arturo Cruz González subdirector de FACISALUD, por el apoyo y las facilidades brindadas para culminar el presente trabajo.

A la UABC, por la oportunidad laboral y por apoyar e incentivar el crecimiento profesional de los docentes.

A todos los hombres que participaron en este proyecto de investigación.

Dedicatoria

A mi Dios, por darme fortaleza en momentos difíciles.

A mis padres Hilaria y Margarito, por el gran amor que me tienen.

A mis hermanas Paty y Liz, por apoyarme y estar siempre en los momentos más importantes de mi vida.

A mis abuelitas Alicia y Rosario, que siempre me han motivado para seguir adelante con mis estudios.

Especialmente, para mis abuelitos Roberto y Tiburcio que desde el cielo muy seguramente me acompañan, tengo siempre presente sus enseñanzas.

A todos mis tíos, que me han brindado su apoyo incondicional.

A mis amigos y todas las personas que me acompañaron en alguna etapa de mi vida durante mi formación.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	11
Substracción teórica	15
Modelo de conducta sexual protegida en HSHM (MSP-HSHM)	28
Estudios relacionados	31
Objetivo general	52
Objetivos específicos cuantitativos	52
Objetivo cualitativo	53
Objetivo específico mixto	53
Definición de términos	54
Capítulo II	
Metodología	56
Diseño del estudio	56
Criterios de inclusión	57
Criterios de eliminación	57
Fase cuantitativa	57
Población, muestra y muestreo	58
Instrumentos de medición	60
Procedimiento de recolección de los datos	67
Plan de análisis de datos estadísticos	71
Fase cualitativa	71
Descripción de la guía de entrevista	72
Procedimiento de recolección de la información	73
Plan de análisis de datos cualitativos	73

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Plan de análisis de triangulación de los datos	74
Consideraciones éticas	74
Capítulo III	
Resultados	79
Fase cuantitativa	79
Estadística descriptiva de datos sociodemográficos	79
Estadística descriptiva de las variables del modelo propuesto de conducta sexual protegida en HSHM.	80
Consistencia interna de los instrumentos	81
Estadística inferencial	82
Fase cualitativa	94
Resultados mixtos	117
Capítulo IV	
Discusión	122
Limitaciones	132
Conclusiones	132
Recomendaciones	133
Referencias	135
Apéndices	154
A. Consentimiento informado	155
B. Cédula de datos personales e historia sexual	158
C. Escala de homonegatividad internalizada	160
D. Subescalas de salud mental y vitalidad	162
E. Subescala de beneficios percibidos para el uso del condón	164
F. Subescala de efectos sobre la experiencia sexual en hombres	165

Tabla de Contenido

	Página
Contenido	
G. Escala de autoeficacia para el uso del condón	166
H. Inventario de deseo sexual	168
I. Escala multidimensional de apoyo social	170
J. Discriminación por orientación sexual	172
K. Subescala de postura hipermasculina	173
L. Escala de confort con el comportamiento homosexual	175
M. Subescala del uso del condón y sexo seguro	176

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Matriz para plan de análisis	75
2. Estadística descriptiva	79
3. Consistencia interna de los instrumentos	79
4. Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y conducta sexual protegida en HSHM	81
5. Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y beneficios del uso del condón.	81
6. Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y barreras para el uso del condón.	82
7. Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y autoeficacia para el uso del condón.	83
8. Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y deseo sexual.	84
9. Modelo de regresión lineal del deseo sexual y autoeficacia para el uso del condón.	85
10. Modelo de regresión lineal de la autoeficacia para el uso del condón y las barreras para el uso del condón.	85

Lista de Tablas

Tabla

- | | |
|--|----|
| 11. Modelo de regresión lineal de los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual y conducta sexual protegida en HSHM | 86 |
| 12. Modelo de regresión lineal de los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual y compromiso para el uso del condón. | 87 |
| 13. Modelo de regresión lineal del apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y compromiso para el uso del condón. | 88 |
| 14. Modelo de regresión lineal del apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y conducta sexual protegida en HSHM. | 89 |
| 15. Modelo de regresión lineal múltiple de las variables propuestas en el modelo de conducta sexual protegida en HSHM. | 90 |
| 16. Categorías y subcategorías del análisis cualitativo | 92 |

Lista de Figuras

Figuras	Página
1. Modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola J. Pender	15
2. Esquema de la substracción teórica	29
3. Modelo de conducta sexual protegida en HSHM	30
4. Diseño de triangulación	56
5. Representación gráfica de la asociación cuantitativa de las variables	91

Resumen

Ulises López Sánchez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: junio, 2022

Título del Estudio: CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES

Número de Páginas: 193

Candidato a obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método del Estudio: Explicar la relación entre las variables: uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad, beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual, apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso para el uso del condón, con la conducta sexual protegida en HSHM. Se trató de un estudio de métodos mixtos con diseño de triangulación. El propósito principal fue buscar la convergencia y corroborar los resultados sobre el mismo fenómeno; buscó combinar las fortalezas de ambas metodologías (cuantitativa y cualitativa) para obtener datos complementarios del tema de investigación. Se llevó a cabo en una sola etapa y la información obtenida se recolectó, procesó y analizó de forma simultánea (Creswell & Plano, 2007).

En la fase cuantitativa, la población estuvo conformada por HSHM residentes del área metropolitana de Monterrey Nuevo León. El tamaño de la muestra fue de 213 individuos tomando en cuenta un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $\chi^2 = .10$ y una potencia de prueba del 80% para un modelo de regresión.

En la fase cualitativa, la muestra estuvo conformada por cinco participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y se reclutaron con una técnica de muestreo amplia (bola de nieve online): bola de nieve, invitaciones abiertas en páginas web, redes sociales y aplicaciones de ligue. El tamaño de la muestra se determinó con base en los objetivos de la investigación. Se utilizó la técnica entrevista semiestructurada, entrevistas individuales cara a cara y el material obtenido se examinó a través del análisis de contenido con un enfoque directo el cual comienza con una teoría o hallazgos de investigación relevantes como guía para los códigos iniciales.

Contribución y conclusiones: La media de edad fue de 30.29 ($DE = 9.3$), la mayoría estaba soltero (76.5%), el nivel escolaridad que prevaleció fue licenciatura con el 43.2%. Respecto a la orientación sexual, el 59.6% de los participantes se identificó como bisexual, el 24.9% como homosexual/gay y el 15.5% como heterosexual.

Para dar respuesta al objetivo general cuantitativo, se realizó análisis de correlación y análisis de regresión lineal múltiple. Se encontró que las variables correlacionadas con la conducta sexual protegida en HSHM fueron: distrés psicológico ($r = .228, p < .001$), beneficios del uso del condón ($r = .144, p = .018$), barreras para el uso del condón ($r = -.384, p < .001$), autoeficacia para el uso del condón ($r = .278, p < .001$), deseo sexual ($r = -.124, p = .035$), apoyo social ($r = .258, p < .001$), masculinidad ($r = -.316, p < .001$) y el compromiso con el uso del condón ($r = .198, p = .002$). En el

análisis de regresión se encontró que el modelo propuesto fue significativo, se ajusta adecuadamente y explica el 25% de la varianza ($F_{[13,199]} = 6.09, p < .001, R^2 = .25$). Las variables predictoras significativas fueron: distrés psicológico ($\beta = .193, p = .022$), barreras para el uso del condón ($\beta = -.145, p < .000$), deseo sexual ($\beta = -.122, p = .021$), masculinidad ($\beta = -.177, p = .003$), heteronormatividad ($\beta = .107, p = .005$) y el compromiso con el uso del condón ($\beta = 1.85, p = .015$).

En el análisis cualitativo se realizó el análisis de contenido para cada concepto del modelo, partiendo de categorías previas basadas en este. En el análisis mixto emergieron tres categorías principales, resultado de la combinación y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, seleccionadas por la importancia sobre la conducta sexual protegida de los HSHM: las barreras, más allá del deseo sexual y la nueva masculinidad, forman parte de las experiencias sexuales de los HSHM.

Estos hallazgos complementan los resultados cuantitativos y sugieren que estos hombres se enfrentan con barreras a nivel individual y de pareja que dificultan el uso del condón, lo que puede impactar directamente en la decisión de llevar conductas sexuales no protegidas. Así mismo, estos datos apoyan los resultados cuantitativos al ser el deseo sexual un factor asociado en la conducta sexual protegida, los HSHM con puntuaciones más altas en el deseo sexual tienen más posibilidad de practicar relaciones sexuales no protegidas. Estos resultados sugieren que los HSHM experimentan deseo más allá de lo sexual y que esos deseos interfieren en la conducta sexual protegida ya sea de forma positiva o negativa. Referente a la masculinidad, los datos son complementarios, se identificó que mientras mayores conductas masculinas menor probabilidad hay de realizar conductas sexuales no protegidas. Los resultados permitieron abrir nuevas brechas para la formulación de nuevas hipótesis con nuevas perspectivas que ayuden ampliar el alcance de las investigaciones sobre este fenómeno y concluir que los HSHM que participaron en este estudio representan a una población única con necesidades específicas. Por último se concluye que del modelo propuesto, el distrés psicológico, barreras para el uso del condón, deseo sexual, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso con el uso del condón, influyen en la conducta sexual protegida.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) siguen siendo uno de los mayores problemas para la salud pública con consecuencias negativas psicológicas, sociales, económicas y políticas (Bautista-Arredondo, Colchero, Romero, Conde-Glez, & Sosa-Rubí, 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017; Van, de Lind, Baral, & Grulich, 2009). De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA, 2017), a nivel mundial se estima que 36.9 millones de personas viven con el VIH, hay 1.8 millones de nuevos casos y un millón de personas fallecieron por causas relacionadas con este virus.

En América Latina, existen 1.8 millones de personas que viven con el VIH, 97 000 nuevos casos y 36 000 personas fallecidas a causa de enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2017). Lo que respecta a México, en el año 2018 se notificaron 10 701 casos nuevos del VIH y 6 287 casos nuevos de sida (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2019).

Dada las altas prevalencias del VIH, el ONUSIDA (2015) propone un enfoque de prevención combinada (prevención y tratamiento) para poner fin a la epidemia del VIH para el año 2030, esta acción acelerada busca reducir en un 75% las nuevas infecciones en los grupos de población clave, entre ellos están los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, personas transgéneros, presos, personas que se inyectan drogas y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Dentro de estos últimos, se encuentran los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres (HSHM), quienes son vistos como un subgrupo de HSH (Maulsby, Sifakis, German, Flynn, & Holtgrave, 2013; Shadaker, Magee, Paz, & Hoots, 2017; Xu, Zheng, Liu, & Zheng, 2016).

Con base en los datos reportados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], (2015), aproximadamente el 67% de las personas diagnosticadas con el VIH en los Estados Unidos son HSH, y se estima que el 35% de los HSH son HSHM. En México, la prevalencia del VIH en los HSH de entre 20 y 49 años es del 17% (Bautista et al., 2013) y una estimación de la seroprevalencia en la población de HSHM es del 4.4%, realizada a partir de una encuesta llevada a cabo en siete zonas urbanas de México. Es decir, se estima que la comunidad de HSHM es de 603 406 hombres, de los cuales, con la prevalencia estimada, habría 26 550 (4.4%) VIH positivos (Gutiérrez et al., 2014).

Cabe mencionar que los HSH y los HSHM regularmente son tratados como un grupo homogéneo, sin embargo, puede haber diferencias importantes entre ellos (Zule, Bobashev, Wechsberg, Costenbader, & Coomes, 2009). Los HSHM se ven más afectados por factores contextuales y sociales que favorecen a la adquisición del VIH (Jeffries, 2014). Diversos estudios han demostrado que a diferencia de los HSH, los HSHM tienen menos probabilidad de realizarse la prueba del VIH, de participar en programas o actividades de prevención del VIH, más probabilidad de que desconozcan su estado serológico, que tengan intercambio de sexo por dinero, que paguen por sexo y que adquieran alguna infección de transmisión sexual (Ellen et al., 2015; Friedman et al., 2014; McCree et al., 2017).

Se conoce que los HSHM experimentan importantes disparidades de salud y pueden representar un “puente” de transmisión del VIH entre los HSH y las mujeres heterosexuales (Friedman et al., 2016). Al respecto, la reciente literatura reporta que el contacto heterosexual se ha convertido en la principal causa de transmisión del VIH en las mujeres. Además, la prevalencia del VIH en mujeres heterosexuales ha ido en aumento simultáneamente con la prevalencia en los HSH (Chu, Peterman, Doll, Buehler, & Curran, 1992; Fernando, 2017). El postulado de un posible “puente” de transmisión, está apoyado por diversos autores quienes concluyen que muchos de los HSHM

mantienen en secreto su conducta sexual con otros hombres y que aquellos que no divulgan su conducta sexual tienen menos probabilidades de usar condones con mujeres (Friedman, Wei, Klem, Silvestre, Markovic, & Stall, 2014; Mustanski, Andrews, Herrick, Stall, & Schnarrs, 2014).

Los datos existentes sobre la prevalencia del VIH en esta población indican que el sexo anal entre los HSHM es una práctica generalizada que tiene estrecha relación con el VIH (Duby, & Colvin, 2014). Además, los hombres que practican sexo anal sin protección tienen más posibilidades de adquirir el VIH en comparación con otros hombres que solo practican sexo oral o vaginal (Baggaley, White, & Boily, 2010). Así mismo, aquellos HSHM que participan en relaciones sexuales anales receptivas sin condón pueden representar un riesgo mayor para sus parejas femeninas que aquellos que solo reciben sexo oral de parejas masculinas (Zule, Bobashev, Wechsberg, Costenbader, & Coomes, 2009). Aunado a esto, en comparación con otros hombres, los HSHM reportan mayor número de conductas sexuales de riesgo, como sexo anal sin condón con múltiples parejas ocasionales y buscar intencionalmente tener sexo anal sin condón (Groves et al., 2010; Scanavino et al., 2018).

Con base en la revisión de la literatura, se identificaron algunos factores biológicos (Closson et al., 2016), psicológicos (Golub, Starks, Payton, & Parsons, 2012) y socioculturales (Charnigo, Crosby, & Troutman, 2010) que están relacionados con la conducta sexual de los HSHM, entre estos están: el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad, beneficios para el uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual, apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso con el uso del condón (Hubach et al., 2013; LaPollo, Bond, & Lauby, 2014; Martínez, 2016; Meanley et al., 2019; Muñoz, Garcia, Wilson, Parker, & Severson, 2014; Pinyaphong et al., 2018; Scanavino et al., 2018; Uribe, Amador, Zacarías, & Villarreal, 2012).

En ese orden de ideas, el uso del condón en la primera relación sexual es un indicador que puede influir a corto, mediano y largo plazo en la toma de decisiones de los HSHM para llevar a cabo una conducta sexual protegida. De acuerdo con un estudio realizado por Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal (2012), los hombres que usaron el condón en su primera relación sexual tienden a usarlo de forma sistemática en sus relaciones sexuales con cualquier tipo de pareja, lo cual significa que el hecho de usar condón en la primera relación sexual puede estar relacionado con el uso del condón de forma consistente. Este indicador es reconocido como una conducta previa relacionada a la última conducta sexual, sin embargo, existe literatura limitada que aborde dicha variable asociada con el último evento sexual.

Al respecto, Pender et al. (2011) sugieren que una conducta previa relacionada tiene efectos directos e indirectos en la probabilidad de participar en comportamientos que promuevan la salud. Por ello la importancia de abordar el uso del condón en la primera relación sexual, así como para la caracterización de la población de interés. Referente a la edad, se conoce como un factor personal biológico que influye en el comportamiento de la salud; se ha identificado que entre los HSHM, la edad juega un papel importante en la conducta sexual y en la manera en cómo se relacionan con sus parejas sexuales, puesto que aquellos que reportan parejas sexuales masculinas mayores, tienen mayor probabilidad de posicionarse receptivamente al tener sexo anal y más probabilidad de no utilizar condón (Closson et al., 2016); además, los HSHM mayores de 45 años son los que han reportado mayor número de prácticas sexuales de riesgo (Prestage, Jin, Bavinton, Scott, & Hurley, 2013).

Los HSHM experimentan disparidades de salud que contribuyen en el riesgo del VIH, por ejemplo, algunos factores psicológicos están asociados con en el riesgo de adquirir el virus; al respecto, la homofobia internalizada (también conocida como homonegatividad internalizada), es vista como una preocupación persistente entre los hombres que tienen sexo con hombres (Meanley et al., 2019) y que puede promover el

sexo anal sin condón (Amola & Grimmett, 2015). Moss (2002), la identifica como un conjunto de sentimientos negativos hacia sí mismo por el hecho de tener fantasías, sueños o deseos de relacionarse íntima y afectivamente con personas del mismo sexo/género, y como un proceso en el cual el odio cultural hacia las personas con orientación no heterosexual es internalizado.

Es importante evaluar la homofobia internalizada en los HSHM, ya que reciente literatura ha demostrado el impacto negativo a nivel psicológico y social entre los hombres con orientación no heterosexual (Dawson, Mendoza, Gaul, Jeffries, Sutton, & Wilson, 2019; Rowen & Malcolm, 2002). Además, niveles altos de homofobia internalizada trae consigo conductas sexuales de riesgo (Rosser, Bockting, Ross, Miner, & Coleman, 2008), menor acercamiento a las campañas de prevención y menor adherencia al tratamiento antirretroviral para quienes viven con el VIH (Johnson, Carrico, Chesney, & Morin, 2008); así mismo, está estrechamente relacionada con la discriminación por parte de los prestadores de servicios de salud y otras dependencias públicas (Andrewin & Chien, 2008; Infante et al., 2006).

Esta variable ha sido estudiada ampliamente en hombres con orientación homosexual, sin embargo, es necesario seguir indagando este fenómeno en el contexto de los HSHM, con el objetivo de obtener resultados que ayuden a la planificación de futuras investigaciones focalizadas en esta población específica. Además, la homofobia internalizada está asociada con problemas de distrés psicológico en los hombres que pertenecen a población clave (Boone, Cook, & Wilson, 2016; Newcomb & Mustanski, 2010). Se ha identificado que el distrés psicológico es considerado un factor que contribuye al aumento de las conductas sexuales de riesgo entre los HSHM, los síntomas de angustia y ansiedad relacionados con la orientación sexual, discriminación y homofobia, pueden derivarse del hecho de vivir con una enfermedad crónica, pero también experimentarlos previamente, esto puede constituir un factor de riesgo para adquirir el VIH (Safren et al., 2010; Xu, Zheng, Xu, & Zheng, 2017).

Dada la escasa investigación sobre el distrés psicológico en los HSHM, y por la complejidad del fenómeno, es necesario un abordaje más amplio en esta población que ayude en la comprensión de esta problemática (Parsons et al., 2015). Esto podría ayudar a redoblar los esfuerzos combinados de prevención que aborden los aspectos psicológicos y mecanismos de comportamiento que interactúan para producir un riesgo elevado de adquirir el VIH.

Se ha demostrado que numerosos factores psicológicos aumentan la asunción de riesgos sexuales, especialmente entre los HSH y HSHM, uno de ellos, la vitalidad. Algunos autores la definen como la sensación de estar lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo, por el contrario, niveles bajos de vitalidad, lo definen como cansancio y agotamiento todo el tiempo (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek, & Medina-Moreno, 1999). El cansancio/vitalidad ha sido poco explorado y se ha demostrado que el cansancio puede alterar la cognición, el funcionamiento emocional y la toma de decisiones en los comportamientos, por el contrario la vitalidad es considerada un factor de resiliencia para una conducta sexual protegida entre los HSHM (Millar, Starks, Rendina, & Parsons, 2018).

Un factor cognitivo en los HSHM, son las creencias a cerca de los beneficios del uso del condón, el cual puede ser un predictor para llevar a cabo la conducta sexual protegida (Golub, Starks, Payton, & Parsons, 2012). Autores como Hubach et al. (2013), mencionan que los HSHM refieren que alguno de los beneficios del uso del condón es respecto a la importancia del bienestar físico y sexual tanto de sus parejas como de ellos mismos. Por lo tanto, declaran que no es difícil usar el condón con parejas masculinas o femeninas, porque mencionan que lo usan de manera simple y constante.

Otro factor cognitivo, es el de las barreras para el uso del condón. Se ha demostrado que entre los HSHM existen barreras que impiden el uso del condón. Dentro estas destacan, que usar condón reduce el placer y es incómodo, la falta de acceso a los métodos de barrera y la vergüenza al adquirirlos, lo cual se ha relacionado con menor

probabilidad de usar el condón en encuentros próximos (Charnigo, Crosby, & Troutman, 2010; Doyle, Calsyn, & Ball, 2009). Así mismo, la autoeficacia percibida para el uso del condón se considera como predictor y proceso cognitivo que involucra la capacidad personal para usar el condón en diferentes situaciones, por lo tanto, una mayor autoeficacia percibida está asociada con una mayor probabilidad del uso consistente del condón y menor probabilidad de tener múltiples parejas sexuales (Pinyaphong et al., 2018).

Otro aspecto para considerar en la conducta sexual de los HSHM es el afecto relacionado con la conducta, el deseo sexual, se ha observado que está asociado con la conducta sexual de riesgo para el VIH. Investigaciones previas han identificado que este grupo clave ha reportado deseos sexuales más fuertes, comparados con hombres que solo tienen relaciones sexuales heterosexuales (Holmberg & Blair, 2009). Dicho deseo sexual, coadyuva con la intención de involucrarse sexualmente de forma riesgosa con otros hombres, cayendo en el ocultamiento (Martínez, 2016). En este sentido, dado el contexto, un abordaje con metodología mixta puede contribuir en el entendimiento del deseo sexual de esta población, no solo encaminado al grado de deseo, sino también a explorar desde sus deseos, cuál es la mejor relación afectiva y/o sexual entre estos hombres.

Respecto a las influencias interpersonales, se ha identificado que el apoyo social actúa como factor protector para llevar a cabo conductas promotoras de la salud, como el uso del condón, además, el apoyo social se considera como recurso importante para la toma de decisiones (Frost, Meyer, & Schwartz, 2016; Thoits, 1995). El apoyo social percibido por los HSHM puede estar jugando un papel importante para la realización de la conducta sexual segura, como se mencionó en párrafos anteriores, esta población clave se ve involucrada en aspectos sociales como la bi-invisibilidad y la bifobia lo cual genera preocupación, necesidad de apoyo, aceptación y reconocimiento.

Otra influencia interpersonal es la discriminación por orientación sexual, se observa que la población de HSHM se enfrenta diferentes formas de prejuicio de exclusión social, como la discriminación al negarles el acceso a diferentes recursos y servicios a causa de su orientación sexual. Esta tiene como principal consecuencia la limitación para acercarse a la atención médica lo que provoca que los HSHM no tengan acceso y atención integral en los servicios médicos (Vallejo-Aguilar, Navarrete-Navarro, del Rio, Ávila-Figueroa, & Santos-Preciado, 2005).

Además, la discriminación en los HSHM está asociada con mayores probabilidades de conductas sexuales de riesgo, síntomas depresivos, soledad y menor calidad de vida (Jackson, Hackett, Grabovac, Smith, & Steptoe, 2019). Recientemente autores recomiendan más investigación sobre las facetas de la discriminación, como la severidad, la frecuencia y la cronicidad, para comprender mejor cómo la discriminación determina el bienestar psicosocial en el transcurso de la vida (Meanley et al., 2019).

Respecto a otra influencia interpersonal, la literatura ha demostrado que la masculinidad está asociada con la conducta sexual de riesgo, especialmente en los entornos sociales en los que viven los HSHM, ya que la sociedad puede prohibir las identidades y comportamientos no heterosexuales, lo que conduce a la bifobia y a provocar estrategias de riesgo para buscar a hombres como parejas sexuales (LaPollo, Bond, & Lauby, 2014). Se han identificado estudios con metodología cualitativa sobre masculinidad, sin embargo, existe la necesidad de metodologías combinadas (métodos mixtos) para obtener más resultados al respecto, y sobre posibles factores protectores del VIH asociados a la masculinidad de los HSHM.

Con relación a lo anterior, los HSHM son regidos por la heteronormatividad, es decir, las normas de la heterosexualidad juegan un papel importante en la manera de asociarse con sus parejas sexuales y sobre la conducta sexual especialmente en hombres latinoamericanos debido al contexto sociocultural. Esta población tiende a relacionarse con parejas sexuales femeninas constantes o formales, mientras que de manera casual

tienen relaciones sexuales con parejas masculinas o mujeres transgénero, por lo cual optan por ocultar sus relaciones afectivas y sexuales con personas del mismo sexo dentro de ámbitos familiares y en espacios sociales (Muñoz-Laboy, Garcia, Wilson, Parker, & Severson, 2014; Muñoz-Laboy, 2008; Muñoz-Laboy & Dodge, 2007).

En conjunto con lo anterior, se encuentra el compromiso/motivación para el uso del condón entre los HSHM. Se observa que entre los HSH la información acompañada con la motivación y las habilidades de comportamiento son determinantes fundamentales de la conducta sexual para prevenir el VIH, en este caso el uso del condón (Fisher & Fisher, 1992). Una fuerte motivación para llevar a cabo una acción promueve el comportamiento deseado (Steven & Jeffrey, 1998). En este sentido, con base en estudios previos (Jiang, Chen, Li, Tan, Cheng, & Yang, 2019), entre los HSHM el compromiso para el uso del condón puede influir directamente en el uso del condón en la última relación sexual, lo cual da como resultado una conducta sexual protegida.

Autores pioneros en investigaciones sobre los HSHM concluyen que la conducta sexual protegida, especialmente en población latina ha permanecido sub estudiada y carece de perspectiva teórica (Dodge et al., 2011; Muñoz et al., 2013), la mayoría de las investigaciones realizadas en esta población, combinan los resultados de los HSH y de los HSHM. Esto puede estar limitando la comprensión de la conducta sexual de los HSHM (Fernando, 2017). Los HSHM representan un subgrupo importante pero poco comprendido, por ello, surge la necesidad de estudiarlos como un grupo único y distinto (Maulsby, Sifakis, German, Flynn, & Holtgrave, 2013).

A pesar de las lagunas existentes respecto al tema, está claro que la conducta sexual y las experiencias sociales de los HSHM son diferentes a la de hombres con conductas heterosexuales y homosexuales. Realizar investigación con metodología mixta enfocada hacia los HSHM puede ayudar a reducir las brechas de la comprensión de cómo prevenir la transmisión del VIH entre los HSHM y sus parejas. Es clara la necesidad de investigación adicional para proporcionar una comprensión más completa

de la conducta sexual, específicamente la conducta sexual protegida y su contexto, así como la experiencia de los HSHM a través de la metodología cualitativa, que coadyuve a mejorar los esfuerzos de prevención del VIH. Es importante analizar las interacciones de los factores biológicos, psicológicos, socioculturales y cogniciones, que ayudarán a fortalecer la escasa literatura que se tiene del tema.

Es importante enfatizar que los estudios realizados respecto a la conducta sexual que experimentan los HSHM, muestran resultados interesantes, que aportan al cuerpo de conocimiento para comprender la conducta sexual de este grupo, sin embargo, son incipientes. En México existe escaso conocimiento sobre la conducta sexual en los HSHM, por lo que es necesario seguir indagando en este grupo, que presenta importantes disparidades en salud que tienen que ver con una gran cantidad de factores sociales y contextuales que podrían estar asociados con el riesgo de adquirir el VIH.

Así mismo, es necesario un abordaje integral y con perspectiva teórica del problema tomando en cuenta modelos conceptuales, teorías de rango medio que permitan abordar el fenómeno a mayor profundidad. Para ello, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) (Pender, 2011), propone una guía para la disciplina de Enfermería para explicar un proceso bio-psico-sociocultural donde el individuo se compromete a llevar a cabo conductas promotoras de la salud. Si bien este modelo ha sido aplicado en diferentes enfermedades crónicas, resulta práctico en el ámbito de la conducta sexual, ya que ha demostrado que contiene los componentes respecto al contexto de los HSHM que pueden explicar la interacción de los diversos factores psicosociales que afectan a los hombres pertenecientes a las minorías sexuales, los cuales llevan a la no adopción de conductas promotoras de salud.

Los hallazgos del presente trabajo contribuirán al cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería, además, bridarán pautas al personal de enfermería para identificar puntos de intervención relevantes en esta población clave. Esto, podría apoyar

en los esfuerzos de informar, desarrollar e implementar intervenciones ajustadas a las necesidades particulares de los HSHM.

De acuerdo con lo anterior, el propósito del presente estudio es probar la relación de las variables, uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad, beneficios y barreras del uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual, apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso para el uso del condón, con la conducta sexual protegida en HSHM.

Marco teórico

La presente investigación se apoyó del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender, Murdaugh y Parsons (2011), el cual ofrece una guía para comprender un complejo proceso bio-psico-sociocultural donde interviene el comportamiento, las motivaciones y actitudes que llevan al individuo a comprometerse con la adopción de conductas promotoras de la salud.

El MPS está inspirado principalmente en dos sustentos teóricos: la teoría cognitiva social de Bandura (1977) y la teoría del valor de la expectativa de Feather (1982). El primero menciona que los pensamientos, el comportamiento y el entorno interactúan, y para que las personas alteren su comportamiento, deben cambiar su forma de pensar. Además, hace referencia a la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, también, puntualiza que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas (Bandura, 1977). El segundo sustento se centra en que la conducta es racional y considera que el componente motivacional importante para conseguir un logro es la intencionalidad. Es decir que, cuando hay una intención clara, concreta y definida por realizar una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (Feather, 1982).

El MPS se ha utilizado en diversas investigaciones donde los principales fenómenos de estudio son la actividad física, alimentación, cáncer y enfermedades

crónicas; evalúa la acción y el comportamiento que conducen a la promoción a la salud. Está dividido en tres dimensiones con factores que condicionan la conducta promotora de la salud: 1) experiencias y características individuales; en esta dimensión se ubican los constructos: conducta previa relacionada y factores personales que pueden ser biológicos, psicológicos y socioculturales, 2) cogniciones específicas de la conducta y afecto; se considera la dimensión más importante, se compone por los beneficios percibidos para la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales e influencias situacionales, y 3) el resultado conductual: es el resultado final esperado o la conducta promotora de la salud (Figura 1).

El MPS se basa en 14 proposiciones teóricas enlistadas a continuación.

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen en las creencias, los afectos y la promulgación de la conducta promotora de la salud.

2. Las personas comprometidas adoptan conductas de las cuales ellos deriven personalmente beneficios valorados anticipadamente.

3. Las barreras percibidas pueden limitar el compromiso con la acción, son un mediador de la conducta.

4. La competencia percibida o la autoeficacia para ejecutar una conducta determinada aumenta la probabilidad del compromiso para la acción y de mejores resultados de la conducta actual.

5. Una mayor autoeficacia percibida da como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

6. El afecto positivo hacia una conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida.

7. Cuando las emociones positivas o afectos se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.

8. Las personas tienen más probabilidades de comprometerse y participar en conductas promotoras de la salud cuando otras personas significativas modelan la conducta, esperan que ocurra la conducta y brindan asistencia y apoyo para permitir la conducta.

9. Las familias, los compañeros y los proveedores de la salud son fuentes importantes de influencia interpersonal y pueden aumentar o disminuir el compromiso y la participación en la conducta promotora de la salud.

10. Las influencias situacionales en el ambiente externo pueden aumentar o disminuir el compromiso para participar en las conductas promotoras de la salud.

11. Cuanto mayor sea el compromiso con un plan de acción específico, más probable es que se mantengan las conductas de promoción de la salud a lo largo del tiempo.

12. El compromiso con un plan de acción es menos probable que resulte en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las que las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.

13. El compromiso con un plan de acción es menos probable que resulte en la conducta deseada cuando otras acciones son más atractivas y por lo tanto son preferidas sobre la conducta objetivo.

14. Las personas pueden modificar las cogniciones, el afecto, las influencias interpersonales y las influencias situacionales para crear incentivos para la conducta promotora de la salud.

Figura 1. Modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola J. Pender

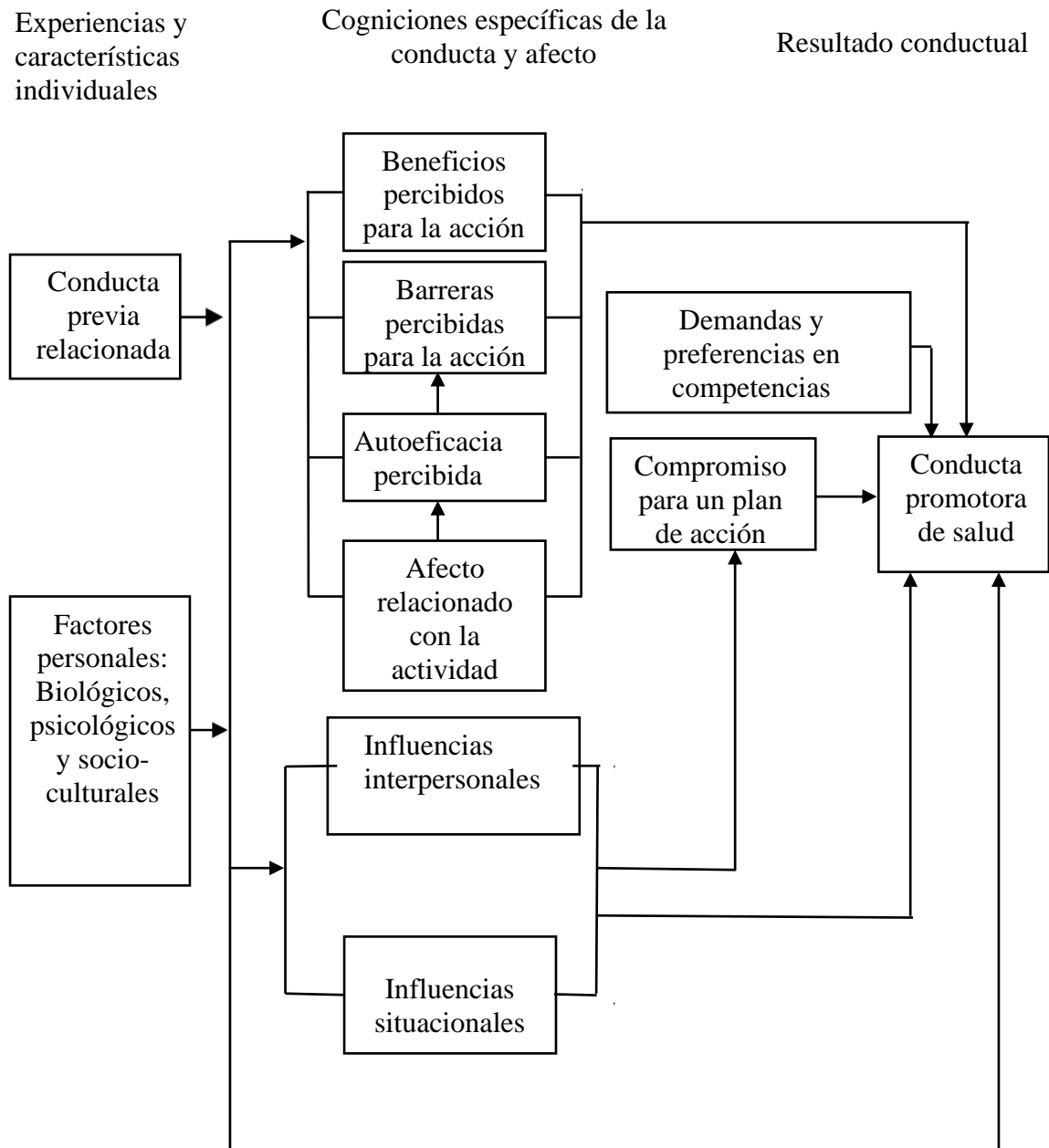


Figura 1. Modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, Murdaugh y Parsons (2011).

Substracción teórica.

Para fines del presente estudio, se llevó a cabo la substracción teórica del MPS tomando en cuenta el método propuesto por Dulock y Holzemer (1991), el cual incluye cuatro pasos: (1) identificar y aislar los principales conceptos, (2) especificar las relaciones entre los conceptos, (3) ordenar jerárquicamente los conceptos y las relaciones de acuerdo con su nivel de abstracción, e (4) ilustrar los conceptos y las relaciones identificadas. De acuerdo con la revisión de la literatura, se presentan los constructos, conceptos e indicadores empíricos para cada una de las variables (figura 2).

Para cumplir con el paso número uno, se identificaron los principales conceptos y constructos del MPS, los cuales fueron: conducta previa relacionada, factores personales (biológicos y psicológicos), beneficios percibidos para la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales, influencias situacionales, compromiso para un plan de acción y la conducta promotora de la salud. Para el paso dos, se describe a continuación las relaciones entre los conceptos y constructos aislados del MPS.

Conducta previa relacionada.

Para Pender (1996), la conducta previa relacionada tiene que ver con la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Tiene efectos directos e indirectos en la probabilidad de participar en comportamientos que promuevan la salud (Pender et al., 2011). El uso del condón en la primera relación sexual representa a la conducta previa relacionada, se refiere a si los HSHM usaron condón en la primera práctica sexual (sexo anal, vaginal u oral) con un hombre o con una mujer.

Se identificó en la literatura que el uso del condón en la primera relación sexual está asociado con el uso consistente del condón entre los HSHM en sus relaciones subsecuentes (Uribe, Amador, Zacarías, & Villarreal, 2012).

Factores personales.

De acuerdo con Pender et al. (2011), los factores personales son características generales del individuo que influyen en el comportamiento de salud, como edad, personalidad, raza, etnia y nivel socioeconómico, son categorizadas en el MPS como factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Respecto a los factores biológicos, son propios de los individuos y no pueden ser modificados o manipulados (Dumoy, 1999), en este sentido la edad representa a un factor biológico que está relacionado con la conducta sexual y se refiere al número de años cumplidos que tienen los HSHM.

Al respecto, se ha identificado en la literatura que algunos HSHM con mayor número de años cumplidos, reportan mayor número de conductas sexuales en comparación con aquellos de menor edad (Prestage, Jin, Bavinton, Scott, & Hurley, 2013), sin embargo, en otros estudios se ha observado que algunos hombres de menor edad tienen mayor probabilidad de realizar prácticas sexuales de riesgo como el uso inconsistente del condón en comparación con los de mayor edad (Closson et al., 2016; Mendoza & Ortiz, 2009). Así mismo, la edad representa un factor importante entre los HSHM al momento de elegir la posición sexual con sus parejas, al respecto, Bruce, Harper, Fernández y Jamil (2011), identificaron que gran parte de una muestra HSHM practicó sexo anal insertivo con hombres ligeramente mayores que ellos y sexo anal receptivo con hombres mucho mayores, y sexo vaginal principalmente con mujeres de la edad.

Aunado con lo anterior, la edad también es considerada un factor que influye en la adquisición del VIH entre los hombres que tienen sexo solo con hombres y los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres. En un estudio, los autores identificaron que los HSHM que viven con el VIH tienen más probabilidad de tener ≥ 45 años (Liao et al., 2019).

Con relación a los factores psicológicos, Pender et al. (2011) no propone una definición de los factores psicológicos, sin embargo, si ofrece algunos ejemplos como

autoestima, motivación y estrés, por mencionar algunos. Autores consideran dichos factores como de riesgo y son definidos como los procesos e interpretaciones a nivel individual y psicológico que influyen en los estados mentales y en el comportamiento de las personas (Dumoy, 1999; Rodríguez & Frías, 2005). La homofobia internalizada, distrés psicológico y la vitalidad representan los factores personales psicológicos asociados con la conducta sexual protegida entre los HSHM.

La homofobia internalizada es considerada como la no aceptación de la homosexualidad, conocida también como homonegatividad internalizada, tiene efecto directo e indirecto en la conducta sexual de los HSHM (Dawson et al., 2019). Es un aspecto psicológico que se relaciona con otros factores psicológicos y contribuye a que se realicen conductas sexuales de riesgo al VIH como el no uso del condón (Widman, Golin, Grodensky, & Suchindran, 2013). De acuerdo con Meyer (2003), la homofobia internalizada es un factor estresante característico en los hombres que tienen sexo con hombres, este estrés forma parte de un grupo de factores estresantes únicos que afectan a esta población clave. En este sentido, la homofobia, los prejuicios, el estigma y la discriminación crean un ambiente social hostil que puede causar problemas mentales y de salud.

Algunos datos indican que la homofobia internalizada está directamente asociada con problemas de distrés psicológico (Rosser, Bockting, Ross, Miner, & Coleman, 2008), con la evasión de las pruebas del VIH y con la divulgación de la identificación como bisexual o heterosexual en los HSH (Shoptaw et al., 2009). Al respecto, la homofobia internalizada representa un factor personal psicológico dentro del MPS y es definida como el grado de confort de los HSHM con la identificación pública de la práctica homosexual y con el confort personal y social con los hombres homosexuales.

Se ha identificado que la homofobia internalizada ejerce un efecto positivo en la conducta sexual, es decir, los HSHM con mayores niveles de homofobia internalizada tienden a realizar conductas sexuales de riesgo (Hernández, Caudillo, & Flores, 2018;

Lozano, 2017), como el sexo insertivo y receptivo sin condón con otros hombres (Jeffries, Marks, Lauby, Murrill, & Millett, 2013; Ortiz & García, 2005), sexo con mujeres sin condón y sexo oral sin condón (Crosby, Salazar, Mena, & Geter, 2016).

Referente al distrés psicológico, se considera que es el bienestar emocional, psicológico y social de un individuo o grupo (Descriptores en Ciencias de la Salud, 2019). La OMS (2013), define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En este sentido, la falta de salud mental se traduce en enfermedades y/o trastornos mentales comunes como el distrés psicológico. Al respecto, el constructo “distrés psicológico” es considerado como un problema de salud mental ya que incluye factores como ansiedad, depresión, problemas de sueño y pérdida de confianza (Rivera-Ledesma et al., 2013).

Un deterioro en la salud mental como el distrés psicológico entre los HSHM está asociado con ciertos comportamientos sexuales de riesgo de contraer el VIH (Agnew-Brune et al., 2019). En este sentido, el distrés psicológico representa un factor personal psicológico de los HSHM que influye en la conducta sexual y se refiere a la sensación de paz, felicidad y calma en todo momento, el deterioro en la salud mental entre los HSHM se refleja en un distrés psicológico que tiene que ver con la sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek, & Medina-Moreno, 1999). Así mismo, algunos componentes negativos del distrés psicológico de los HSHM como depresión y ansiedad, pueden favorecer en el aumento de la prevalencia del sexo anal sin condón (Agnew-Brune et al., 2019; Semple et al., 2017), aumentan las probabilidades de tener múltiples parejas sexuales y de ser VIH positivo (Mustanski, Garofalo, Herrick, & Donenberg, 2007).

En cuanto a vitalidad, se define como la sensación de entusiasmo y energía (Safren et al., 2010). En este sentido, la ausencia de vitalidad está relacionada con la

toma de riesgo sexual entre los HSHM, lo que facilita la adquisición del VIH en esta población (Millar et al., 2018). Al respecto, la vitalidad representa otro factor psicológico que contribuye en la adopción de la conducta sexual protegida, y se entiende como la sensación que los HSHM experimentan respecto a sentirse lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo. La falta de vitalidad se considera como cansancio y agotamiento todo el tiempo. Se ha documentado en la literatura que el cansancio (falta de vitalidad) juega un papel importante en la conducta sexual ya que puede ayudar en el aumento del deseo sexual, la probabilidad de participar en el posicionamiento receptivo en el sexo anal y la probabilidad de practicar el sexo anal, vaginal u oral sin condón (Millar et al., 2018).

Beneficios percibidos para la acción.

Para Pender et al. (2011), los beneficios percibidos para la acción tienen que ver con la percepción de las consecuencias positivas de la realización de una conducta de salud; en su modelo sugiere que los beneficios pueden llevar de manera directa e indirecta al comportamiento, a través del compromiso con un plan de acción para realizar la conducta. Del mismo modo, está señalado en el modelo de creencias en salud que las personas que perciben beneficios para realizar una acción es muy probable que la realicen y funcione como un factor protector para la prevención de enfermedades. Por lo tanto, cuando los HSHM perciben los beneficios que conlleva el uso del condón, es más probable que realicen una conducta promotora para la prevención de riesgos.

Estudios previos demuestran que los principales beneficios percibidos para el uso del condón son el prevenir enfermedades de transmisión sexual y la prevención de embarazos, además, resaltan la importancia de estos beneficios específicamente en la prevención del VIH (Katikiro & Njau, 2012; King, Vidourek, & Singh, 2014; William & Cherly, 1999). Los beneficios percibidos para la acción están representados por los beneficios del uso del condón, los cuales hacen referencia a las percepciones positivas

que tienen los HSHM respecto al uso del condón para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Barreras percibidas para la acción.

Pender et al. (2011), menciona que las barreras percibidas para la acción son la percepción de los bloques, obstáculos y los costos personales de la realización de una conducta de salud, y que las personas que perciben obstáculos para realizar una conducta específica tienen menor probabilidad de llevarla a cabo. En el MPS se postula que las barreras percibidas para la acción afectan directamente a la conducta promotora de la salud ya que contribuyen como obstáculos para la acción, así mismo, pueden afectar indirectamente a través de la disminución del compromiso con un plan de acción. En este entendido, las barreras para el uso del condón representan a las barreras percibidas para la acción, y son definidos como los obstáculos percibidos por los HSHM respecto al uso del condón.

Los HSHM que perciben barreras para el uso del condón podrían no estar ejecutando el uso correcto o consistente del condón, lo que los coloca en mayor riesgo de adquirir el VIH (King, Vidourek, & Singh, 2014). La evidencia resalta que las principales barreras o dificultades para usar el condón son la falta de placer, la creencia de que con el condón se pierde la emoción, el romanticismo o clímax al momento de las relaciones, el miedo de que la pareja crea que él está infectado de alguna infección de transmisión sexual, la vergüenza al comprar condones y la dificultad de su uso (Hubach et al., 2013; Tung, Lu, & Cook, 2010).

Conjuntamente, los HSHM que perciben que el uso del condón reduce el placer y las normas subjetivas altas, tienen mayores probabilidades del uso inconsistente del condón (Pinyaphong et al., 2018).

Autoeficacia percibida.

La autoeficacia es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un comportamiento particular de la salud; la autoconfianza en la realización de la conducta

de salud afecta a la actividad relacionada con el éxito o bien estados o emociones y sentimiento subjetivo que ocurren antes, durante y después de un comportamiento específico de la salud (Pender et al., 2011). Bandura (1977, 1992) describe la autoeficacia percibida como las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida. En este sentido, la autoeficacia puede influir en las conductas sexuales de los HSHM ya que las personas con poca autoeficacia tienden a presentar sentimientos negativos sobre su capacidad. La autoeficacia puede mejorar aquellas cogniciones sobre las habilidades propias lo que permite que existan pensamientos motivadores para llevar a cabo una conducta saludable.

Por lo anterior, la autoeficacia percibida está representada por la autoeficacia para el uso del condón, la cual se define como la percepción que los HSHM tienen respecto a sus capacidades y habilidades para el uso del condón.

Los HSHM con menor autoeficacia para el uso del condón tienen mayor probabilidad de practicar sexo anal sin condón en los últimos seis meses y mayores probabilidades de usar condón inconsistentemente (Peterson et al., 1992; Pinyaphong et al., 2018). Por el contrario, aquellos que tienen mayor autoeficacia tienen menor riesgo de practicar sexo anal desprotegido y menor número de parejas sexuales (Amirkhania et al., 2009; Thomas et al., 2009). Adicionalmente, la autoeficacia para el uso del condón es considerada como el principal predictor del uso consistente del condón (Sohn & Cho, 2012).

Afecto relacionado con la actividad.

Consta de tres componentes: la excitación emocional al acto en sí (relacionado con el acto), la auto-actuación (relacionado con uno mismo) y el entorno en el que tiene lugar la acción (relacionado con el contexto). En este sentido, es probable que el estado de sensación resultante afecte si un individuo repite el comportamiento nuevamente o mantiene el comportamiento a largo plazo. Además, los estados de sentimiento subjetivo ocurren antes, durante y después de una actividad, según las propiedades de estímulo

asociadas con el evento de comportamiento. Estas respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas o fuertes y se etiquetan cognitivamente, se almacenan en la memoria y se asocian con pensamientos posteriores de la conducta (Pender et al., 2011).

Al respecto, el afecto relacionado está representado por el deseo sexual que se refiere al interés de los HSHM en realizar o mantener actividades sexuales (sexo oral, anal y vaginal) con una persona o en solitario (masturbación). El deseo sexual es una característica del individuo donde interviene el funcionamiento neuroendócrino que es producido por estimulaciones sexuales que a su vez son provocadas por fuentes de carácter individual como las fantasías e ideaciones que llevan a la necesidad de llevar a cabo una conducta sexual (Zubeidat et al., 2003), la literatura reporta que los hombres experimentan deseo más fuerte y frecuente que las mujeres (Dawson & Chivers, 2014; Zubeidat et al., 2003).

Específicamente, el deseo sexual se compone por el deseo sexual diádico (DSD) y el deseo sexual solitario (DSS) (Spector, Carey, & Steinberg, 1996). El DSD hace referencia al interés en iniciar o mantener actividades sexuales con otra persona y el DSS se observa a partir de conductas autoeróticas (Blanc, Rojas, & Sayans, 2017). En los HSHM, el deseo sexual es más frecuente y fuerte en comparación con otros hombres (Blumstein & Schwartz, 1983; Holmberg & Blair, 2009). Así mismo, el deseo sexual está asociado con la conducta sexual en los HSHM ya que favorece la búsqueda de sensaciones sexuales, buscar parejas sexuales masculinas y a pagar por sexo (Blanc, Rojas, & Sayans, 2017; Muñoz-Laboy, 2004).

Influencias interpersonales.

De acuerdo con Nola Pender (2011), las influencias interpersonales son las normas, apoyo social, modelos de conducta, percepciones sobre los comportamientos, creencias o actitudes de otras personas relevantes (familia, amigos, pareja y proveedores de salud) con respecto a la participación en un comportamiento de salud específico. Las principales fuentes de influencia en la conducta promotora de la salud son familia,

pareja, compañeros y profesionales de la salud. El MPS menciona que las influencias interpersonales afectan la conducta de promoción de la salud de forma directa e indirecta a través de la presión social o el estímulo de otras personas para comprometerse con un plan de acción. Se identificaron como influencias interpersonales al apoyo social, discriminación, masculinidad y heteronormatividad.

Por ello, el apoyo social representa una influencia interpersonal, y es definido por algunos autores como las provisiones instrumentales o expresivas, reales y percibidas, que son dadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos (Morales, Cerezo, Fernández, Infante, & Trianes, 2009). Además, el apoyo social es visto como uno de los principales recursos intrínsecos y extrínsecos de las personas los cuales son otorgados por las redes sociales en donde se desenvuelven, dichos recursos pueden ser de tipo emocional, material, de información y de compañía (Musitu & Cava, 2003). Así mismo, el apoyo social está relacionado con la percepción que tienen las personas sobre su red social (pareja, amigos, familia, comunidad) y los recursos que dicha red les provee (Méndez & Barra, 2008). Una red social se entiende como una relación social y sus características, identificable y que rodea a una persona (Antezana, 2007).

El apoyo social permite a los individuos mantener su identidad social, recibir apoyo emocional, de servicios e información y adquirir nuevas relaciones sociales. En el caso de los HSHM, se ha observado que el apoyo social brindado por la familia y la pareja puede predecir la conducta sexual. Al respecto, las familias que toleran y respetan la orientación o las prácticas sexuales suelen apoyar a los HSHM, lo cual ayuda en la modificación de conductas sexuales de riesgo (Preston, D`Augelli, Kassab, Cain, Shulze, & Starks, 2004). Así mismo, algunos HSHM que reportan rechazo familiar, tienen mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales sin condón (Ryan, Huebner, Diaz, & Sánchez, 2009; Warren, Fernández, Harper, Hidalgo, Jamil, & Torres, 2008). Por lo anterior, el apoyo social se define como el apoyo emocional, instrumental e informal que reciben los HSHM por parte de su familia, amigos y otras personas significativas.

Referente a la discriminación, se observa que la puede experimentar cualquier persona, sin embargo, algunas personas son más vulnerables de sufrir algún tipo de discriminación por no formar parte de lo normativo, es decir aquellas personas que no se asumen como heterosexuales (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018). La discriminación se refiere al trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, sexo, ideas políticas, religión, entre otras, en este caso, la discriminación por orientación sexual entre los HSHM se refleja como un prejuicio y exclusión social al negarles el acceso a diferentes recursos y servicios (Ortiz-Hernández & García, 2005).

En este sentido, discriminación representa otra influencia interpersonal y se refiere a la percepción de ser tratado de forma diferente a los demás por cuestiones de orientación sexual o identidad de género en las siguientes situaciones: en la familia, al rentar o comprar una casa, en el trabajo, en los servicios médicos, en la escuela, en algún negocio, centro comercial o banco, en la calle o transporte público, en redes sociales, en un gimnasio o centro deportivo, en su localidad, barrio o colonia, con la policía o en la iglesia. Se identificó en la literatura que la discriminación por orientación sexual está relacionada con problemas de estrés psicológico en donde incluye la ideación suicida, intento de suicidio y con las conductas sexuales de riesgo en donde se incluye el no uso de condón (Ortiz & García, 2005; Scher, 2016).

En cuanto a la masculinidad, ésta se refiere al conjunto de normas o creencias masculinas de los hombres sobre la existencia de una superioridad o dominio sobre los demás por el hecho de ser hombre (LaPollo, Bond & Lauby, 2014; Martínez, 2016). Se ha demostrado que existe relación entre normas masculinas, comportamientos sexuales y riesgo de adquirir el VIH en los hombres. Además, las creencias hipermasculinas están asociadas con mayor número de parejas sexuales masculinas y femeninas entre los HSHM (Fleming et al., 2016; LaPollo, 2013). Por lo tanto, la masculinidad representa una influencia interpersonal y se refiere a la postura masculina que tienen los HSHM

acerca de la manera de cómo deben comportarse los hombres ante las demás personas respecto a la fuerza física, violencia, competencia, dominio y destreza sexual.

La heteronormatividad representa otra influencia interpersonal y hace referencia a las reglas culturales y a las estructuras normativas que guían las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, estas, hacen énfasis en la "naturalidad" de las relaciones sexuales y afectivas entre los sexos opuestos y ven a las parejas del mismo sexo como algo "alternativo o antinatural" (Kitzinger, 2005). Al respecto, cuando se utilizan términos relacionados con el género y la sexualidad, tales como: homosexual, bisexual, transgénero, entre otras, se desafían los principios centrales de la heteronormatividad, con el entendido de que solo existen dos sexos, o que solo es normal o natural que las personas de diferentes sexos se sientan atraídas entre sí, dejando de lado las conductas homosexuales (Kitzinger, 2005; Muñoz-Laboy, Severson, Levine, & Martínez, 2017).

En los HSHM, la heteronormatividad está asociada con las conductas sexuales y con la manera en la que éstos se relacionan con sus parejas sexuales respecto a que tan cómodos están con el comportamiento no heterosexual. En este sentido los HSHM menos cómodos con el comportamiento homosexual, son más heteronormativos y, por lo tanto, tienden a relacionarse con mujeres en redes sociales de familia y amigos. Mientras que, con sus parejas masculinas, se relacionan apegándose a las reglas de la heteronormatividad impuestas por la sociedad, cayendo en el ocultamiento (Muñoz et al., 2014). Por lo anterior, la heteronormatividad se refiere al confort que siente el HSHM respecto a sus comportamientos homosexuales.

Compromiso para un plan de acción

Se refiere a la intención de llevar a cabo un comportamiento particular de la salud incluyendo la identificación de estrategias específicas para hacerlo con éxito inmediato a las demandas y preferencias (Pender et al., 2011). Dicho compromiso, impulsa al individuo a la acción e implica procesos cognitivos como: el compromiso de llevar a cabo una acción específica en un momento y lugar determinados y con personas

específicas o solas, y la identificación de estrategias definitivas para obtener, llevar a cabo y reforzar el comportamiento. El compromiso para un plan de acción se refiere a la motivación para llevar a cabo una acción que promueva el comportamiento deseado, en este caso la conducta sexual protegida. Está representado por el compromiso con el uso del condón y se refiere al uso consistente del condón, por lo que, a mayor compromiso, da mayor consistencia en el uso del condón.

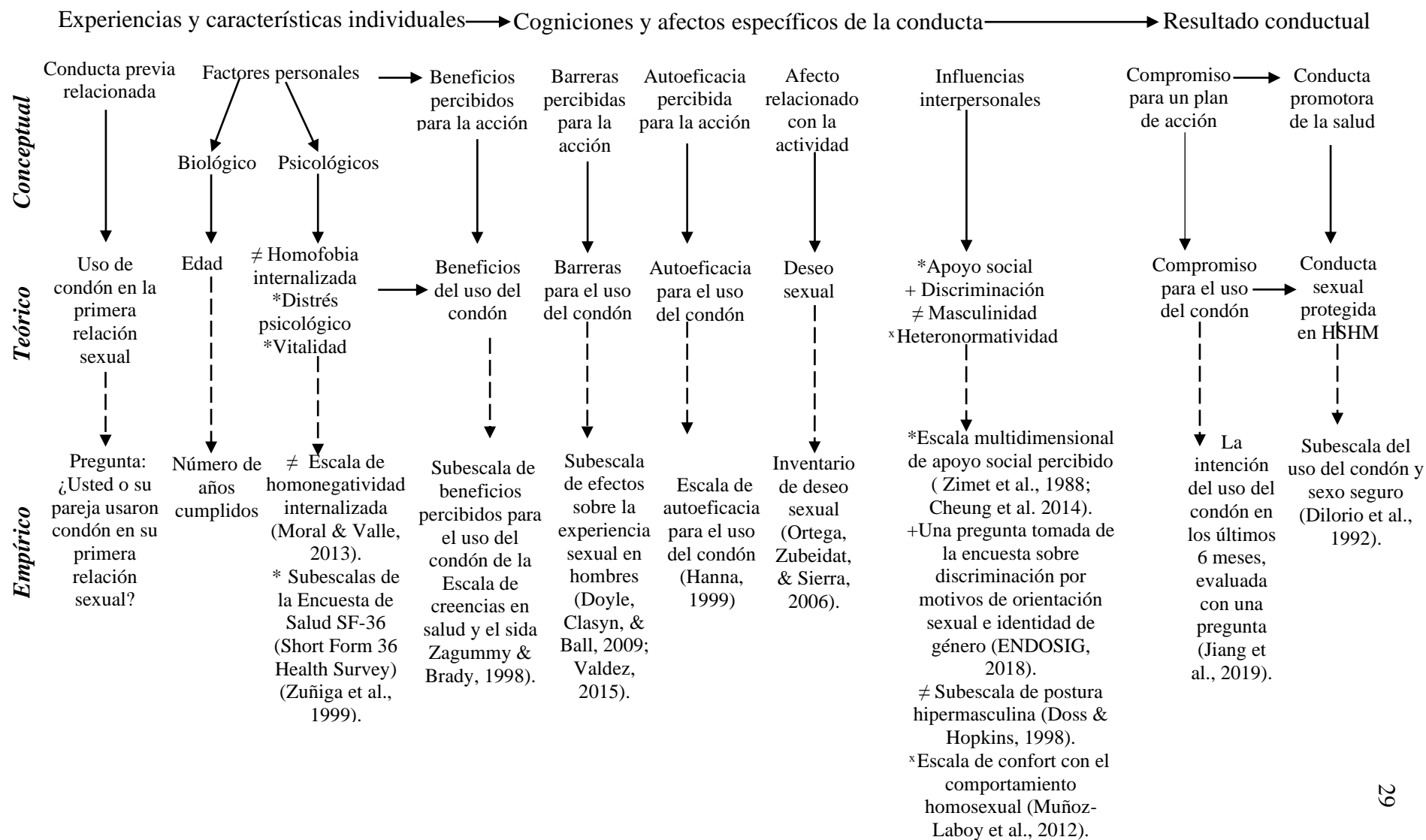
Conducta promotora de salud/Resultado conductual.

Para Nola Pender (2011) la conducta promotora de la salud es el punto final de la conducta deseada o el resultado de la toma de decisiones sanitarias y la preparación para la acción. Está representada por la conducta sexual protegida como el resultado conductual de los HSHM. La conducta sexual se entiende como una expresión específica de la sexualidad. Algunos autores utilizan el término “prácticas sexuales” para referirse a las acciones para otorgar placer sexual a los individuos, como el contacto físico directo o indirecto a través de la estimulación y el placer a nivel psicológico (OMS, 2015; ONUSIDA, 2017; Portillo & Paredes, 2010).

La conducta sexual protegida es el uso del condón en la última relación sexual y la frecuencia en que los HSHM usan condón en las diferentes actividades sexuales (sexo vaginal, oral y/o anal). La literatura muestra que los HSHM son vistos como un grupo homogéneo entre los HSH, sin embargo, se observa la necesidad de estudiarlos por separado ya que puede haber diferencias significativas en los comportamientos. Al respecto, los hombres autoidentificados como bisexuales notifican con mayor frecuencia relaciones sexuales anales con mujeres y mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajadoras sexuales que los hombres heterosexuales, además, de que reportan el uso del condón más frecuente con trabajadoras sexuales que los heterosexuales y comportamientos de menor riesgo que los homosexuales (Izazola, Gortmaker, de Gruttola, Tolbert, & Mann, 2003).

En conjunto con lo anterior, los HSHM usan el condón en mayor porcentaje con sus parejas sexuales masculinas que con las femeninas y más de la mitad tiende a no usarlo cuando práctica o recibe sexo oral con cualquiera de sus parejas (Dodge et al., 2011; Kim et al., 2013).

Figura 2. Esquema de la substracción teórica



Modelo de conducta sexual protegida en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres (MSP-HSHM).

El MSP-HSHM se determinó a partir del MPS (Pender et al., 2011), tomando en cuenta la substracción de conceptos previamente descrita. Se realizó una propuesta de los conceptos mencionados anteriormente y sus relaciones, se pretende explicar la conducta sexual de los HSHM, se consideran la conducta previa relacionada, factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales y las cogniciones, las influencias interpersonales y situacionales y el compromiso son el uso del condón. Se identificaron y clasificaron las proposiciones de la teoría propuesta y se realizó mediante un esquema (figura 3) el orden jerárquico de las proposiciones del MCSP-HSHM.

El presente modelo (MCSP-HSHM), parte de las siguientes proposiciones:

1. El uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y la vitalidad influyen en la conducta sexual protegida en HSHM.
2. El uso del condón en la primera relación sexual, la edad, la homofobia internalizada, el distrés psicológico y la vitalidad influyen en los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y en el deseo sexual.
3. El uso del condón en la primera relación sexual, la edad, la homofobia internalizada, el distrés psicológico y la vitalidad influyen en el apoyo social, discriminación, masculinidad y heteronormatividad.
4. La autoeficacia percibida para el uso del condón influye en las barreras percibidas para el uso del condón.
5. El deseo sexual influye en la autoeficacia para el uso del condón.
6. Los beneficios del uso del condón, las barreras para el uso del condón, la autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual, influyen en la conducta sexual protegida en HSHM.

7. Los beneficios del uso del condón, las barreras para el uso del condón, la autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual influyen en el compromiso para el uso del condón.

8. El apoyo social, discriminación, masculinidad y heteronormatividad, influyen en el compromiso para el uso del condón.

9. El apoyo social, discriminación, masculinidad y heteronormatividad, influye en la conducta sexual protegida en HSHM.

Figura 3. Modelo de conducta sexual protegida en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres (MCSP-HSHM).

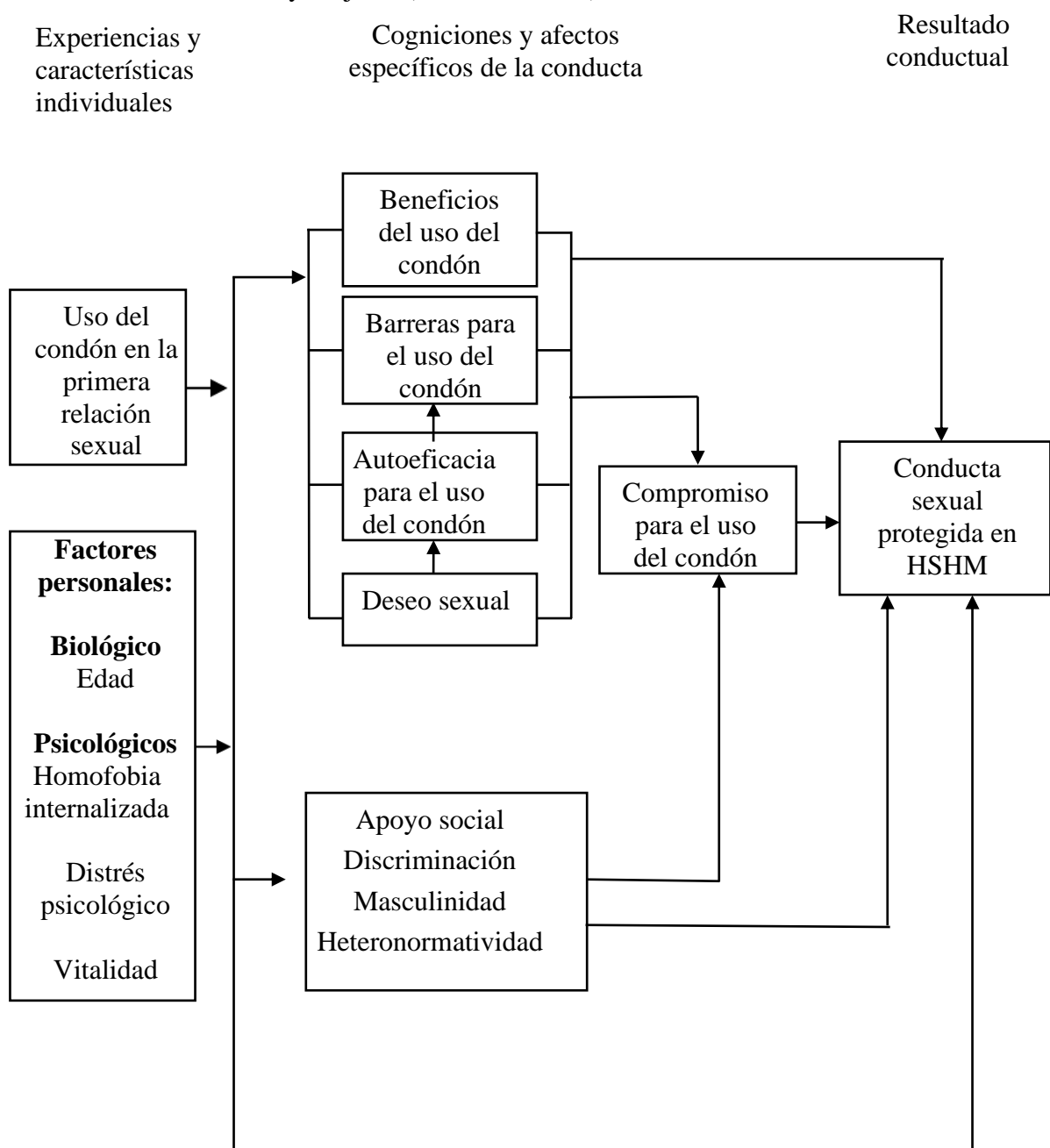


Figura 3. Relación de variables del modelo de conducta sexual protegida en HSHM.

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios empíricos relacionados con las variables de interés.

Uso de condón en la primera relación sexual

Se identificó información escasa sobre el uso del condón en la primera relación sexual en HSHM, se observa que la mayoría de los estudios se enfocan en población adolescente. Sin embargo, Uribe, Amador, Zacarias y Villarreal (2011), analizaron una muestra de 273 hombres y mujeres de entre 19 y 25 años, con el objetivo de determinar la relación entre el uso del condón y la actividad sexual de riesgo. Encontraron que existen correlaciones positivas entre el uso del condón en la primera relación sexual y el uso del condón en cualquier relación sexual ($r = .676$, $p = .01$).

El uso del condón en la primera relación sexual puede estar influyendo en el uso consistente del condón entre los HSHM, dada la escasa literatura se infiere que existe la necesidad de abordar este indicador en la población adulta y específicamente en los HSHM, esto ayudaría al entendimiento del debut sexual de esta población y como se relaciona con la conducta sexual posterior.

Edad

Mendoza y Ortiz (2009), realizaron un estudio con el objetivo de analizar los factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de Ciudad Juárez, Chihuahua. La muestra estuvo conformada por 186 hombres en los cuales observaron que los sujetos de menor edad tuvieron mayor probabilidad ($OR= 3.07$, $IC\ 95\% [.81, 11.60]$, $p = .05$) de mantener alguna práctica sexual de riesgo (uso inconsistente del condón).

Closson et al. (2016), realizaron un estudio en una muestra de 719 hombres que tienen sexo con hombres (homosexuales y bisexuales), con el objetivo de determinar los factores asociados con la edad de las parejas sexuales entre dicha población.

Encontraron que, los hombres que informaron parejas sexuales mayores tenían más

probabilidad de informar sexo anal receptivo en comparación con los hombres con parejas sexuales de la misma edad (51.2% vs 40.1%; $OR = 1.26$, $IC\ 95\% [1.01, 1.57]$) y que es más probable tener sexo anal sin condón con compañeros mayores serodiscordantes o cuyo estado serológico es desconocido, en comparación con compañeros más jóvenes o de la misma edad (18.4% vs 9.8%). Además, mencionan que los hombres mayores VIH negativos son más propensos a estar con parejas más jóvenes ($OR = 1.10$, $IC\ 95\% [.8, 1.12]$) comparados con los hombres mayores VIH positivos ($OR = 1.06$, $IC\ 95\% [1.3, 1.10]$).

Así mismo, Prestage, Jin, Bavinton, Scott y Hurley (2013), realizaron una investigación con 1476 hombres identificados como homosexuales y bisexuales, el objetivo fue describir las relaciones entre el comportamiento sexual de los hombres australianos sin VIH y las diferencias de edad entre ellos y sus parejas sexuales. Los principales hallazgos indican que los hombres tienen hasta 18 prácticas sexuales diferentes, sobre esto, los autores reportan que los hombres menores de 25 años informaron una media de 7.0 prácticas, en comparación con los hombres de 25-44 años que informaron una media de 7.3 prácticas ($OR = 1.03$, $IC\ 95\% [.98, 1.09]$, $p = .022$) y los hombres de 45 o más años informaron una media de 7.7 prácticas ($OR = 1.09$, $IC\ 95\% [1.02, 1.16]$, $p = .008$). Además, encontraron que los hombres cuyas parejas tenían al menos 10 años más, eran más propensos a tomar únicamente la posición receptiva durante la actividad sexual ($OR = 2.02$, $IC\ 95\% [1.04, 3.93]$, $p = .03$).

Bruce, Harper, Fernández y Jamil (2011), realizaron un estudio en 200 hombres adolescentes y hombres jóvenes adultos autoidentificados como gay y bisexual, con una media de edad de 19.3 años ($DE = 1.7$). El principal objetivo planteado por los investigadores fue determinar la diferencia de edad entre los participantes y sus tres parejas sexuales más recientes, en cada acto sexual. Como hallazgo principal, reportaron que la mayoría de los participantes informó tener sexo anal insertivo con parejas del

mismo sexo ligeramente mayores (16.6%) y sexo anal receptivo con parejas mucho mayores (28.7%) y el 67.6% de los participantes reportaron sexo vaginal principalmente con mujeres de su misma edad.

La edad de los HSHM puede influir en la conducta sexual haciendo énfasis que cuanto más grandes de edad sean, más posibilidades tienen de realizar conductas sexuales de riesgo como sexo anal sin condón y comportamientos sexuales en grupo, y a tener mayor número de parejas sexuales. Mientras que los de menor edad, suelen tener parejas sexuales más grandes y adoptan el rol receptivo en las relaciones, lo que los hace más vulnerables de sufrir violencia y a las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, los estudios muestran resultados diferentes entre sí, esto hace necesario seguir indagando en como la edad influye en la dinámica de la conducta sexual.

Homofobia internalizada

Hernández, Caudillo y Flores (2018), estudiaron una muestra de 80 HSH mexicanos con el objetivo de examinar el efecto de la homofobia internalizada (HI) en la conducta sexual en HSH. Encontraron que el 35% de los participantes tienen niveles altos de HI. Así mismo, identificaron que la HI tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual, concluyen que a mayores niveles de HI la conducta tiende a ser más riesgosa ($\beta = .36, p = .001$).

Ortiz y García (2005), analizaron una muestra de 318 hombres adultos homosexuales y bisexuales que acudieron a organizaciones e instituciones ubicadas en la Ciudad de México. Los autores determinaron la relación entre prácticas sexuales de riesgo para infección por VIH y la opresión que éstos han internalizado debido al prejuicio y discriminación. Los resultados principales reportados, indican que la homofobia internalizada está asociada con mayor riesgo de sexo insertivo sin condón ($OR = 1.78, IC\ 95\% [1.20, 2.30], p = .05$) sexo receptivo sin condón ($OR = 2.05, IC\ 95\% [1.06, 3.31], p = .05$) y el tragar semen de otros hombres ($OR = 3.09, IC\ 95\% [1.47, 5.58], p = .05$).

Lozano (2017), analizó los efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 1824 participantes reclutados por medio de una encuesta por internet, en los cuales se reportó que a mayor nivel de homofobia internalizada (HI) hay mayores conductas sexuales de riesgo. Respecto a la HI baja, la media de las conductas sexuales de riesgo fue de 3.8 ($DE = 1.6$), para HI media fue de 4 ($DE = 1.6$) y para HI alta fue de 4.1 ($DE = 1.7$).

Jeffries, Marks, Lauby, Murrill, & Millett (2013) investigaron una muestra de 1154 HSH con el objetivo de determinar si los eventos homofóbicos aumentan las probabilidades de participar en relaciones sexuales anales sin protección. Encontraron que los hombres con experiencias homofóbicas en nivel medio, tuvieron mayor probabilidad de participar en relaciones sexuales anales sin protección en comparación con aquellos que no experimentaron homofobia ($OR = 1.71$, $IC\ 95\% [1.06, 2.52]$, $p = .05$).

Crosby, Salazar, Mena y Geter (2016) realizaron un estudio con 600 hombres negros que practican sexo con hombres, el objetivo fue evaluar la homofobia internalizada (HI) y su relación con las conductas de riesgo sexual. Encontraron que, en comparación con los hombres con niveles bajos de HI, los que tenían mayor HI tuvieron más probabilidades de informar sexo anal insertivo sin condón ($p < .010$) y sexo con mujeres sin condón ($p < .001$). Además, los hombres con mayor HI tenían menos probabilidades de discutir sobre la prevención del VIH con parejas sexuales ($p = .009$), de revelar su comportamiento sexual con personas del mismo sexo a proveedores de la salud ($p = .01$), de realizarse una prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses ($p = .04$), de reportar sexo oral sin condón ($p = .049$) y de ser VIH positivo ($p = .01$).

Ross et al. (2013), realizaron un estudio transversal en 38 países europeos, con el objetivo de determinar las variables sociales e individuales asociadas con la homofobia internalizada y las asociaciones con las conductas relacionadas con el VIH. La muestra

estuvo conformada por 144 177 HSH. Encontraron que las conductas relacionadas al VIH: la usencia de la prueba de VIH ($\beta = -.13$, IC 95% [-.38, -.42], $p = .05$) y la percepción de no tener control sobre la toma de riesgos sexuales ($\beta = -.15$, IC 95% [-.17, -.19], $p = .05$), se asociaron con la homofobia internalizada.

Estudios descritos anteriormente muestran que mayores niveles de homofobia internalizada puede promover la adquisición y transmisión de la infección del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, existe la tendencia que, a mayores niveles, mayor es la probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Además, a su vez está relacionada con el estigma, síndrome sindémico que viven los hombres pertenecientes a las minorías sexuales, a no realizarse pruebas de VIH y a la percepción de no tener control de la toma de riesgo sexual.

Distrés psicológico

Agnew-Brune et al. (2019) analizaron una muestra de 547 HSH de entre 13 y 18 años, el principal objetivo planteado fue determinar la asociación entre los problemas de salud mental, el apoyo social y el VIH entre los hombres latinos pertenecientes a minorías sexuales en tres ciudades de Estados Unidos. Reportaron que el 33% se identificó como bisexual y que el 22% informó haber intentado suicidarse alguna vez y el 10% informó sobre la ideación suicida del mes anterior, además, la mayoría (52%) reportó depresión y ansiedad. Así mismo, reportaron que la ideación suicida ($OR = 1.04$, IC 95% [1.01, 1.07], $p = .03$) y el intento de suicidio ($OR = 1.31$, IC 95% [1.06, 1.63], $p = .01$) se asociaron con el coito anal sin condón.

En otros análisis de regresión, los autores reportaron que el intento de suicidio se asoció con tener ≥ 4 parejas sexuales ($OR = 1.71$, IC 95% [1.31, 2.21], $p < .001$). Y, que, por cada aumento de 1 punto en la escala de depresión y ansiedad, la prevalencia de coito anal sin condón aumentó en un 4% ($OR = 1.04$; IC 95% [1.01, 1.07], $p = .03$).

Semple et al. (2017) realizaron un estudio a 201 HSH en la ciudad de Tijuana México, con el objetivo de examinar los correlatos del sexo anal sin condón.

Encontraron que los factores psicológicos (depresión, compulsividad sexual y homofobia internalizada) representaron un 10% adicional de la variación en los actos sexuales anales sin condón ($R^2 = .097$, $p < .001$). Además, se identificó que más actos sexuales anales sin condón con parejas masculinas en los últimos dos meses estaban asociados con puntuaciones más altas en los síntomas depresivos ($\beta = .208$, $p = .01$).

Wang et al. (2017), analizaron datos de 547 HSH de Shanghai, China, con la finalidad de investigar las asociaciones entre algunos problemas psicosociales y el comportamiento sexual de alto riesgo. Encontraron que una menor autoestima está asociada con el coito anal sin condón ($p = .009$). Concluyen que los problemas psicosociales pueden aumentar las conductas sexuales de alto riesgo entre los HSH ($OR\ 1.65$, $IC\ 95\% [1.09, 2.50]$, $p = .018$).

Mustanski, Garofalo, Herrick y Donenberg (2007) analizaron una muestra de 300 HSH, con el objetivo de evaluar el grado en que los problemas de salud mental tienen efecto en el aumento del riesgo de VIH en esta población. El hallazgo reportado fue que los problemas en la salud mental aumentaron significativamente las probabilidades de tener múltiples parejas sexuales anales ($OR = 1.24$, $IC\ 95\% [1.05, 1.47]$, $p = .05$), relaciones sexuales anales sin protección ($OR = 1.42$, $IC\ 95\% [1.19, 1.68]$, $p = .05$) y de ser VIH positivo ($OR = 1.42$, $IC\ 95\% [1.12, 1.80]$, $p = .05$).

Stall et al. (2003), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la medida en que un conjunto de problemas de salud psicosocial tiene un efecto en el aumento del riesgo de VIH entre los HSH. La muestra estuvo conformada por 2881 participantes en los cuales encontraron que un mayor número de problemas de salud psicosocial se asoció con las relaciones sexuales de alto riesgo: para 1 problema ($OR = 1.6$, $IC\ 95\% [1.2, 2.1]$), 2 problemas ($OR = 2.4$, $IC\ 95\% [1.6, 3.4]$), 3 y 4 problemas ($OR = 3.5$, $IC\ 95\% [2.2, 5.6]$, $p = .01$).

La literatura indica que el distrés psicológico forma parte de una síndrome en los HSH, en los que intervienen diversos problemas psicosociales, estudios han demostrado

que problemas en la salud mental conllevan al aumento de la probabilidad de realizar prácticas sexuales de riesgo como el sexo anal sin condón y por ende aumenta la vulnerabilidad para la transmisión del VIH.

Vitalidad

Millar, Starks, Rendina y Parsons (2019) realizaron un estudio exploratorio con el objetivo de determinar el papel del cansancio en la toma de riesgos sexuales entre los hombres gay y bisexuales. La muestra fue de 1113 hombres VIH negativos; encontraron que la mayoría de las relaciones sexuales con parejas ocasionales comúnmente se realizaron durante la noche y el sexo sin condones se producían con mayor frecuencia a la hora habitual de sentirse cansados (44.2%). También reportaron que el cansancio puede aumentar el deseo sexual (respaldado por el 29.9% de los participantes) y aumenta la probabilidad de participar en el posicionamiento receptivo en el sexo anal (40%).

Poca literatura ha demostrado la importancia del cansancio o la vitalidad en la toma de riesgo sexual, en este sentido, un estudio exploratorio ha demostrado la relación del cansancio en la toma de riesgos sexuales en los hombres gay y bisexuales. Se observa en la literatura reciente que el sexo anal con parejas ocasionales (con o sin condones) ocurre principalmente por la noche o por las tardes, que es cuando los HSHM regularmente refieren sentirse cansados, además, el cansancio puede aumentar el nivel de deseo sexual que a su vez está relacionado con la conducta sexual de riesgo.

Beneficios del uso del condón

Hubach et al. (2013), realizaron un análisis cualitativo en 77 hombres con comportamiento bisexual de la ciudad de Indianápolis, sobre sus patrones y experiencias de uso y no uso del condón con parejas masculinas y femeninas. Encontraron que la mayoría reportó un uso constante del condón tanto con hombres como con mujeres. Además, encontraron que una cantidad considerable de participantes promovieron el uso regular de condones con sus parejas sexuales dando importancia al bienestar físico y

sexual tanto de sus parejas como de ellos mismos. Por lo tanto, los autores mencionan que aquellos hombres que usaron regularmente los condones declararon que el uso del condón no era difícil con parejas masculinas o femeninas ya que este se usa de manera simple y constante.

King, Vidourek y Singh (2014) examinaron una muestra de 122 estudiantes universitarios de Asia y la India para determinar la participación en comportamientos sexuales, conocimiento general de las enfermedades de transmisión sexual, tasa de uso del condón y la percepción de los beneficios y barreras para el uso del condón. Lo que respecta a los beneficios percibidos, los autores encontraron que la cantidad de beneficios percibidos varió de 0 a 7 con una media de 3.5 ($DE = 3.2$). Los cuatro principales beneficios fueron que los condones protegen contra el embarazo (55.6%), protegen contra las enfermedades de transmisión sexual (53.2%), protegen contra el VIH/Sida (49.2%) y la reducción de la ansiedad sobre la posibilidad de un embarazo (49.2%).

Carballo-Dieguez y Curtis (1999) realizaron un estudio en 182 HSH con el objetivo de determinar la percepción de los obstáculos y beneficios para usar el condón. Encontraron que el 65% de los participantes se auto identificaron como gays, el 20% como bisexual y el 15% como heterosexual. La práctica más realizada es el sexo oral y solo el 16% de los participantes usaron el condón de manera consistente. Así mismo, reportan que el 95% de los participantes perciben a la prevención de enfermedades como el principal beneficio de usar condón. De igual forma, el 23% reportó el uso del condón para proteger a su pareja.

Tung, Farmer, Ding, Tung y Hsu (2009), realizaron una investigación con el objetivo de explorar la conducta sexual y el uso del condón, así como las diferencias específicas de los ítems de percepción de beneficios y barreras del uso del condón en 279 estudiantes universitarios en Taiwan. Los resultados reportados fueron que el 57% de los participantes eran sexualmente activos, el 11.9% señaló usar el condón de manera

consistente, el número de parejas sexuales tuvo una media de 2 ($DE = 1.18$) y el 62.9% tuvo dos o más parejas sexuales. Respecto a los beneficios percibidos reportados, fueron que el uso de condones hace que los individuos se sientan más responsables ($\bar{X} = 4.24$, $DE = 1.0$, $F [3, 125] = 3.06$, $p = .05$) y que se sientan protegidos con sus parejas ($\bar{X} = 4.65$, $DE = .5$, $F [3, 125] = 3.14$, $p = .05$).

Se encontró que los principales beneficios del uso del condón son el bienestar físico y sexual tanto de sus parejas como de ellos mismos. La literatura demuestra que para algunos hombres el uso del condón es simple y constante, y que pueden disminuir los riesgos sexuales, tales como infectarse por VIH/Sida.

Barreras para el uso del condón

King, Vidourek y Singh (2014) examinaron una muestra de 122 estudiantes universitarios para determinar la participación en comportamientos sexuales, la tasa de uso del condón y la percepción de las barreras para el uso del condón. Los resultados obtenidos indicaron que el número de barreras para el uso del condón varió de 0 a 12, con una media de 2.9 ($DE = 2.8$). Las tres barreras principales para el uso del condón fueron la vergüenza al comprar condones (48.4%), sentir que los condones reducen el placer sexual (39.5%) y no usar condones debido al consumo de alcohol antes del coito (33.1%).

Pinyaphong et al. (2018), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación de factores sociodemográficos, individuales, diádicos y sociales con el uso inconsistente del condón entre los estudiantes universitarios hombres. La muestra estuvo conformada por 1091 participantes, de los cuales el 67% tuvo relaciones sexuales y el 64.4% tuvo un uso inconsistente del condón. Los autores reportaron que la percepción de que el uso del condón reduce el placer ($OR = 1.4$; $IC\ 95\% [1.0, 2.1]$, $p = .05$) y las normas subjetivas altas ($OR = 1.9$; $IC\ 95\% [1.3, 2.8]$, $p = .05$) se asociaron con mayores probabilidades de uso inconsistente del condón.

Hubach et al. (2013), realizaron un análisis cualitativo con una muestra de 77 hombres bisexuales, sobre sus patrones y experiencias de uso y no uso del condón con parejas masculinas y femeninas. Como resultado encontraron que los participantes describieron numerosas barreras comúnmente para el uso constante del condón, por ejemplo, el uso del condón era influenciado por cuatro barreras contextuales: las expectativas de placer, acceso al condón, la espontaneidad del encuentro sexual y uso de sustancias. En este sentido, los autores reportan que la negociación del uso del condón con parejas sexuales fue vista como una interrupción potencial de la conducta sexual, lo que aumenta la posibilidad de que el placer sexual se reduzca.

Lo que respecta a las barreras para el uso del condón, se identificaron en la literatura siete barreras principales las cuales se asociaron con mayores probabilidades de uso inconsistente del condón. La vergüenza al adquirirlos, el acceso, la reducción del placer, el consumo de alcohol antes de la relación sexual, las normas subjetivas, la espontaneidad del encuentro sexual y el uso de drogas. Además, las barreras para el uso del condón están asociadas con mayores probabilidades del uso inconsistente del condón.

Autoeficacia para el uso del condón

Peterson, Coates, Catania, Middleton, Hilliard y Hearst (1992) examinaron la frecuencia y asociaciones del sexo anal sin protección en 250 hombres homosexuales y bisexuales afroamericanos. Obtuvieron como resultado que el 73% de los participantes tuvo sexo anal en los últimos 6 meses, el 22% tuvo sexo anal sin condón con su pareja primaria, el 33% con una pareja secundaria y el 63% de los participantes refirió usar de manera inconsistente el condón. Además, los autores reportaron que a menor autoeficacia ($OR = 1.38$, $IC\ 95\% [1.15, 1.65]$, $p = .05$) existe mayor probabilidad de sexo anal sin condón en los últimos 6 meses.

Pinyaphong et al. (2018), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación de factores sociodemográficos, individuales, diádicos y sociales con el uso

inconsistente del condón entre los estudiantes universitarios hombres. La muestra estuvo conformada por 1091 participantes, de los cuales el 67% tuvo relaciones sexuales y el 64.4% tuvo un uso inconsistente del condón. Lo que respecta a la autoeficacia, los autores reportaron que la baja autoeficacia en el uso del condón se asocia con mayores probabilidades de uso inconsistente del condón ($OR = 2.4$, $IC\ 95\%$ [1.3, 4.7], $p = .05$).

Sohn y Cho (2012) realizaron un estudio en una muestra de 1070 HSH. El principal objetivo fue determinar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de riesgo, y los factores que influyen en el uso de condón. Encontraron que el predictor principal del uso del condón en el sexo anal fue la autoeficacia para el uso del condón ($OR = 1.33$, $IC\ 95\%$ [1.1, 3.5], $p = .05$).

Amirkhanian et al. (2009), realizaron un estudio con 156 HSH con una media de edad de 28 años, con el objetivo de determinar la prevalencia y predictores de comportamientos sexuales de riesgo. Como variables predictoras consideraron el número de parejas con las que se tiene sexo anal no protegido, número de veces que se practica sexo anal no protegido y porcentaje del uso del condón en sexo anal. Como resultado obtuvieron que los HSH con mayor autoeficacia para usar el condón tienen menor riesgo de tener sexo anal no protegido ($OR = 0.77$, $IC\ 95\%$ [0.63, 0.93], $p = .05$) que al grupo que practica sexo anal sin uso del condón ($OR = 0.64$, $IC\ 95\%$ [0.50, 0.83], $p = .05$).

Sohn y Cho (2012) realizaron un estudio con 1070 HSH de Corea, se plantearon como objetivo, evaluar el conocimiento y actitudes hacia el VIH/sida y los comportamientos de riesgo. Encontraron que después de controlar la edad, educación, estado civil y la identidad sexual, los predictores del uso del condón en el sexo anal fue la autoeficacia ($OR = 1.33$, $p = .05$).

Thomas et al. (2009) realizaron un estudio con 210 HSH con el propósito de examinar las características demográficas y psicosociales que influyen en la conducta sexual de riesgo entre los HSH. Los autores identificaron que los HSH con mayor

autoeficacia para usar condón tienen menor número de relaciones sexuales anales desprotegidas y de parejas sexuales ($OR = .52, p = .01$).

Se observa que la autoeficacia para el uso del condón se asocia con mayores probabilidades del uso consistente de condón en el sexo anal y menor número de parejas sexuales, por el contrario, niveles bajos de autoeficacia están asociados a mayores probabilidades del uso inconsistente del condón.

Deseo sexual

Holmberg y Blair (2009), realizaron un estudio en línea sobre las experiencias sexuales actuales, compararon las diferencias del deseo sexual entre cuatro grupos de hombres y mujeres que tenían relaciones sexuales heterosexuales y del mismo sexo (homosexuales). La muestra estuvo conformada por 423 participantes, de los cuales 101 fueron hombres. Observaron en sus resultados, que existen similitudes entre los cuatro grupos respecto a las actividades sexuales y que los hombres informaron experimentar más deseo sexual que las mujeres. Respecto a los hombres, encontraron que aquellos que se encontraban en relaciones con parejas del mismo sexo, informaron un deseo sexual ligeramente más fuerte para actividades en solitario ($\bar{X} = 5.3, DE = 1.5$) y para otros atractivos ($\bar{X} = 5.2, DE = 1.6$), en comparación con aquellos hombres que se encontraban en relaciones heterosexuales ($\bar{X} = 4.5, DE = 1.6$, para actividades en solitario y $\bar{X} = 4.6, DE = 2.0$, para otros atractivos).

Bourne et al. (2013), realizaron un estudio cualitativo a través de una encuesta multinacional a 174 209 hombres que tienen sexo con hombres de 38 países de Europa, se plantearon como objetivos: describir las diversas dimensiones del "mejor sexo" construidas por hombres homosexuales y bisexuales, identificar con qué frecuencia tales dimensiones aparecen en el pensamiento colectivo y describir cómo varían las ideas de los hombres sobre la mejor vida sexual de acuerdo a las características demográficas. Obtuvieron como resultado que, el 41.7% de los encuestados refirió un deseo de una relación con otro hombre, el 36% manifestaron su deseo de forma de conexión amorosa,

íntima o de confianza con su compañero sexual y el 11.7% describió su idea del mejor sexo al incluir un deseo sexual sin daño físico o el riesgo de tenerlo.

Muñoz-Laboy (2004) realizó un estudio etnográfico con 18 historias sexuales de hombres latinos bisexualmente activos con el objetivo de analizar cómo se organiza el deseo sexual, se desarrolla a través de la actividad sexual y se interpreta en la vida sexual de hombres latinos bisexuales. Como resultado obtuvo la construcción de cuatro tipos de deseo: (1) el deseo sexual homoerótico y el sexo casual con mujeres, (2) el deseo sexual heteroerótico, pero sexo comercial con hombres, (3) el deseo heteroerótico/transgénico y (4) el deseo sexual con mujeres y hombres.

Los principales resultados cualitativos destacan que los hombres construyen cuatro configuraciones del deseo sexual: 1) homoerótico y el sexo casual con mujeres; 2) heteroerótico, pero sexo comercial con hombres; 3) heteroerótico-transgénico, y 4) el deseo sexual con mujeres y hombres. En este sentido, acercamientos cuantitativos resaltan que el deseo sexual está asociado con la conducta sexual en los HSHM, además, resaltan la necesidad de seguir indagando el deseo sexual de los HSHM exclusivamente, por ello, en el presente estudio, será interesante dicho abordaje para apoyar en el entendimiento de como el deseo influye en la conducta sexual protegida de las personas, específicamente en esta población.

Apoyo social

Frost, Meyer y Schwartz (2016) realizaron un estudio con una muestra de 396 hombres y mujeres gays y bisexuales con el objetivo de informar la función y la composición de las redes de apoyo social entre este grupo poblacional. Encontraron como resultado que los patrones de apoyo diferían con respecto a las principales necesidades de apoyo, mientras que para personas heterosexuales el principal apoyo social recibido fue de la familia, para los hombres bisexuales (82%) se basó principalmente en otras personas, como amigos y compañeros de trabajo, cuando necesitaban un apoyo importante.

Preston et al. (2004), realizaron una investigación con 99 HSH de 18 a 69 años, con el objetivo de determinar la relación entre el comportamiento de riesgo sexual, las características personales, la salud mental y el estigma. Como resultado encontraron que el apoyo familiar respecto a la preferencia sexual se asoció con la probabilidad de modificar las conductas sexuales de riesgo en comparación con los hombres que no contaban con el apoyo familiar ($r = .28, p = .050$).

Peterson et al. (1992) examinaron la frecuencia y asociaciones del sexo anal sin protección en 250 hombres homosexuales y bisexuales afroamericanos. Obtuvieron como resultado que el 73% de los participantes tuvo sexo anal en los últimos 6 meses, el 22% sexo anal sin condón con su pareja primaria, el 33% con una pareja secundaria y el 63% de los participantes refirió usar de manera inconsistente el condón. Los autores reportaron que a menor apoyo social ($OR = 0.51, IC\ 95\% [.26, .98], p = .050$) y menor autoeficacia ($OR = 1.38, IC\ 95\% [1.15, 1.65], p = .050$) existe mayor probabilidad de sexo anal sin condón en los últimos 6 meses.

Se encontró que para los HSHM la principal fuente de apoyo fueron los amigos y compañeros de trabajo, las cuales se asociaron con la conducta sexual segura. Así mismo, se observa que el apoyo social (especialmente el apoyo de la familia) es un factor protector para las conductas sexuales de riesgo.

Discriminación

Scher (2016), realizó una investigación para determinar el impacto del estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans en la vulnerabilidad y riesgo frente de VIH. Llevó a cabo entrevistas e historias personales, encontró que el estigma y discriminación hacia las dos poblaciones es muy prevalente en Chile. Así mismo reportó que la discriminación tomó formas variadas, como la exclusión social, agresiones directas y la violencia. Concluye que la discriminación influye en muchos aspectos de las vidas de las dos poblaciones e incluido la toma de riesgo sexual debido a la falta de oportunidades.

Ortiz y García, (2005), buscaron identificar el efecto de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 506 participantes entre hombres y mujeres, encontraron que la discriminación en el trabajo está asociada con un incremento en el riesgo de presentar intento de suicidio ($OR = 1.88$, $IC\ 95\% [1.02, 3.09]$, $p = .05$) y trastornos mentales comunes ($OR = 1.67$, $IC\ 95\% [1.08, 2.32]$, $p = .05$).

Se observa que la discriminación en población HSH tiene daños a la salud mental y contribuye en la vulnerabilidad al VIH, y, la mayoría de los estudios se limitan a estudiar la discriminación y aspectos de la salud mental. Sin embargo, a pesar de los estudios en esta población, existe escasa literatura sobre el efecto de la discriminación por orientación sexual sobre la conducta sexual protegida en población de HSHM, a pesar de que se esperan resultados similares, es necesario el abordaje con diversas metodologías.

Masculinidad

Muñoz, Garcia, Wilson, Parker y Severson (2015) realizaron un análisis exploratorio con el objetivo de conocer cómo los hombres latinos bisexuales organizan sus parejas sexuales. La muestra estuvo conformada por 142 hombres latinos bisexuales, encontraron como resultado que el machismo era directamente asociado con la reunión de parejas femeninas a través de espacios como el lugar de trabajo, escuela y/o iglesia ($\beta = .22$, $p = .046$), pero inversamente asociados con encuentros de parejas masculinas en espacios formales ($\beta = -.34$, $p = .05$). Además, el machismo se asoció positivamente ($\beta = .21$, $p = .05$) con el encuentro de parejas sexuales a través de redes sociales (redes de amistad y de parentesco).

LaPollo, Bond y Laubyn (2014) analizaron una muestra de 180 hombres negros y 101 hombres blancos que tenían sexo con hombres y mujeres con el objetivo de examinar la asociación entre las ideas de hipermasculinidad y comportamientos sexuales

que pueden contribuir a un mayor riesgo de VIH. Como resultado obtuvieron que la mayoría de los participantes se identificó como bisexuales (69%). Además, la hipermasculinidad se asoció ($p < .001$) con la sensación de que es “muy importante” para mantener en secreto la conducta sexual con una pareja masculina, con mayor homofobia internalizada y con el intercambio de sexo con un hombre en los últimos 3 meses. Así mismo, la hipermasculinidad fue correlacionada positivamente con el número de parejas sexuales masculinas ($r = .239$; $p < .001$) en los últimos tres meses.

Fleming, DiClemente y Barrington (2015), realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de identificar las dimensiones principales de las normas masculinas que dan forma a la conducta sexual de los hombres. Como resultado reportaron tres dimensiones: (1) el impulso sexual masculino incontrolable; donde los participantes expresan la idea de que los hombres están biológicamente programados para tener constantemente deseo hacia el sexo, (2) la capacidad para desempeñarse sexualmente; los participantes tienen la creencia que el uso del condón representa una barrera para que los hombres puedan demostrar su capacidad sexual y (3) el poder sobre los demás; los autores destacan que esta dimensión se refiere a todos los esfuerzos que los hombres hacen para afirmar su poder sobre otros, tanto para hombres como para mujeres, a través de la conducta sexual, como por ejemplo el número de parejas sexuales.

Respecto a la masculinidad, se observa que está directamente asociada con las conductas sexuales de riesgo, con el intercambio de sexo con un hombre en los últimos tres meses y con el número de parejas sexuales masculinas en los últimos tres meses. Sin embargo, falta más literatura cuantitativa que apoye los resultados en esta población específica.

Heteronormatividad

Muñoz-Laboy, Garcia, Wilson, Parker y Severson (2014) realizaron un análisis exploratorio, se plantearon como hipótesis: que, si los hombres latinos bisexuales se adhirieran a los guiones heteronormativos, tendrían más probabilidades de conocer a sus

parejas no heteronormativas (hombres o transexuales) a través de espacios sociales informales, redes y / o en línea y tendrían más probabilidades de tener relaciones sexuales con ellos en espacios informales, es decir, fuera de sus hogares. La muestra estuvo conformada por 142 hombres latinos bisexuales, encontraron como resultado que los participantes tenían más probabilidades de encontrarse parejas femeninas a través de espacios formales ($OR = 4.9$, $IC\ 95\% [1.52, 10.99]$, $p < .001$) y a través de las redes sociales ($OR = 3.01$, $IC\ 95\% [1.42, 6.35]$, $p < .001$) que a través de espacios informales.

Además, respecto a la conducta sexual de riesgo, los autores reportan que los HSHM informaron las siguientes prácticas durante los dos meses anteriores: el 41.6% de relaciones sexuales vaginales fueron sin protección; el 21.8% de sexo anal fue sin protección con parejas femeninas; el 37.5% de coito anal insertivo sin protección fue con parejas masculinas; el 22.5% de relaciones anales receptivas no protegidas fueron con parejas masculinas; el 64.9% había realizado sexo oral en una pareja masculina; el 62.3% había realizado sexo oral en una pareja femenina; el 81.8% había recibido sexo oral de un hombre y el 77.7% había recibido sexo oral de una pareja femenina.

En este sentido los autores concluyen que los hombres siguieron una forma heteronormativa para conocer parejas femeninas, pero no para parejas masculinas. Sin embargo, otros hallazgos importantes fueron que los hombres informaron una mayor probabilidad de haber tenido su último encuentro sexual en un lugar formal (casa de la pareja) con hombres ($OR = 1.42$, $IC\ 95\% [1.04, 1.93]$, $p = .05$) y mujeres ($OR = 1.27$, $IC\ 95\% [1.27-3.38]$, $p = .05$).

Meanley, Egan y Bauermeister (2018), realizaron un estudio en 364 HSH jóvenes de Detroit, Estados Unidos, con el objetivo de examinar la prevalencia de vigilancia heteronormativa de género (ejemplo, castigado/restringido por mostrar feminidad) y de sexualidad (ejemplo, intentos de alterar las atracciones entre personas del mismo sexo). Así como examinar la asociación de estos procesos con el número de parejas sexuales, tanto insertivas como receptivas, con quien tuvieron sexo anal sin condón. De acuerdo

con los modelos multivariantes, los autores indicaron que la vigilancia heteronormativa de sexualidad estaba asociada con el número de parejas de alto riesgo ($OR = 1.84$, $IC\ 95\% [1.02, 3.34]$, $p = .044$).

Para la heteronormatividad, se identificó que los HSHM se guían de normas heteronormativas, esto, asociado con más probabilidades de encontrarse parejas femeninas a través de espacios formales y a través de las redes sociales, que a través de espacios informales y más probabilidad de haber tenido su último encuentro sexual en un lugar formal versus en un lugar informal tanto con hombres y mujeres. Además, está asociada con las conductas sexuales de riesgo de los hombres bisexuales. Sin embargo, la escasa literatura muestra la necesidad y lo interesante de abordar esta variable, recalando que no se identificaron estudios en México donde la aborden en relación con las conductas sexuales de la población.

Conducta sexual protegida en HSHM

Izazola, Gortmaker, de Gruttola, Tolbert y Mann (2003), realizaron una investigación en México con el objetivo de comparar los patrones de comportamiento sexual entre hombres bisexuales, heterosexuales y homosexuales. Llevaron a cabo una encuesta probabilística en hogares de la ciudad de México entre 1992 y 1993, analizaron 8 068 hombres entre 15 y 60 años. Obtuvieron como resultado que los hombres bisexuales notificaron con mayor frecuencia relaciones sexuales anales con mujeres (16% vs. 3%, $p = .010$), y mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajadoras sexuales que los hombres heterosexuales (10% vs. 4%, $p = .04$).

Además, reportaron resultados interesantes, los bisexuales usaron condones más frecuentemente con trabajadoras sexuales que los heterosexuales ($p = .01$). Indicaron que la mayoría de los bisexuales (79%) no mantuvieron relaciones sexuales anales receptivas o insertivas con otros hombres en el año previo al estudio, pero si realizaron sexo oral insertivo o masturbación. Así mismo, los hombres bisexuales que realizaron coito anal tuvieron comportamientos receptivos con menor frecuencia que los homosexuales

(13% vs. 60%, $p < .001$). En este sentido, los investigadores concluyen que los hombres bisexuales mantuvieron comportamientos sexuales de menor riesgo en comparación con los hombres homosexuales.

Dodge et al. (2011), realizaron una investigación enfocada a evaluar los comportamientos sexuales y experiencias asociadas entre los hombres bisexuales que viven en el medio oeste de los Estados Unidos de América. La muestra estuvo conformada por 75 hombres que habían participado en sexo oral, vaginal o anal con al menos un hombre y al menos una pareja femenina durante los últimos seis meses. Obtuvieron como resultado que en términos de experiencia de por vida, todos los hombres informaron participar en la masturbación en solitario mientras que el 84% indicó realizar masturbación mutua con ambos, hombres y mujeres. El 98.7% tuvo relaciones sexuales vaginales y recibió sexo oral de una pareja sexual femenina, el 96% recibió sexo oral de una pareja sexual masculina y el 93.3% realizó sexo oral a una pareja sexual femenina mientras que la mayoría (89.3%) indicó ser la pareja receptiva durante el sexo anal con una pareja masculina.

Lo que respecta a las conductas sexuales durante el año pasado, el sexo vaginal fue el más reportado (98.7%), casi la mitad de los participantes informaron haber realizado este comportamiento en los últimos 30 días. En este sentido, se identificaron conductas sexuales en el último evento, los hallazgos fueron que el 80% de los hombres informaron haber recibido sexo oral, el 64% realizó sexo oral, el 62.7% se frotó los genitales y el 61.3% informó ser la pareja insertiva durante el sexo anal. De acuerdo con las experiencias sexuales, el 61.3% reportó "bastante" placer durante su experiencia sexual más reciente con un hombre y el 56% con una pareja sexual femenina.

En el caso del uso del condón en el último evento, los reportes indican que el 66.7% de los participantes habían usado un condón en algún punto durante su encuentro sexual más reciente con un hombre y el 64% con mujeres. El 33% reportó haber usado el condón en cualquier momento durante su evento sexual más reciente con el hombre y

el 36% con mujer. Además, el 48% de los participantes indicaron que no habían usado condón o cualquier otro método de barrera específicamente al dar o recibir sexo oral con su pareja sexual masculina más reciente, mientras que el 53.3% no usó condón al dar o recibir sexo oral con su pareja sexual femenina más reciente.

Kim et al. (2013), analizaron una muestra de 797 hombres que tienen sexo con hombres en dos ciudades de El Salvador, con una media de edad de 25.3 años. Con el objetivo de identificar los factores asociados con la conducta bisexual. Encontraron que el 34.9% de los participantes en San Salvador y el 58.8% en San Miguel reportaron comportamiento bisexual. El comportamiento bisexual fue asociado con el sexo anal insertivo ($OR = 5.45$, $IC\ 95\% [3.01, 9.87]$, $p < .001$), y con tener una pareja estable masculina ($OR = .47$, $IC\ 95\% [0.26, 0.84]$, $p < .001$), y haber informado a su familia de su preferencia sexual ($OR = .41$, $IC\ 95\% [0.22, 0.75]$, $p < .001$). Los autores concluyen que el comportamiento bisexual está asociado con comportamientos de riesgo con parejas masculinas y femeninas, lo que puede estar asociado con la transmisión del VIH.

Siegel, Schrimshaw, Lekas, y Parsons (2008), evaluaron una muestra de 46 HSHM de 20 a 60 años. Con el objetivo de examinar la conducta sexual de los HSHM no identificados como homosexuales que no revelan su comportamiento sexual a sus parejas femeninas, incluyendo el potencial para que estos hombres sirvan como un "puente bisexual" para la adquisición y transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Como resultado obtuvieron que los HSHM reportaron significativamente más parejas sexuales masculinas ($\bar{X} = 6.7$, rango [1-40]) en el último año que las parejas sexuales femeninas ($\bar{X} = 3.2$, rango [1-20]).

Así mismo, encontraron que el 59% de los hombres reportaron más de una pareja sexual masculina en el último año y el 50% más de una pareja masculina en los últimos tres meses, el 61% tuvo más de una pareja femenina en el último año y el 43% más de una en los últimos tres meses. También, reportaron que los HSHM tienen relaciones sexuales más frecuentes con sus parejas femeninas que con parejas masculinas

(\bar{X} = 4.4 vs. \bar{X} = 3.5 en una escala de 1 a 6) en el último año. Además, refieren que los HSHM reportaron significativamente sexo anal con mayor frecuencia (69%) con sus parejas masculinas que con sus parejas femeninas (28%). Sin embargo, fueron significativamente más propensos a indicar tener sexo vaginal (98%) que el sexo anal (69% con pareja masculina y 28% con pareja femenina).

Los autores también reportaron que este grupo se involucran comúnmente en relaciones sexuales sin protección tanto con parejas masculinas como femeninas, en los últimos tres meses. Al respecto, indican que el 35% de las relaciones sexuales anales sin condón son con hombres y el 50% son relaciones sexuales vaginales. Finalmente, los autores concluyen que, a pesar de la muestra pequeña, los resultados sugieren que los HSHM están en riesgo de adquirir y transmitir el VIH y las ITS, además, pueden funcionar como un “puente” potencial. Por lo que sugieren la necesidad de más investigación e intervención dirigida a esta población única.

Se encontró que los HSHM realizan estrategias variadas para llevar a cabo actividades sexuales, además, se observa una prevalencia baja en el uso del condón con diversas parejas sexual. Así, mismo las prevalencias del no uso del condón en el sexo oral es mediano o alto para todas las parejas sexuales. Autores refieren que la conducta sexual de los HSHM es única y por lo tanto es importante un abordaje exclusivo y con perspectiva teórica. Cabe mencionar que en México no se identificaron estudios sobre la conducta sexual protegida específicamente en HSHM lo que hace referencia a la importancia y el vacío de conocimiento al respecto.

De acuerdo con la revisión de la literatura, se plantean los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general

Explicar la relación entre las variables: uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad, beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo

sexual, apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso para el uso del condón, con la conducta sexual protegida en HSHM.

Objetivos específicos cuantitativos

1. Identificar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en la conducta sexual protegida en HSHM.

2. Determinar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual.

3. Determinar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en el apoyo social, discriminación, masculinidad y heteronormatividad.

4. Conocer si el deseo sexual influye en la autoeficacia para el uso del condón.

5. Conocer si la autoeficacia percibida para el uso del condón influye en las barreras percibidas para el uso del condón.

6. Determinar si los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual, influyen en la conducta sexual protegida en HSHM

7. Determinar si los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y deseo sexual influyen en el compromiso para el uso del condón.

8. Determinar si el apoyo social, discriminación, masculinidad, y heteronormatividad, influyen en el compromiso para el uso del condón.

9. Identificar si el apoyo social, discriminación, masculinidad, y heteronormatividad, influye en la conducta sexual protegida d en HSHM.

Objetivo específico cualitativo

Conocer los factores en el contexto de los HSHM relacionados con la conducta sexual protegida.

Objetivo específico de mixto

Utilizar el diseño de triangulación para el abordaje de la investigación cuantitativa y cualitativa como alternativa para obtener datos complementarios que permitan un análisis completo de la conducta sexual protegida de los HSHM.

Definición de términos

Uso del condón en la primera relación sexual: es el uso del condón de los HSHM o sus parejas en su primera relación sexual.

Edad: número de años cumplidos de los HSHM.

Homofobia internalizada: es el grado de confort con la identificación pública de la práctica homosexual y con los hombres homosexuales en general.

Distrés psicológico: se refiere a la sensación de sentirse bien, llenos de paz, felicidad y calma en el último mes.

Vitalidad: se refiere a la sensación de entusiasmo y energía que los HSHM experimentaron en el mes anterior a la evaluación.

Beneficios del uso del condón: Son las percepciones positivas que tienen los HSHM respecto al uso del condón para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Barreras para el uso del condón: son los obstáculos percibidos por los HSHM respecto al uso del condón. Los cuales incluyen accesibilidad al condón, vergüenza al adquirirlos e inhibición del placer.

Autoeficacia para el uso del condón: es la percepción que los HSHM tienen respecto a sus capacidades y habilidades para el uso del condón.

Deseo sexual: interés de los HSHM en realizar o mantener actividades sexuales como tocarse los genitales entre sí, dar o recibir estimulación oral o coito, con una

persona (deseo sexual diádico) o en solitario como masturbarse (deseo sexual en solitario).

Apoyo social: el apoyo emocional, instrumental y de información que reciben los HSHM por parte de su familia, amigos y otras personas significativas, cuando se encuentran en alguna situación generada por un problema o para la toma de decisiones.

Discriminación: la percepción de los HSHM de ser tratado de forma diferente a los demás, por orientación o identidad de género en las siguientes situaciones: en la familia, al rentar o comprar una casa, en el trabajo, en los servicios médicos, en la escuela, en algún negocio, centro comercial o banco, en la calle o transporte público, en redes sociales, en un gimnasio o centro deportivo, en su localidad, barrio o colonia, con la policía o en la iglesia.

Masculinidad: Es la postura masculina que tienen los HSHM acerca de la manera de cómo deben comportarse ante los demás respecto a la fuerza física, violencia, competencia, dominio y destreza sexual.

Heteronormatividad: El confort que siente el HSHM respecto al comportamiento homosexual, el cual incluye besar a otro hombre, masturbarse con otro hombre, dando o recibiendo sexo anal y dando o recibiendo sexo oral con otro hombre. El confort dependerá de que tan heteronormativo sea, como creer y seguir la norma social de que toda pareja debe ser heterosexual.

Compromiso con el uso del condón: es el grado de responsabilidad de los HSHM para utilizar frecuentemente un el condón.

Conducta sexual protegida en HSHM: es el uso del condón en las relaciones sexuales de los HSHM en los últimos tres meses.

Capítulo II

Metodología

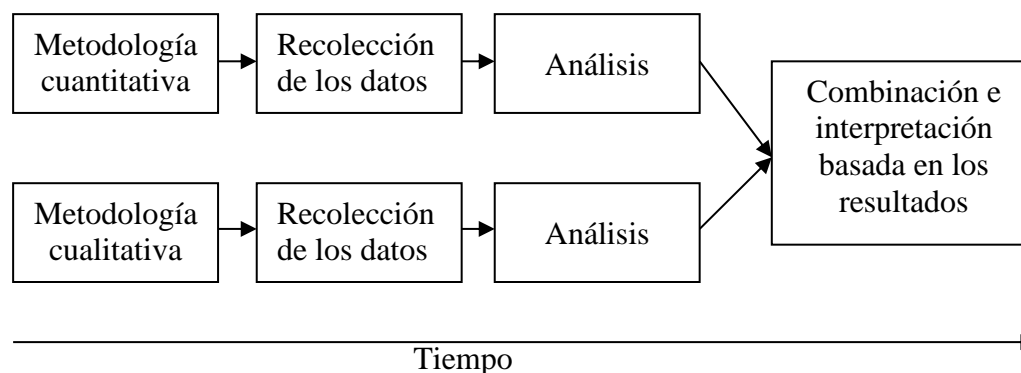
En el presente capítulo se describe el abordaje del fenómeno de estudio con base en métodos mixtos con diseño de triangulación. Se presentan dos fases: cuantitativa y cualitativa, para cada una se describe el diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y el plan de análisis, incluyendo la triangulación de métodos mixtos.

Diseño del estudio

Se trató de un estudio de métodos mixtos con diseño de triangulación (figura 4). El propósito principal de este diseño fue buscar la convergencia y corroborar los resultados sobre el mismo fenómeno; así mismo, combinar las fortalezas de ambas metodologías (cuantitativa y cualitativa) para obtener datos complementarios del tema de investigación. Se llevó a cabo en una sola etapa y la información obtenida se recolectó, procesó y analizó de forma simultánea (Creswell & Plano, 2007).

Se consideró apropiado el diseño de triangulación ya que permitió profundizar y comprender la dinámica de la conducta sexual protegida de los HSHM. El análisis e interpretación de los datos cuantitativos y cualitativos se realizó simultáneamente con el objetivo de confirmar los resultados mediante la validación cruzada y de ampliar y profundizar la comprensión del fenómeno de estudio (Bamberger, 2012; Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014).

Figura 4. Diseño de triangulación



Criterios de Inclusión

Se incluyeron hombres de 18 años o más, que reportaron haber tenido relaciones sexuales (sexo anal, vaginal u oral) en los últimos tres meses con al menos un hombre y una mujer. Se incluyó la siguiente pregunta filtro: No necesariamente al mismo tiempo, en los últimos 3 meses, ¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres?

Criterios de eliminación

Participantes que señalaron su estado serológico positivo para el VIH. Se realizó una pregunta filtro al inicio de la encuesta: ¿Cuál es su estado serológico al VIH?

Participantes que reportaron como ocupación el trabajo sexual. Se tomó en cuenta la siguiente pregunta filtro: Actualmente, ¿Se dedica al trabajo sexual (es decir, recibe dinero a cambio de tener relaciones sexuales)?

Participantes que no completaron el llenado de los instrumentos o que se retractaron a participar en el estudio.

Fase cuantitativa

Se utilizó un diseño transversal analítico, de tipo correlacional y de comprobación de modelo. Se consideró apropiado ya que el propósito del presente estudio fue probar las relaciones propuestas entre las variables del modelo y determinar si las variables explican la conducta sexual protegida en los HSHM (Burns & Grove, 2012).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por HSHM residentes del área metropolitana de Monterrey Nuevo León. El tamaño de la muestra fue de 213 individuos y se calculó a través del paquete estadístico n´Query Advisor ® versión 4.0 (Elashoff, Dixon, & Crece, 2000), tomando en cuenta un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $x^2 = .10$ y una potencia de prueba del 80% para un modelo de regresión.

Debido a la dinámica en la que se relacionan lo HSHM con sus parejas, diferente a otras poblaciones ocultas. Se utilizó un muestreo no probabilístico a través de la metodología por bola de nieve ideal para acceder a poblaciones de baja incidencia y/o a individuos de difícil acceso (poblaciones ocultas) (Ochoa, 2015). Además, se utilizó el muestreo por bola de nieve virtual (Baltar & Gorjup, 2012), el cual consiste en el uso de herramientas online (Facebook, sitios web y aplicaciones móviles de ligue) para la recogida de datos. Las primeras aportaciones y usos de estas herramientas se dieron en las ciencias de salud (en el fenómeno de las adicciones) y en la psicología (sexualidad, discriminación) (Baltar & Gorjup, 2012). Se ha identificado que el uso de Internet en los muestreos por bola de nieve facilita el acceso a la población oculta, puede ampliar el tamaño de la muestra y el alcance del estudio, además, ayuda a reducir costos y el tiempo de reclutamiento (Benfield & Szlemko, 2006; Evans & Mathur, 2005).

En este contexto (donde los hombres con conductas bisexuales tienden a permanecer ocultos por cuestiones de estigma y bifobia [Jeffries, 2014]), los aspectos relacionados a la presente investigación, como el anonimato, la accesibilidad (poder elegir el momento y lugar para participar) y la flexibilidad de las técnicas online, favorecieron la participación de esta población de interés.

El muestreo consistió en la selección de personas con las características de la población de interés que aceptaron participar en el estudio, algunos fueron identificados como “informantes clave” y tuvieron la característica de ser HSH que frecuenten puntos

de encuentro (casas de sexo, cibercafé, bares, antros, baños de vapor, sex shop), comunidades LGBT o asociaciones civiles de HSH y otros solo se reclutaron en los sitios web de la internet.

Para iniciar con el muestreo, primero, se actualizó el mapeo realizado por Jiménez (2018), el cual tuvo como objetivo identificar los lugares (puntos de encuentro, comunidades u organizadores civiles) más frecuentados por la población de interés y de los informantes clave potenciales. Se procedió con el reclutamiento de los participantes identificando a los informantes clave en cada tipo de sitio de encuentro y/o en las organizaciones civiles. A cada informante se le invitó a participar en el estudio en caso de contar con los criterios de inclusión, quienes no cumplieron con los criterios se les explicó y se les pidió ayuda para difundir las invitaciones a participar en el estudio, para ello se les proporcionó cupones de reclutamiento (invitaciones) con datos del investigador principal para agendar una cita y con un enlace con código QR para responder una encuesta por internet en caso de que así lo decidieran.

Estas invitaciones llegaron a personas conocidas de los informantes claves con las características de la población. A su vez, a cada persona invitada, al momento de participar en el estudio de manera presencial se les entregó invitaciones para reclutar a nuevos participantes y a quienes respondieron directamente de internet, al final de la encuesta aparecieron las instrucciones con la opción de difundir la invitación de manera anónima a otros posibles participantes. Este proceso se repitió hasta completar la muestra. También se usó herramientas online (Facebook, sitios web y aplicaciones móviles de ligue) para difundir la invitación con el enlace correspondiente, en este caso, se crearon Flyers con la información del estudio y el enlace para acceder directamente a la encuesta, se publicó en diversos grupos de Facebook y se creó una página y grupo exclusivo para la divulgación de la invitación a personas de interés.

Instrumentos de medición

A continuación, se describen los instrumentos que se utilizaron para medir las variables de interés. Para los instrumentos que se encuentran en el idioma inglés: subescala de postura hipermasculina y la escala de confort con el comportamiento homosexual, se procedió a realizar la traducción al idioma español a través del método de “Back Translation” propuesto por Burns y Grove (2012), el cual consiste en traducir el instrumento del idioma inglés por un profesional de la salud bilingüe, cuyo idioma nativo sea el español, después, se traducirá al inglés por otro profesional del área de la salud cuya lengua materna sea el inglés. Además, se realizó una revisión y comparación de las traducciones para verificar que las preguntas conserven el mismo sentido y significado.

El método de llenado de los instrumentos fue en lápiz y papel y a través de internet (encuestas en línea), estudios previos han demostrado que la mejor manera para reclutar esta población de interés es por medio de sitios de encuentro (grupos sociales, asociaciones civiles, bares, ciber café, redes sociales, etc.) (Jiménez, 2018; Valdez, 2015). Además, debido al fenómeno del estudio, fue necesario tomar en cuenta las mejores estrategias y herramientas (uso de internet) para aumentar la tasa de respuesta.

En este caso, para las encuestas por internet se utilizó la herramienta QuestionPro®, la cual es una plataforma de fácil acceso y uso que permite distribuir las encuestas a cada participante tomando en cuenta el anonimato y la confidencialidad, además, brinda la opción de configurar las preguntas de acuerdo con las necesidades del estudio, en este sentido, se agregó el consentimiento informado y datos de contacto del investigador principal para asegurar claridad en la información brindada. Una vez que el participante leyó el consentimiento informado plasmado al inicio de la encuesta, apareció un botón denominado “aceptar y continuar” el cual lo direccionó al inicio de la encuesta, posterior a esto, se aplicaron las preguntas filtro para asegurar que se

cumpliera con los criterios de inclusión, de esta manera el sistema permitió avanzar a las siguientes preguntas, de lo contrario se agradeció el tiempo y participación.

Cabe mencionar que, en la modalidad de encuestas por internet, los participantes tuvieron la oportunidad de declinar la encuesta en cualquier momento.

Edad, datos personales e historia sexual.

Se utilizó una cédula de datos personales e historia sexual que fue diseñada para fines del presente estudio, la cual sirvió para conocer la edad, el estado civil, escolaridad, edad a la que tuvo su primera relación sexual, edad de inicio del uso del condón, tipo de pareja actual, pareja con la que tuvo su primera relación sexual, número de parejas sexuales en el último año, el uso del condón en la primera y última relación sexual, conocimiento y uso de la pastilla PrEP. Además, se agregaron tres preguntas filtro, una para conocer el estado serológico al VIH, otra para saber si se dedican al trabajo sexual y una más para saber si tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres. (Apéndice B).

Homofobia internalizada.

Se midió a través de las Escala de Homonegatividad Internalizada (Moral & Valle, 2013). Aplicada en estudiantes mexicanos, ha demostrado consistencia interna aceptable (alfas de Cronbach entre .69 y .88), consta de 17 ítems de tipo Likert con un rango de respuesta de 5 puntos (de 1 “totalmente de acuerdo” a 5 “totalmente en desacuerdo”). La puntuación total se obtiene por suma simple de los 17 ítems tras invertir las puntuaciones de los 5 ítems redactados en sentido de aceptación o inversos (ítems 1, 3, 4, 5, y 12). Las puntuaciones más altas indican mayor homonegatividad internalizada. Consta de dos subescalas con 4 ítems (excluyendo el ítem 5) cada uno: identificación pública como homosexual (ítems del 1 al 4), confort sexual con hombres homosexuales (ítems del 6 al 9) y confort social con hombres homosexuales (ítems del 10 al 13). Además, de 4 ítems directos (ítems del 14 al 17) de la escala de Martin y Dean

(1987) modificados por los autores para ser aplicado en diferentes poblaciones, constan de cinco opciones de respuesta con los mismos puntajes. (Apéndice C).

Distrés psicológico.

Se evaluó a través de la subescala de salud mental de la Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) en el idioma español (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999). Está compuesta por cinco elementos que evalúan el distrés psicológico (sensación de nerviosismo y depresión y la sensación de paz, felicidad y calma), los ejemplos de reactivos son: "Te has sentido muy nervioso" o "Te has sentido desanimado y triste". Las opciones de respuestas están en una escala de tipo Likert de seis puntos (de "nunca" a "siempre"), las puntuaciones van de 0 a 5 y los puntajes más altos indican mayor distrés psicológico (menor salud mental). Se ha aplicado en hombres gay y bisexuales mexicanos con alfas de Cronbach aceptables $\alpha = .86$ (Mendoza-Perez, & Ortiz-Hernández, 2019). (Apéndice D)

Vitalidad.

Se midió a través de la subescala de vitalidad de la Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) en el idioma español (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999). Está compuesta por cuatro elementos que evalúan el cansancio y agotamiento y el entusiasmo y energía todo el tiempo, los ejemplos de pregunta son: "Te has sentido lleno de vida" o "Te has sentido cansado". Las opciones de respuesta están en una escala de tipo Likert de seis puntos (de "nunca" a "siempre"), las puntuaciones van de 0 a 5. Los puntajes más altos indican mayor vitalidad (lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo). Se ha aplicado en población mexicana gay y bisexual (Mendoza-Perez, & Ortiz-Hernández, 2019) con Alfas de Cronbach aceptables (.86). (Apéndice D)

Beneficios del uso del condón.

Para evaluar los beneficios para el uso del condón se utilizó la subescala de beneficios percibidos para el uso del condón para la prevención del sida, de la Escala de

Creencias en Salud y el Sida (Zagummy & Brady, 1998), en la versión en inglés traducida al español por Valdez (2015). Ha sido aplicada en diversas poblaciones: hombres que tienen sexo con hombres, adolescentes y jóvenes heterosexuales. Está compuesta por 4 ítems con cinco opciones de respuesta de tipo Likert que van desde 1 (completamente en desacuerdo) hasta 5 (definitivamente de acuerdo). Un ejemplo de los ítems es: “Creo que las posibilidades de contraer el sida pueden reducirse significativamente si yo uso el condón”. Los puntajes de la subescala oscilan de 4 a 20 donde los puntajes más altos indican mayores beneficios percibidos para el uso el condón. La subescala ha presentado Alpha de Cronbach que van desde .67 hasta .92 en población de HSH mexicanos (Valdez, 2015; Zagummy & Brady, 1998). (Apéndice E)

Barreras para el uso del condón.

Para esta variable se utilizó la subescala de efectos sobre la experiencia sexual en hombres (Doyle, Clasyn, & Ball, 2009), en la versión en inglés traducida al español por Valdez (2015), la cuál es una versión adaptada de la escala de barreras percibidas para el uso del condón en mujeres de Lawrence et al. (1999). Está compuesta por 7 ítems con 5 opciones de respuesta de tipo Likert que van de 1 (completamente en desacuerdo) hasta 5 (definitivamente de acuerdo). Las puntuaciones van desde 7 hasta 35 donde los puntajes más altos indican mayores barreras para el uso del condón. En cuanto a la consistencia interna, se ha aplicado en hombres y los estudios han reportado Alfa de Cronbach de .86 para HSH mexicanos (Valdez, 2015) y validez de convergencia con coeficientes aceptables de entre .52 y .77 (Doyle, Clasyn, & Ball, 2009). (Apéndice F).

Autoeficacia para el uso del condón.

Se midió a través de la Escala de Autoeficacia para el uso del condón de Hanna (1999), traducida al español por Valdez (2015), la cual fue diseñada para medir la percepción de la capacidad del individuo para usar correctamente el condón en adolescentes de Estados Unidos. Está compuesta por 14 ítems y tres subescalas: (1) uso consistente ($\alpha = .72$), (2) uso correcto ($\alpha = .78$) y (3) comunicación para usar el condón

($\alpha = .77$). Contiene 5 opciones de respuesta de tipo Likert que van de 1 (muy inseguro) hasta 5 (muy seguro). El valor de las puntuaciones oscila entre 14 y 70, los puntajes más altos indican mayores niveles de autoeficacia para usar el condón. Además, ha sido utilizada en diversos idiomas y poblaciones, incluyendo la mexicana, donde los autores reportan Alfas confiables de entre .85 y .91 (EunSeok, Kim, & Burke, 2008; Thato, Hanna, & Rodcumdee, 2005; Valdez, 2015) (Apéndice G).

Deseo sexual.

Se utilizó el inventario de deseo sexual creada por Spector, Carey y Steinberg (1996), en la versión española realizada por Ortega, Zubeidat y Sierra (2006), se compone de dos subescalas con 13 ítems que evalúan el deseo diádico (ítems del 1 al 9), el cual se refiere al interés de participar en la actividad sexual con otra persona; y el deseo en solitario (ítems del 10 al 13), se refiere al interés en actividades sexuales que no involucran una pareja (deseo de masturbarse). Un ejemplo de pregunta para el deseo diádico es: “Comparado con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo calificaría su deseo de comportarse sexualmente con otra persona?”. Un ejemplo de pregunta para el deseo en solitario es: “Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia le hubiera gustado comportarse sexualmente consigo mismo (por ejemplo, masturbándose, tocándose los genitales, etc.)?”.

Los ítems 1, 2, y 10 se califican en una escala tipo Likert con ocho opciones de respuesta que van de 0-7 puntos (desde 0= Nunca, hasta 7= Más de una vez al día), mientras que el resto de los ítems se califican desde 0 (Ningún deseo) hasta 8 (Deseo fuerte). En este sentido, los puntajes varían de 0-101, donde los más altos indican un deseo sexual más fuerte. Este instrumento se ha aplicado en adolescentes y en adultos jóvenes que tienen sexo con hombres y mujeres, indican valores aceptables de consistencia interna que van desde $\alpha = .73$ hasta $\alpha = .92$ para ambas subescalas (Holmberg & Blair, 2009; Ortega et al., 2006; Santos-Iglesias, Sierra, & Vallejo-

Medina, 2013). Cabe mencionar que no se identificó aplicaciones en estudios en población mexicana (Apéndice H).

Apoyo social.

El apoyo social se evaluó a través de la escala multidimensional de apoyo social percibido (Zimet et al., 1988). En la versión en español traducida por Jiménez (2018), la cual mide la percepción del apoyo en tres subescalas: familia, amigos y otras personas significativas. Ha sido aplicada en HSH en México y otros países, consta de 12 reactivos, un ejemplo de reactivo es: puedo hablar con mis amigos de mis problemas. Las opciones de respuesta son de tipo Likert de 4 puntos que van desde “casi nunca” (1) hasta “casi siempre o siempre” (4), las puntuaciones oscilan entre 12 y 48 donde los mayores puntajes indican mayor apoyo social percibido. En estudios previos, la escala ha presentado Alpha de Cronbach de .91 (Cheung, Randolph, Chan, & Winnie, 2014) (Apéndice I).

Discriminación.

Se midió con la siguiente pregunta: En los últimos 12 meses ¿se ha sentido discriminado por su orientación o identidad de género en las siguientes situaciones: en su familia, al rentar o comprar una casa, en el trabajo, en los servicios médicos, en la escuela, en algún negocio, centro comercial o banco, en la calle o transporte público, en redes sociales, en un gimnasio o centro deportivo, en su localidad, barrio o colonia, con la policía, en la iglesia. Las opciones de respuesta son cuatro (sí, no, no sé, no aplica), a cada una de ellas se les dio una puntuación de 0 a 3 para facilitar el análisis. Fue tomada de la Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género (ENDOSIG) 2018. Elaborada por iniciativa del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), con el objetivo de detectar y hacer un análisis respecto a las situaciones de violencia y discriminación que experimentan las personas que se identifican con una

identidad/expresión de género distinta a la cisgénero y una orientación sexual distinta a la heterosexual (Apéndice J).

Masculinidad.

Se midió a través de la subescala de postura hipermasculina de la Escala de ideología de masculinidad multicultural desarrollada y validada en población americana por Doss y Hopkins (1998), en su versión en inglés, traducida al español para fines del presente estudio. Está conformada por 13 ítems (un ejemplo de pregunta es: un chico debe probar su masculinidad teniendo relaciones sexuales con mucha gente) con cuatro opciones de respuesta con puntajes que van de 1 a 4 (1= totalmente en desacuerdo, hasta 4= totalmente de acuerdo). Los puntajes más altos representan un nivel más alto de ideas masculinas. La escala se ha utilizado en HSHM presentando Alfas de Cronbach aceptables de .83 y .87 (LaPollo et al., 2014), cabe mencionar que no se ha aplicado en población mexicana (Apéndice K).

Heteronormatividad.

Para medir la heteronormatividad se utilizó la escala de confort con el comportamiento homosexual (Muñoz-Laboy et al., 2012) ya que una característica distintiva de la heteronormatividad es el requisito de que las relaciones sexuales o románticas sean exclusivamente entre hombres y mujeres. La escala consta 6 elementos con 4 opciones de respuesta: (1) definitivamente sí, (2) a veces sí, (3) a veces no, y (4) definitivamente no, por lo tanto, las puntuaciones oscilan entre 6 y 24 donde los más altos indican menor confort con el comportamiento homosexual y por lo tanto mayor heteronormatividad. Un ejemplo de pregunta es: ¿Te sientes cómodo besando con otro hombre? La escala no ha sido aplicada en México, sin embargo, fue diseñada para hombres bisexuales latinos que viven en Estados Unidos, donde los autores evalúan las propiedades psicométricas y reportan Alpha de Cronbach aceptable (.77) (Apéndice L).

Compromiso para el uso del condón.

Se utilizó una pregunta utilizada en estudios previos por Jiang, Chen, Li, Tan, Cheng y Yang (2019). Se preguntará a los participantes “con qué frecuencia has usado condones durante el sexo anal, vaginal u oral en los últimos 6 meses”. La pregunta es de tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). Las puntuaciones más altas indican mayor compromiso con el uso del condón.

Conducta sexual protegida.

Para medir la conducta sexual protegida se utilizaron las sub-escala del uso del condón (Dilorio et al., 1992). Mide la negociación para el uso del condón, consta de 16 ítems con respuestas de tipo Likert que van desde “nunca” (1) hasta “siempre” (4). Un ejemplo de ítem es: si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo las relaciones sexuales sin condón. Las puntuaciones oscilan entre 16 y 64, donde los puntajes más altos indican mayor uso de conductas sexuales seguras. Ha sido aplicada en diferentes poblaciones y países, incluyendo a los HSH bisexuales en México, donde se observa Alfa de Cronbach de .91 (Dilorio et al., 1992; Jiménez, 2018; Valdez, 2015) (Apéndice M). Cabe mencionar que para fines del presente estudio, al momento del análisis solo se consideraron los ítems que evaluaron el uso del condón.

Procedimiento de recolección de datos

Con previa autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se procedió a identificar y capacitar a dos personas que apoyaron en el proceso de recolección de los datos.

Para iniciar la recolección y tomando en cuenta el muestreo por bola de nieve, se identificaron participantes que tomaron el rol de “informantes clave”, cada uno de ellos cumplió o no con los criterios de inclusión y tuvieron la característica de asistir a sitios de encuentro como bares, casas de sexo, cines, baños de vapor o pertenecer a alguna comunidad u organización civil de HSH.

Al momento de abordar a los informantes clave, se proporcionó información clara y precisa sobre el objetivo del estudio, la participación voluntaria, las consideraciones éticas haciendo énfasis en la confidencialidad y anonimato. Así mismo, se le realizó una pregunta filtro para saber si eran candidatos, de ser así, se procedió con el procedimiento, de lo contrario solo se les explicó la dinámica y se entregaron invitaciones con datos del investigador principal y con un enlace con código QR para responder la encuesta por internet, para invitar a otros participantes potenciales. Para aquellos que contaron con los criterios de inclusión se les hizo saber que, de aceptar participar en el estudio se le proporcionarían cupones para invitar a otros HSHM a participar en el estudio los cuales también tuvieron la opción de contestar las encuestas en línea a través de internet. Quienes decidieron contestar en esta modalidad, se les hizo la petición de distribuir el enlace del sitio web como invitación a otros participantes.

Una vez que cada participante cumplió con los criterios de selección y después de aceptar la participación, se les explicó el proceso de recolección de datos y se solicitó algún medio de comunicación para fines de contacto (correo electrónico o número de teléfono celular) con el objetivo de programar la fecha, hora y lugar de preferencia para la aplicación de los instrumentos, así mismo, se les preguntó sobre el mejor día y hora para ponerse en contacto con él con la finalidad de buscar la privacidad y evitar que alguien más pudiera hacer uso de sus medios de comunicación. Cabe mencionar que, se solicitó una oficina en la Unidad de Enfermería en un Centro de Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León, como una opción para la recolección de datos, lo anterior, para los participantes que no se sintieran cómodos en espacios públicos o que no existiera un lugar físico de su agrado con la privacidad necesaria.

Cabe mencionar que para aquellos que en el momento de la invitación tuvieron la disponibilidad de responder la encuesta se procedió con la misma, esto dependió de la circunstancia del lugar y la autorización de las autoridades competentes. Para los participantes que no pudieron llenar la encuesta en el momento de la invitación, y una

vez acordado el día para el llenado de los instrumentos, se recordó sobre la confidencialidad de los datos y sobre la participación voluntaria. Primeramente, se hizo entrega de un consentimiento informado (Apéndice A) y se dio el tiempo necesario para su completo entendimiento y para disipar dudas. Una vez resueltas todas las dudas y de aceptar la participación voluntaria, se les pidió firmar el documento y se procedió a hacer entrega de los instrumentos de medición en formato impreso dentro de un sobre bolsa.

La aplicación de los instrumentos se realizó en el orden siguiente: cédula de datos personales e historia sexual, escala de homonegatividad internalizada, Encuesta de Salud SF-36 para salud mental y vitalidad, subescala de beneficios percibidos para el uso del condón, subescala de efectos sobre la experiencia sexual en hombres, escala de autoeficacia para el uso del condón, inventario de deseo sexual, escala multidimensional de apoyo social percibido, pregunta de discriminación, subescala de postura hipermasculina, escala de confort con el comportamiento homosexual y por último las subescalas de uso del condón y sexo seguro. El tiempo estimado para el llenado de los instrumentos fue de 25 minutos.

Al terminar de llenar los instrumentos, se les pidió revisar y constatar que no hubiera preguntas sin contestar, en caso de ser así, se indagó si decidió no llenar todo el instrumento o si fue por error. En el caso de que no haya querido completar el instrumento se les hizo saber que está en su derecho y que eso no causaría ningún problema. Por el lado contrario, si el participante refirió que por error o por no entender el contexto de la pregunta o si las instrucciones no son claras, se les pidió llenar satisfactoriamente los instrumentos y de ser necesario se dio explicación para disipar dudas en cuanto al llenado de los instrumentos. Se procedió a colocar los cuestionarios en el sobre para garantizar la confidencialidad y anonimato. De igual forma, se les agradeció la participación en el estudio y se hizo entrega de “souvenirs” (condones, memorias USB, termos) como agradecimiento de la disposición, además, se les

proporcionó cupones para invitar a otros HSHM (aplicó solo a participantes vistos de manera presencial).

Cada vez que se obtenían nuevos participantes, se llevó a cabo el procedimiento descrito anteriormente y se reprodujo las veces necesarias hasta completar la muestra estimada para el estudio.

Paralelamente con el procedimiento anterior, y con la finalidad de tener más alcance con la población oculta, se distribuyeron las invitaciones en los sitios web de Internet, grupos y páginas de Facebook y en aplicaciones móviles de ligue. La invitación consistió en la divulgación de Flyers con una breve descripción del objetivo del estudio, una breve explicación de los beneficios, las consideraciones éticas haciendo hincapié en la confidencialidad y anonimato, datos de contacto del investigador principal y de los comités de la Facultad de Enfermería de la UANL, acompañado de un enlace que los redireccionó con la encuesta en línea elaborada con la herramienta QuestionPro, esta herramienta cuenta con políticas de privacidad donde solo el usuario/investigador principal tiene acceso a los datos sensibles obtenidos. Además, se configuró el sitio web para que los participantes pudieran compartir la encuesta a otros participantes potenciales, con facilidad y de manera confidencial.

Posteriormente, se realizó la captura de los datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22, seguido del análisis estadístico establecido.

Entrenamiento del equipo de apoyo.

El objetivo del entrenamiento es garantizar la confiabilidad de los datos, por ello, cada integrante del equipo se sometió a una entrevista con el investigador principal, quien facilitó los criterios para el proceso de selección y exhortó a evitar estigmas relacionados con el fenómeno del estudio, esto con el propósito de mejorar la comunicación participante-investigador, así como las habilidades para el llenado de los instrumentos. El entrenamiento consistió en dar a conocer los objetivos generales de la

investigación, el proceso de reclutamiento, criterios de inclusión y eliminación, el llenado correcto de los instrumentos y los aspectos éticos a considerar durante la investigación.

El equipo estuvo conformado por dos profesionales de la salud que mostraron empatía y tolerancia hacia la diversidad sexual, cada uno de ellos realizó actividades de campo como visitas a puntos de encuentro para divulgar invitaciones, aplicar encuestas y apoyar con el proceso de captura de los datos en los programas estadísticos.

Plan de análisis de datos estadísticos

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Se recurrió al uso de estadística descriptiva considerando el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como medidas de tendencia central (Media, Mediana, Desviación estándar) para variables continuas o numéricas. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Así mismo, se procesaron las variables continuas para determinar la distribución de los datos, haciendo uso de la prueba Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors y con base a los resultados se empleó estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a los objetivos específicos, se procedió a realizar correlaciones Pearson y/o Spearman según la distribución de los datos, así como análisis de regresión lineal. Finalmente, para el objetivo general del estudio se realizaron modelos de regresión lineal múltiple.

Fase cualitativa

En el presente estudio, la fase cualitativa ayudó a conocer los procesos relacionados con la conducta sexual protegida en los HSHM. Se utilizó la técnica entrevista semiestructurada, entrevistas individuales cara a cara y el material obtenido se examinó a través del análisis de contenido.

El análisis de contenido es una técnica de investigación cualitativa ampliamente utilizada. Existen tres enfoques distintos: convencional, directo y de resumen, todos se utilizan para interpretar el significado del contenido de los datos y, por lo tanto, se adhieren al paradigma naturalista. En este sentido, se utilizó el análisis con un enfoque directo el cual comienza con una teoría o hallazgos de investigación relevantes como guía para los códigos iniciales (Hsieh & Shannon, 2005).

La muestra estuvo conformada por cinco HSHM que cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación y se reclutaron con una técnica de muestreo amplia (bola de nieve online): bola de nieve, invitaciones abiertas en páginas web, redes sociales y aplicaciones de ligue (Bonilla-Jimenez, & Escobar, 2017). El tamaño de la muestra se determinó con base en los objetivos de la investigación, a diferencia de otros estudios cualitativos (donde el contexto es diferente) donde llegan a la saturación de los datos, el presente trabajo con diseño mixto, partió de un marco conceptual y por ende se realizó la saturación de concepto, además, se buscó complementar los resultados cuantitativos con los cualitativos. En este sentido, Patton (2002) postula que en los estudios cualitativos el tamaño de la muestra depende totalmente de los objetivos del estudio, del contexto y las características de éste, sin dejar fuera la habilidad de análisis y observación del investigador.

Descripción de la guía de entrevista

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada (Tabla 1), la cual partió de los constructos y conceptos del MPS de Pender et al. (2011) y del modelo de conducta sexual protegida de HSHM. La guía de entrevista se desarrolló por el autor principal y asesores, se consideraron preguntas abiertas con la intención de que los participantes pudieran expresar sus experiencias, se sometió a revisión por expertos en la temática y/o metodología para asegurar que el fenómeno se lograra explorar a profundidad y los más apegado a la realidad.

Procedimiento de recolección de la información

Para realizar la fase cualitativa del estudio se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se desarrollaron las siguientes etapas.

Reclutamiento y logística

Se realizó el reclutamiento de los participantes a través de diferentes formas de muestreo: bola de nieve e invitaciones abiertas en páginas web, redes sociales, aplicaciones móviles de ligue (bola de nieve por Internet) y asociaciones civiles que trabajan con poblaciones LGBT. La invitación consistió en la explicación del objetivo de estudio, cuestiones éticas y correo electrónico del investigador principal a través de un “Flayer” electrónico diseñado para la presente investigación. A los interesados que enviaron un correo o mensaje mostrando el interés de participar, se les pidió que mencionaran el día que estaban disponibles y dispuestos a participar. Una vez que se logró un acuerdo de la fecha, hora y lugar de la entrevista, se procedió con la misma

Entrevistas

Al inicio, se explicó el consentimiento informado y se disiparon dudas para posteriormente iniciar con la actividad. Se inició con la entrevista la cual duró alrededor de una hora para cada participante. Las entrevistas se grabaron con una audio-grabadora. Para ello, se les pidió autorización al momento de explicar el consentimiento informado. Finalmente, se les agradeció la participación y se entregaron “souvenirs” (condones, memorias USB, termos) como agradecimiento de la disposición.

Plan de análisis de datos cualitativos

Se transcribieron los resultados con ayuda de software especializados en datos cualitativos. Para el análisis de los datos, se asignó un número de identificación para cada participante. Referente a los significados de la conducta sexual protegida, se realizó un análisis de contenido dirigido con base en las categorías teóricas del MPS, el cual

consistió en realizar inferencias “identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto” (Hostil & Stone, 1969), con esto se pretendió conocer las experiencias y realidades de los participantes en torno a la conducta sexual. En esta fase se realizaron dos lecturas corroborando las audio-grabaciones con las transcripciones.

Plan de análisis para triangulación de los datos

El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos se realizó simultáneamente (Creswell, 2013), se incluyeron datos estadísticos de cada variable, seguidos por categorías y segmentos cualitativos para analizar cada una de las variables de acuerdo con la base teórica del MPS. De acuerdo con los resultados de cada análisis, se realizó la triangulación de los datos, procedimiento más utilizado en métodos mixtos (Creswell & Plano Clark, 2007; Creswell, Plano Clark, Gutmann, & Hanson, 2003), y su finalidad es la confrontación de resultados del mismo episodio o fenómeno de estudio con el propósito de comprenderlo mejor (Morse, 1991; Riba, 2007).

Al respecto, el principal objetivo es el abordaje de una temática desde la realidad con la aplicación de distintas metodologías (cuantitativa y cualitativa), en donde hay una independencia entre métodos y convergencia en los resultados obtenidos. (Hemilse Acevedo, 2011). Por ello, se aplicaron técnicas de investigación como la entrevista semiestructurada y análisis de contenido con la finalidad de constatar semejanzas y/o diferencias entre los datos (Arias Alpizar, 2011).

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987), la cual establece que en todo momento la investigación para la salud debe atender aspectos éticos, que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a la investigación. Se consideró el título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Conforme a lo estipulado en el Capítulo I, el Artículo 13 señala que en

toda investigación con seres humanos deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, para lo cual en todo momento se trató a los participantes con amabilidad y respeto, los instrumentos se aplicaron en un lugar privado, protegiendo el anonimato y confidencialidad, así también se consideró su disponibilidad de tiempo.

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

Con base en el artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, ya que no se utilizaron nombres para la captura en la base de datos, se les asignó un código, evitando colocar información que pudiera identificar a la persona, y la base de datos sólo fue manejada por el investigador principal. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, la presente investigación se consideró de riesgo mínimo puesto que solo realizaron pruebas psicológicas (instrumentos de medición auto-aplicables) y entrevistas semiestructuradas a HSHM, cabe mencionar que no se manipuló la conducta de los participantes, pero si pudieran existir situaciones estresantes y temas sensibles relacionados con la conducta sexual. En referencia al Artículo 18, se dio la opción de terminar con la participación en caso de no querer continuar con el llenado de los instrumentos o no querer participar completamente en la entrevista.

Respecto al Artículo 21, los participantes recibieron una explicación clara y completa sobre el estudio, sus objetivos, se les indicó que no habría ningún beneficio económico (Fracción I); se les mencionó el proceso a seguir en el estudio (Fracción II);

que el estudio no representaría ningún riesgo para su integridad física y psicológica (Fracción III); que su contribución fue importante para la generación de conocimiento (Fracción IV); se garantizó que puedan expresar cualquier pregunta relacionada a la investigación (Fracción VI); que tuvieron la libertad de retirarse del estudio sin repercusión alguna (Fracción VII); y se le explicó que en los resultados del estudio no se incluirá información que pudiera revelar su identidad (Fracción VIII).

Finalmente, respecto al Artículo 58, Fracción II, los resultados obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines de la investigación mediante su difusión en revistas y congresos científicos.

Tabla 1. Matriz para plan de análisis.

Conceptos del MPS	Conceptos derivados de la teoría	Entrevista semiestructurada
Conducta previa relacionada	Uso de condón en la primera relación sexual	<p>¿Cómo fue tu primera relación sexual?</p> <p>¿Usaste condón con tu primera pareja sexual?</p> <p>¿Por qué lo usaron?</p> <p>¿Por qué no lo usaron?</p> <p>¿Cuéntame tu historia respecto al uso del condón a lo largo de tu vida?</p> <p>¿Usaste condón en tu última relación sexual?</p> <p>¿Por qué lo usaron?</p> <p>¿Por qué no lo usaron?</p>
Factores personales (biológicos, psicológicos o socioculturales)	Edad Homofobia internalizada Distrés psicológico Vitalidad	<p>¿Cuéntame cómo te diste cuenta de que te gustaron los hombres?</p> <p>¿Cómo lo has manejado?</p> <p>¿Qué te dijeron tus amigos o familiares?</p> <p>¿Qué hiciste al respecto?</p>
Beneficios percibidos para la acción	Beneficios del uso del condón	¿Consideras que el uso de condón tiene beneficios para ti? Cuéntame por qué sí/no
Barreras percibidas para la acción	Barreras para el uso del condón	<p>¿Qué barreras u obstáculos crees que tenga el hecho de usar un condón</p> <p>¿Por qué crees que usar un condón tiene esas barreras para lograr su uso?</p>
Autoeficacia percibida	Autoeficacia para el uso del condón.	<p>¿Cómo te sientes respecto a la habilidad de usar un condón, es decir: desde comprarlo, negociarlo con tu(s) pareja(s), colocarlo, quitarlo, ¿etc?</p> <p>¿Me pudieran explicar cómo se coloca un condón?</p>
Afecto relacionado con la actividad	Deseo sexual	<p>¿Qué es lo que te gusta o deseas en una relación sexual?</p> <p>¿Qué roles te gustan?</p> <p>¿Quién decide el rol y como lo deciden?</p>

(Continúa)

Conceptos del MPS	Conceptos derivados de la teoría	Entrevista semiestructurada
Influencias interpersonales	Apoyo social Discriminación Masculinidad Heteronormatividad	¿Qué piensas de la discriminación por orientación sexual? ¿Cómo ha sido tu experiencia en cuanto a discriminación por orientación sexual? ¿Qué implica ser hombre? ¿Qué necesita un hombre para ser reconocido? ¿Cómo crees que debe comportarse un hombre frente a los demás?
Compromiso para un plan de acción	Compromiso para el uso del condón	¿Cuáles son los motivos por los que si utilizarías condón? ¿Cuáles son los motivos por los que no utilizarías condón? ¿Qué significaría para ti usar condón en todas tus relaciones sexuales
Conducta sexual o resultado conductual	Conducta sexual protegida en HSHM	¿Cómo tomas la decisión de usar condón de acuerdo con el tipo de pareja (hombre o mujer)? Nota: esta pregunta se responde con la historia de su vida sexual.

Fuente: elaboración propia

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se plasman los resultados del estudio, se inicia con la fase cuantitativa, la cual incluye frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, de dispersión, características sociodemográficas y de sexualidad de la población, seguido de la descripción de las variables de interés y los resultados de la prueba de normalidad. Continuamente, se presentan los resultados del análisis de confiabilidad (Alfas de Cronbach) de cada instrumento, para finalizar, se presentan los resultados que dieron respuesta a los objetivos, general y específicos cuantitativos.

Posteriormente, se presentan los resultados de la fase cualitativa, en la cual se incluyeron las características sociodemográficas, la formación de patrones o temas (códigos) que emergieron, su agrupación (categorías) y las evidencias (códigos vivos). Se integró la narración de las participantes y la síntesis de resultados cualitativos. Finalmente, se presentan los resultados de tipo mixto, la convergencia de los datos cuantitativos y cualitativos, seguido por las metas inferencias y el modelo final.

Fase cuantitativa

En esta fase, 292 hombres iniciaron la encuesta, sin embargo, la muestra final fue de 213 HSHM que cumplieron con los criterios de inclusión.

Estadística descriptiva de datos sociodemográficos

La media de edad fue de 30.29 años ($DE = 9.3$), respecto al estado civil el 76.5% estaban solteros, el 11.3% casados, el 6.1% divorciados, el 5.6% en unión libre y el .5% eran viudos. En la escolaridad, el nivel que prevaleció fue licenciatura con el 43.2%, seguido de preparatoria con 25.9%, carrera técnica con el 13.1%, posgrado con 11.7% y el 6.1% estudió primaria/secundaria.

Estadística descriptiva de datos de sexualidad

Respecto a la orientación sexual, el 59.6% de los participantes se identificó como bisexual, el 24.9% como homosexual/gay y el 15.5% como heterosexual. De acuerdo

con el tipo de pareja sexual, el 75.6% reportó tener pareja femenina ocasional y el 85.7% pareja masculina ocasional. Para el inicio de vida sexual activa, la media de edad fue de 17.43 años ($DE = 3.09$), la media de edad de inicio de uso del condón fue de 18.57 años ($DE = 3.31$) y para el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses la media fue de 7.0 parejas ($DE = 10.52$). El 50.2% tuvo la primera relación sexual con un hombre, el 48.4% con una mujer y el 1.4% con ambos. El 70% refirió que la última relación sexual fue con un hombre, el 27.2% con una mujer, el 2.3% con ambos y el .5% con otro (a).

En cuanto al uso de condón, el 51.6% usó condón en la primera relación sexual y el 57.3% lo usó en la última relación sexual. El 21.6% alguna vez ha pagado por sexo y el 17.4% alguna vez ha recibido dinero a cambio de sexo. Respecto al conocimiento del VIH, el 76.5% refirió ser VIH negativo y el resto (23.5%) desconoce su estado serológico. Así mismo, el 65.7% se realiza la prueba de detección del VIH al menos una vez al año, el 12.2% se la realiza cada dos años o más y el 22.1% nunca se ha realizado la prueba. Referente al conocimiento de PrEP, el 46% conoce del tema y solo el 8% toma PrEP.

Estadística descriptiva de las variables del modelo propuesto de conducta sexual protegida en HSHM.

A continuación, se presentan frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, según las variables incluidas en el análisis y los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov.

En la tabla 2 se puede observar que la variable homofobia internalizada tuvo una media de 52.78 ($DE = 13.24$) esto indica que los participantes experimentan homofobia y la internalizan. El distrés psicológico obtuvo una media de 60.46 ($DE = 17.31$) y la vitalidad una media de 56.92 ($DE = 18.60$), estos datos muestran que los HSHSM presentan distrés psicológico y vitalidad, dado que puntuaron por encima del punto medio. Para el resto de las variables se observa que sobresalieron los beneficios del uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual, apoyo social y la

conducta sexual protegida. Estos datos sugieren que estos hombres, puntuaron por encima del punto medio en la mayoría de las variables y estas podrían estar relacionadas de manera positiva con la conducta sexual protegida.

Tabla 2. *Estadística descriptiva*

Variable	Media	DE	Min	Max
Homofobia internalizada	52.78	13.24	17.65	82.35
Distrés psicológico	60.46	17.31	12.00	100.00
Vitalidad	56.92	18.60	10.00	100.00
Beneficios para el uso del condón	72.21	24.20	.00	100.00
Barreras para el uso del condón	49.37	25.96	.00	100.00
Autoeficacia para el uso del condón	70.98	17.99	.00	100.00
Deseo sexual	65.28	16.85	18.81	100.00
Apoyo social	58.90	22.35	.00	100.00
Discriminación	36.82	14.83	8.33	100.00
Masculinidad	31.35	17.95	.00	74.36
Heteronormatividad	29.76	23.51	.00	100.00
Conducta sexual protegida	60.03	13.92	25.00	91.67

Nota: *DE* = Desviación Estándar, *Min.* = Valor mínimo, *Max.* = Valor máximo, *n* = 213.

Consistencia interna de los instrumentos

En la tabla 3 se muestra la consistencia de los instrumentos, a la mayoría se les realizó prueba de Alfa de Cronbach dado a que sus respuestas corresponden a escala tipo Likert. Cabe mencionar que los instrumentos presentaron de manera global una confiabilidad interna aceptable (Burns & Grove, 2009).

Tabla 3. *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
Homonegatividad internalizada	17	.74
Distrés psicológico	5	.72
Vitalidad	4	.75
Beneficios del uso del condón	4	.78
Barreras para el uso del condón	7	.90
Autoeficacia para el uso del condón	14	.85
Deseo sexual	13	.91
Apoyo social	12	.93
Discriminación	12	.85
Masculinidad	13	.91
Heteronormatividad	6	.80
Uso de condón y sexo seguro	16	.78

Nota: $n = 213$.

Estadística inferencial

Para dar respuesta al objetivo específico uno, el cual fue identificar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en la conducta sexual protegida en HSHM. Se realizaron pruebas de correlación de Spearman dado que la mayoría de los datos no tendió a la normalidad y se encontró que el distrés psicológico se correlacionó positivamente con la conducta sexual protegida ($r_s = .268, p < .001$).

Así mismo, se realizó análisis de regresión lineal múltiple y se encontró que el modelo se ajusta adecuadamente y explica el 7% de la varianza ($F_{[5,207]} = 3.49, p < .001, R^2 = .078$). Como se muestra en la tabla 4, el distrés psicológico fue la variable más importante del modelo ya que influye en la conducta sexual protegida, el resultado se confirmó a través del método de remuestreo Bootstrap ($\beta = .31, IC\ 95\% [.14, .49], p < .001$). Este resultado indica que por cada punto aumentado en el distrés psicológico, la conducta sexual protegida aumenta .31 puntos, esto significa que los HSHM con menor distrés psicológico tienen más probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales protegidas.

Tabla 4

Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y conducta sexual protegida en HSHM.

Conducta sexual protegida	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	56.46	6.09	-	.000
Uso de condón en la primera relación sexual	-1.92	1.89	-.069	.311
Edad	-.023	.103	-.015	.823
Homofobia internalizada	-.066	.071	-.062	.353
Distrés psicológico	.315	.089	.391	.000
Vitalidad	-.148	.083	-.198	.076

Nota: *B* = valor de beta, *SE* = error estándar, *Beta* = valor de beta estandarizado, *p* = significancia, $n = 213$.

Para el objetivo específico dos, se planteó determinar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y en el deseo sexual. En el análisis de correlación de Spearman se encontró que la homofobia ($r = -.380, p < .001$), distrés psicológico ($r_s = .225, p < .001$) y vitalidad ($r_s = .175, p = .005$) están relacionadas significativamente con los beneficios del uso del condón. Esto indica que a menor homofobia internalizada mayores son los beneficios percibidos del uso del condón, y a menor distrés psicológico y mayor vitalidad, mayores beneficios percibidos del uso del condón.

El modelo de regresión lineal (tabla 5) indica que la homofobia internalizada influye en los beneficios del uso del condón y el modelo explica el 16% de la varianza ($F_{[5,207]} = 9.27, p = .001, R^2 = .16$), este resultado se confirmó con el método de remuestreo Bootstrap ($\beta = -.665, IC\ 95\% [-.89, -.43], p < .001$). Por cada punto aumentado en la homofobia, disminuyen .66 puntos en los beneficios del uso del condón. Esto podría indicar que los HSHM con más experiencias de homofobia internalizada perciben menos beneficios del uso del condón.

Tabla 5

Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y beneficios del uso del condón.

Beneficios del uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	87.88	9.97	-	.000
Uso de condón en la primera relación sexual	.313	3.10	.006	.920
Edad	.116	.168	.045	.491
Homofobia internalizada	-.665	.115	-.364	.000
Distrés psicológico	.266	.145	.190	.069
Vitalidad	-.011	.136	-.008	.937

Nota: *B* = valor beta, *SE* = error estándar, *Beta* = valor de beta estandarizado, *p* = significancia, *n* = 213.

Así mismo, se encontró que la edad ($r_s = .114$, $p = .048$), homofobia internalizada ($r_s = .114$, $p = .049$) y el distrés psicológico ($r_s = -.184$, $p = .004$) están relacionados con las barreras para el uso del condón. Esto indica que, a mayor edad y homofobia internalizada, mayores barreras para el uso del condón. Y a menor distrés psicológico, menores barreras para el uso del condón. Sin embargo, en el análisis de regresión (tabla 6) se observó que únicamente el distrés psicológico influyó en las barreras para el uso del condón y explica el 5% de la varianza ($F_{[5,207]} = 3.25$, $p = .008$, $R^2 = .05$). Este dato se confirmó con el método de remuestreo Bootstrap ($\beta = -.410$, IC 95% [-.737, -.083], $p = .014$). Por cada punto aumentado el distrés psicológico disminuye .41 las barreras para el uso del condón. Esto indica que los HSHM con mejor estado de salud mental (distrés psicológico) tienen más posibilidad de presentar menos barreras para el uso del condón.

Tabla 6

Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y barreras para el uso del condón.

Barreras para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	41.17	11.36	-	.000
Uso de condón en la primera relación sexual	4.05	3.54	.078	.255
Edad	.354	.192	.127	.066
Homofobia internalizada	.180	.132	.092	.173
Distrés psicológico	-.410	.166	-.273	.014
Vitalidad	.119	.155	.085	.446

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, $n = 213$.

Referente a la autoeficacia para el uso del condón, se encontró que está relacionada con la homofobia internalizada ($r_s = -.334$, $p < .001$), distrés psicológico ($r_s = .205$, $p < .001$) y vitalidad ($r_s = .159$, $p = .010$). Se entiende que a menor homofobia internalizada existe mayor autoeficacia para el uso del condón y a mayor salud mental (menor distrés psicológico) y vitalidad, mayor autoeficacia para el uso del condón.

En el análisis de regresión lineal (tabla 7) se observó que el modelo es significativo y explica el 12% de la varianza ($F_{[5,207]} = 7.07, p = .000, R^2 = .12$) y que solo la homofobia internalizada influye en la autoeficacia para el uso del condón, este resultado se corroboró con el método de remuestreo Bootstrap ($\beta = -.431, IC\ 95\% [-.604, -.259], p < .001$). Por cada punto que aumenta la homofobia internalizada, disminuye .43 puntos la autoeficacia para el uso del condón. Se podría indicar que los HSHM con mayor homofobia internalizada tienden a tener menos autoeficacia para el uso del condón.

Tabla 7

Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y autoeficacia para el uso del condón.

Autoeficacia para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	82.07	7.57	-	.000
Uso de condón en la primera relación sexual	-1.46	2.35	-.041	.534
Edad	.099	.127	.051	.438
Homofobia internalizada	-.431	.088	-.318	.000
Distrés psicológico	.186	.110	.179	.093
Vitalidad	-.007	.103	-.007	.945

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, n= 213.

Lo que respecta al deseo sexual, se encontró que está correlacionado con la edad ($r_s = .136, p = .023$), homofobia internalizada ($r_s = -.159, p = .01$) y vitalidad ($r_s = -.115, p = .048$). A mayor edad, mayor es el deseo sexual y a menor homofobia internalizada y menor vitalidad, mayor es el deseo sexual.

El análisis de regresión (tabla 8) mostró que el modelo es significativo y explica el 5% de la varianza ($F_{[5,207]} = 3.28, p = .007, R^2 = .05$). Después de corroborar el resultado con el método de remuestreo Bootstrap se encontró que la edad ($\beta = .286, IC\ 95\% [.041, .531], p = .023$) y la homofobia internalizada ($\beta = -.221, IC\ 95\% [-.390, -.053], p = .01$) influyeron en el deseo sexual. Se entiende

que, por cada aumento en la edad, el deseo sexual aumenta .28 puntos y por cada punto aumentado en la homofobia internalizada, el deseo sexual disminuye .22 puntos. Estos resultados muestran que los HSHM que tuvieron mayor edad tenían más posibilidades de puntuar más alto en la escala de deseo sexual, y quienes tuvieron mayor homofobia internalizada tuvieron más posibilidad de tener deseo sexual bajo.

Tabla 8

Modelo de regresión lineal del uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad y deseo sexual.

Deseo sexual	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	74.19	7.39	-	.000
Uso de condón en la primera relación sexual	2.38	2.30	.071	.301
Edad	2.86	.124	.158	.023
Homofobia internalizada	-.221	.086	-.174	.010
Distrés psicológico	-.044	.108	-.045	.681
Vitalidad	-.119	.101	-.131	.241

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, n= 213.

Para el objetivo número tres, se planteó determinar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en el apoyo social, discriminación, masculinidad y heteronormatividad. Se encontró que el distrés psicológico influyó en el apoyo social ($\beta = .41$, *IC* 95% [-.14, .69], $p = .003$).

El objetivo cuatro fue conocer si el deseo sexual influye en la autoeficacia para el uso del condón. Se realizó un análisis de correlación y se encontraron resultados significativos ($r_s = .123$, $p = .030$), esto indica que a mayor deseo sexual, mayor es la autoeficacia para el uso del condón. Posteriormente se realizó análisis de regresión lineal univariado (tabla 9), se encontró que el modelo no fue significativo ($F_{[1,211]} = 3.25$, $p = .073$, $R^2 = .01$) y se corroboró el resultado con el método Bootstrap, finalmente el deseo sexual no influyó en la autoeficacia para el uso del condón ($\beta = .13$, *IC* 95% [-.016, .293], $p = .094$).

Tabla 9

Modelo de regresión lineal del deseo sexual y autoeficacia para el uso del condón.

Autoeficacia para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	62.39	4.91	-	.000
Deseo sexual	.132	.073	.123	.073

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, n= 213.

El objetivo cinco fue conocer si la autoeficacia para el uso del condón influye en las barreras para el uso del condón. Se realizó análisis de correlación el cual mostró una relación negativa y significativa ($r_s = -.388$, $p < .001$) entre la autoeficacia para el uso del condón y las barreras para el uso del condón. Esto sugiere que a menor autoeficacia para el uso del condón mayor son las barreras percibidas para el uso del condón.

El modelo de regresión lineal se ajustó adecuadamente y explica el 14% de la varianza ($F_{[1,211]} = 37.36$, $p < .001$, $R^2 = .14$), así mismo se encontró que la autoeficacia para el uso del condón influyó en las barreras para el uso del condón, esto se verificó con el método de remuestreo Bootstrap ($\beta = -.56$, $IC\ 95\% [-.740, -.379]$, $p < .001$). Por cada punto aumentado en la autoeficacia para el uso del condón hay una disminución de .56 puntos en las barreras para el uso del condón. Esto indica que los HSHM con mayor autoeficacia para el uso del condón perciben menos barreras para el uso del condón.

Para el objetivo seis, determinar si los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual, influyen en la conducta sexual protegida en HSHM. Se realizaron pruebas de correlación, se encontró que existe relación significativa entre beneficios ($r_s = .144$, $p = .018$), barreras ($r_s = -.384$, $p < .001$), autoeficacia para el uso del condón ($r_s = .278$, $p < .001$), deseo sexual ($r_s = -.124$, $p = .035$) y la conducta sexual protegida. Esto indica que a mayores beneficios del uso del condón y autoeficacia para el uso del condón, mayor es la conducta sexual protegida en HSHM. Mientras que a menores barreras para el uso del condón y deseo sexual, mayor es la conducta sexual protegida en HSHM.

En el análisis de regresión (tabla 11) se encontró que las barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual influyen en la conducta sexual protegida en HSHM ($F_{[4,208]} = 12.26, p < .001, R^2 = .17$) y el modelo explica el 17% de la varianza. El resultado se confirmó a través del método de remuestreo Bootstrap para cada variable: barreras para el uso del condón ($\beta = -.17, IC\ 95\% [-.24, -.09], p < .001$), autoeficacia para el uso del condón ($\beta = .13, IC\ 95\% [.01, .27], p = .046$) y deseo sexual ($\beta = -.12, IC\ 95\% [-.21, -.02], p = .015$). Por cada punto aumentado en las barreras para el uso del condón, aumenta .17 puntos la conducta sexual, y por cada aumento en el deseo sexual, disminuye .12 puntos la conducta sexual protegida. Mientras que por cada punto aumentado en la autoeficacia para el uso del condón, aumenta .13 puntos la conducta sexual protegida.

Estos resultados sugieren, por un lado, que los HSHM que perciben mayores barreras para el uso del condón y que experimentan mayor deseo sexual, tienden a disminuir el uso del condón. Por otro lado, aquellos que tienen mayor autoeficacia para el uso del condón, tienen mayor probabilidad de usar condón frecuentemente.

Tabla 11

Modelo de regresión lineal de los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual y conducta sexual protegida en HSHM.

Conducta sexual protegida	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	65.78	5.76	-	.000
Beneficios del uso del condón	.030	.038	.052	.433
Barreras para el uso del condón	-.171	.036	-.319	.000
Autoeficacia para el uso del condón	.119	.056	.154	.035
Deseo sexual	-.121	.052	-.147	.021

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, *n*= 213.

En el objetivo siete, determinar si los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y el deseo sexual, influyen en el

compromiso para el uso del condón. Se encontraron correlaciones significativas entre los beneficios del uso del condón ($r_s = .144, p = .018$), barreras para el uso del condón ($r_s = -.384, p < .001$), autoeficacia para el uso del condón ($r_s = .278, p < .001$) y el compromiso del uso del condón. Esto indica que a mayor beneficios del uso del condón, a menores barreras para el uso del condón y a mayor autoeficacia para el uso del condón, mayor es el compromiso con el uso del del condón. El modelo de regresión (tabla 12) mostró que únicamente la variable beneficios del uso del condón fue significativa ($\beta = .015, IC\ 95\% [.008, .022], p < .001$), se corroboró con el método de remuestreo Bootstrap ($\beta = .015, IC\ 95\% [.006, .024], p = .002$), además, el modelo explicó el 12% de la varianza. Estos resultados sugieren que por cada punto aumentado en los beneficios del uso del condón, aumenta .01 puntos el compromiso para el uso del condón. Se puede deducir que los HSHM que perciben mayores beneficios del uso del condón tienen mayor probabilidad de comprometerse a usar un condón.

Tabla 12

Modelo de regresión lineal de los beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual y compromiso para el uso del condón.

Compromiso para el uso del condón.	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	1.53	.538	-	.005
Beneficios del uso del condón	.015	.004	.284	.000
Barreras para el uso del condón	-.002	.003	-.051	.468
Autoeficacia para el uso del condón	.007	.005	.099	.191
Deseo sexual	.003	.005	.045	.492

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, *n*= 213.

El objetivo ocho fue determinar si el apoyo social, discriminación, masculinidad, y heteronormatividad, influyen en el compromiso para el uso del condón. En el análisis de correlación se encontró relación nula entre las variables, así mismo, estas variables no influyeron sobre el compromiso para el uso del condón (tabla 13).

Tabla 13

Modelo de regresión lineal del apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y compromiso para el uso del condón.

Compromiso para el uso del condón.	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	3.44	.404	-	.000
Apoyo social	-.003	.004	-.056	.446
Discriminación	.003	.006	.032	.653
Masculinidad	-.005	.005	-.072	.347
Heteronormatividad	-.001	.004	-.012	.870

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, *n*= 213.

Para responder el objetivo específico nueve, identificar si el apoyo social, discriminación, masculinidad, y heteronormatividad, influye en la conducta sexual protegida en HSHM. Se realizó análisis de correlación, se encontró correlaciones significativas entre la conducta sexual protegida, el apoyo social ($r_s = .258, p < .001$) y la masculinidad ($r_s = -.316, p < .001$). Esto indica que a mayor apoyo social mayor conducta sexual protegida y a mayor masculinidad, menor conducta sexual protegida.

En el análisis de regresión lineal (tabla 14) se identificó que el modelo es significativo y que explica el 25% de la varianza ($F_{[4,208]} = 13.37, p < .000, R^2 = .25$), así mismo, se encontró que el apoyo social ($\beta = .103, IC\ 95\% [.01, .18], p = .016$), la masculinidad ($\beta = -.253, IC\ 95\% [-.34, -.127], p < .001$) y heteronormatividad ($\beta = .093, IC\ 95\% [.016, .170], p = .019$) influyen la conducta sexual protegida. Por cada punto aumentado en el apoyo social, aumenta .10 la conducta sexual protegida, y por cada punto aumentado en la masculinidad, disminuye .25 la conducta sexual protegida. Así mismo se encontró que por cada aumento en la heteronormatividad, la conducta sexual protegida aumenta .09.

Estos datos sugieren que los HSHM con mayor apoyo social, tienen más posibilidad de realizar la conducta sexual protegida y aquellos hombres que tuvieron más puntuación en la masculinidad tienen menos probabilidad de realizar la conducta

sexual protegida. También, se entiende que los HSHM más heteronormativos tienen más posibilidad de protegerse en sus relaciones sexuales.

Tabla 14

Modelo de regresión lineal del apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y conducta sexual protegida en HSHM.

Conducta sexual protegida	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	59.12	4.16	-	.000
Apoyo social	.103	.042	.165	.016
Discriminación	-.014	.061	-.015	.817
Masculinidad	-.235	.055	-.303	.000
Heteronormatividad	.093	.039	.156	.019

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, n= 213.

El objetivo general del presente estudio fue explicar la relación entre las variables: uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico, vitalidad, beneficios del uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, deseo sexual, apoyo social, discriminación, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso con el uso del condón, con la conducta sexual protegida en HSHM. Para dar respuesta a este objetivo, se realizó análisis de correlación y análisis de regresión lineal múltiple (tabla 15).

Se encontró que las variables correlacionadas con la conducta sexual protegida en HSHM fueron: distrés psicológico ($r_s = .228, p < .001$), beneficios del uso del condón ($r_s = .144, p = .018$), barreras para el uso del condón ($r_s = -.384, p < .001$), autoeficacia para el uso del condón ($r_s = .278, p < .001$), deseo sexual ($r_s = -.124, p = .035$), apoyo social ($r = .258, p < .000$), masculinidad ($r_s = -.316, p < .001$) y el compromiso con el uso del condón ($r_s = .198, p = .002$). Los presentes resultados sugieren que, a mayor salud mental (menor distrés psicológico), beneficios del uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, apoyo social y compromiso con el uso del condón, mayor es la conducta sexual protegida en HSHM. Mientras que, a mayores barreras para el uso del condón, deseo sexual y masculinidad, menor es la conducta sexual protegida en HSHM.

En el análisis de regresión se encontró que el modelo propuesto fue significativo y explica el 25% de la varianza ($F_{[13,199]} = 6.09, p < .001, R^2 = .25$). Las variables predictoras fueron: distrés psicológico ($\beta = .193, IC\ 95\% [.02, .35], p = .022$), barreras para el uso del condón ($\beta = -.145, IC\ 95\% [-.22, -.07], p < .000$), deseo sexual ($\beta = -.122, IC\ 95\% [-.22, -.01], p = .021$), masculinidad ($\beta = -.177, IC\ 95\% [-.29, -.06], p = .003$), heteronormatividad ($\beta = .107, IC\ 95\% [.03, .18], p = .005$) y el compromiso con el uso del condón ($\beta = 1.85, IC\ 95\% [.37, 3.34], p = .015$).

Estos datos sugieren que, por cada punto aumentado en la salud mental (disminuye el distrés psicológico), heteronormatividad y compromiso del uso del condón, aumenta la conducta sexual protegida en .19, .10 y 1.8 puntos, respectivamente. Además, por cada aumento en las barreras para el uso del condón, deseo sexual y masculinidad, la conducta sexual protegida disminuye .14, .12 y .17 puntos, respectivamente.

Tabla 15

Modelo de regresión lineal múltiple de las variables propuestas en el modelo de conducta sexual protegida en HSHM.

Conducta sexual protegida	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	59.04	9.46	-	.000
Uso del condón en la primera relación sexual	.505	1.72	.018	.771
Edad	.067	.096	.045	.482
Homofobia internalizada	.042	.076	.040	.585
Distrés psicológico	.193	.083	.240	.022
Vitalidad	-.121	.080	-.162	.132
Beneficios del uso del condón	.001	.040	.002	.972
Barrera para el uso del condón	-.145	.038	-.271	.000
Autoeficacia para el uso del condón	.047	.060	.061	.429
Deseo sexual	-.122	.052	-.147	.021
Apoyo social	.031	.044	.050	.480
Discriminación	-.067	.062	-.071	.285
Masculinidad	-.177	.059	-.228	.003
Heteronormatividad	.107	.038	.180	.005
Compromiso con el uso del condón	1.85	.753	.166	.015

Nota: *B*= valor beta, *SE*= error estándar, *Beta*= valor de beta estandarizado, *p*= significancia, n= 213.

Figura 5. Representación gráfica de la asociación cuantitativa de las variables

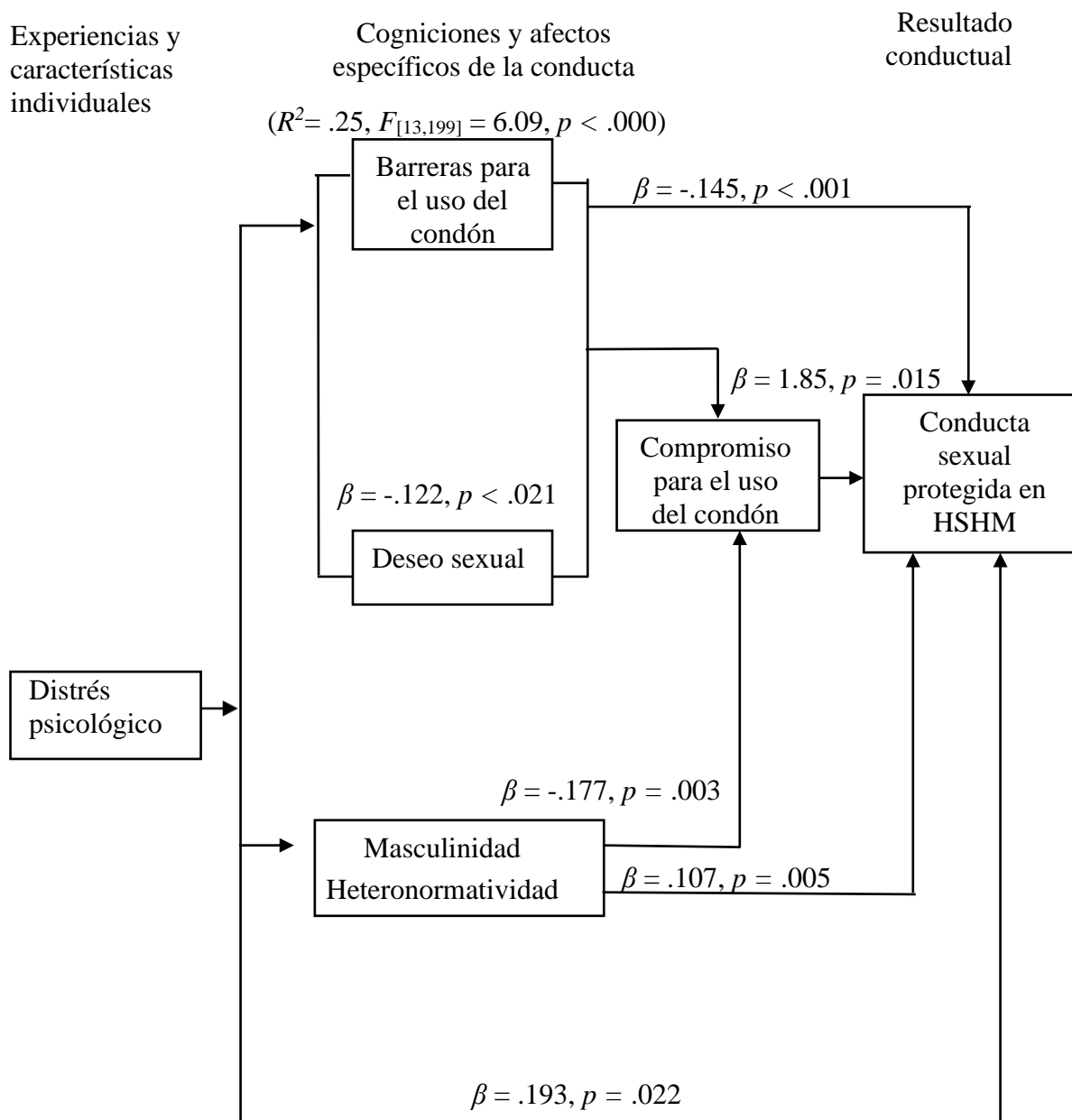


Figura 5. Modelo de las variables que tienen efecto en la conducta sexual protegida. B = valor de beta, p = significancia estadística.

Fase cualitativa

En esta fase participaron cinco HSHM entre 18 y 39 años, todos se encontraban solteros, cuatro se identificaron como bisexuales y uno como homosexual. El grado de estudios que predominó fue preparatoria con un 40%, seguido de licenciatura, maestría y doctorado con 20% cada uno.

Se realizó el análisis de contenido directo, esta técnica facilitó el análisis e interpretación del contenido de los datos. Este enfoque es ideal para investigaciones que parten de una teoría o hallazgos de investigación relevantes (Hsieh & Shannon, 2005), como es el caso del presente estudio, lo cual ayudó como guía para la construcción de los códigos iniciales.

Primero se exportaron las transcripciones al programa MAXQDA v12, y se realizaron las correcciones pertinentes tomando en cuenta la ortografía y signos de puntuación. Segundo, se generaron los códigos iniciales de estos, se observaron las diferencias y similitudes en la información, se agruparon de acuerdo con características similares para destacar grupos. Tercero, se buscó la relación entre estos y se agruparon los temas (categorías) encontradas. Para la generación de categorías se realizó de manera deductiva e inductiva, por un lado, las categorías emergieron de las lecturas de las entrevistas y por el otro lado se consideraron los conceptos del modelo propuesto. Posteriormente se realizó una segunda revisión de las categorías y se definieron las categorías y subcategorías. Por último, se presentan las categorías y subcategorías implícitas en el MPS (Tabla 16).

Tabla 16. Categorías y subcategorías del análisis cualitativo

<i>Categorías</i>	<i>Sub categorías</i>
Historia sexual: experiencias sexuales.	Debut sexual Relación sexual no consensuada
Uso de condón: experiencias del uso del preservativo a lo largo de la vida.	Uso de condón en la primera relación sexual Compromiso con el uso del condón Uso de condón con hombres y mujeres No uso en el sexo oral
Homofobia internalizada: confort con el comportamiento homosexual o no heterosexual.	Aceptación de la diversidad sexual Confort sexual
Beneficios del uso del condón: razones por el cual deciden usar condón.	Disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual Facilidad para adquirirlos Protegerse y proteger a la pareja
Barreras para el uso del condón: razones por el cual deciden no usar condón.	Vergüenza al comprar condones Falta de dinero Excitación sexual (calentura) Acuerdo de pareja para no usarlo No tener condones disponibles en el momento del acto Confianza con la pareja Consumo de alcohol Cuidado del condón
Autoeficacia para el uso del condón: capacidad para usar condón y negociar su uso.	Abrir, colocar y retirar el condón
Deseo sexual: aspiración de tener encuentro sexual placentero y confiable	Deseo por lo físico Deseo por tener una relación sexual donde exista confianza Roles sexuales Deseo por una pareja inteligente
Apoyo social: apoyo de amigos y familiares respecto a la conducta sexual y/o orientación sexual.	Divulgación de la conducta bisexual Apoyo de amigos Apoyo de familiares
Discriminación: ser tratado diferente por cuestiones de orientación sexual o conducta.	Discriminación en la escuela Discriminación en la calle Discriminación en el trabajo
Masculinidad: norma social que rige el comportamiento del hombre.	Ser hombre Ser reconocido como hombre

Fuente: elaboración propia

Categoría I: Historia sexual

Se refiere a las experiencias sexuales a lo largo de la vida de los HSHM. Incluye la experiencia con parejas sexuales desde el debut sexual.

Subcategoría I.1: Debut sexual

En este apartado los participantes expresaron su primera experiencia sexual con las diferentes parejas sexuales, algunos de ellos hicieron hincapié en la edad de inicio y la de su pareja y mostraron la necesidad de compartir su experiencia con un hombre o con una mujer. Por ejemplo, P1: *“Mi primera vez fue a los 12 y fue con una mujer, después de eso tuve otras oportunidades para tener sexo, sin embargo, fue hasta los 15 que tuve una pareja que era un poco mayor que yo”*. P2: *“Yo he iniciado a los 18 años y mi primera relación sexual fue con una mujer”*. P4: *“mi primera relación sexual fue con una mujer, yo tenía 16 años”*. P5: *“La primera experiencia sexual fue a los 18 años y fue con un taxista, no fue lo mejor del mundo, pero en ese rato se sintió muy bien”*.

En otros casos, por ejemplo P3 comentó que su primera experiencia no fue la penetración, sino más bien prácticas eróticas: *“Mi primer encuentro sexual fue alrededor de los 18 años había tenido intentos siendo menor de edad, pero estos habían sido no muy gratos, la primera vez que tuve un encuentro sexual fue con un hombre porque todos los demás habían sido con mujeres, fajes y demás, sin penetración”*. Por su parte P2 expuso: *“Recuerdo que estaba nervioso obviamente porque iba a ser la primera pero si usé, pero ahorita estaba recordando, anteriormente si jugaba o lo que le llaman ahorita “fajar” con primos, pero nunca se llegó a tener una relación sexual como tal, nunca hubo penetración ni nada por el estilo, simplemente era masturbar y ya”*.

Se puede deducir que los hombres que participaron el estudio experimentaron el debut sexual en edades similares, sin embargo, probablemente por el contexto heteronormativo donde se desenvuelven y por la complejidad del fenómeno de la

conducta sexual, se observa que la mayoría inició con experiencias sexuales o eróticas con una pareja sexual femenina.

Subcategoría I.2: relación sexual no consensuada

Otros participantes comentaron un tema sensible, la violación, como un tema que está inmerso en el contexto de los hombres considerados población clave y que está dentro de la sindemia que experimentan este grupo poblacional. Por ejemplo, P1 comentó: *“No fue voluntaria, se puede decir que fue una violación, tenía 12 años... muy pocas personas lo saben, mi familia no, solo yo y dos personas. Me lo guardé y si tuve muchos conflictos al principio, pero lo he ido superando”*. P4: *“fue con una vecina por así decirlo se aprovechó, ella tenía quizá 27 o 29 años y yo 16”*.

Se pone en evidencia que este grupo de hombres (cómo en mujeres), el fenómeno de las relaciones sexuales no consensadas son parte del contexto latinoamericano, específicamente, los hombres considerados población clave tienden a ser más vulnerables a este tipo de violencia, en mucho de los casos víctimas de algún familiar cercano o vecino.

Categoría II: uso de condón

Se refiere a las experiencias respecto al uso del condón a lo largo de la vida con las parejas sexuales masculinas y femeninas.

Subcategoría II.1: uso de condón en la primera relación sexual

La mayoría de los participantes mencionaron haber utilizado condón en la primera relación sexual, P1 mencionó: *“tuve una pareja que era un poco mayor que yo. Esa pareja utilizó condón y con base a la iniciativa de esa persona empecé yo también a utilizarlo”*. P2 al respecto dijo: *“mi primera relación sexual fue con una mujer y si usamos condón ambos teníamos como el conocimiento de que teníamos que usarlo, yo sabía que desde el momento que iba a ir con ella, yo tenía que ir preparado y esas cuestiones”*. Mientras que otro comentó que no usó condón por la situación del momento, por ejemplo, P5 recalcó: *“no usamos condón, estuvo bien, pero si fue*

doloroso, no fue tan grato pero fue lo que en su momento causaba mucha adrenalina, entonces en esa ocasión no hubo uso de condón porque literal fue en un taxi”

Se percibe que los participantes utilizaron condón en su primera relación sexual, sin embargo, el decidir usarlo o no, depende de diversos factores como la edad de las parejas sexuales, el conocimiento sobre el uso del condón y la situación en el momento.

Subcategoría II.2: compromiso con el uso del condón

Los HSHM están comprometidos a usar condón, regularmente están preparados con condones a la mano, los relatos muestran que hay uso frecuente pero no siempre. Al respecto, P2 dijo: *“No tengo inconveniente por usarlo, de hecho, yo lo uso muy frecuente, casi siempre hasta actualmente creo que es la primera vez que hice algo sin condón”*. Por su parte P5 mencionó: *“mi última relación sexual igual fue con un hombre, obviamente siempre cargo condones y la decisión de usarlo fue por lo intenso del faje y por la adrenalina de la situación y por la calentura. Él me pidió literal: ¿tienes condones?, si, “por favor pónitelo y métemela”, de ya, hazlo”*.

Los HSHM que participaron en el estudio muestran interés o compromiso por el uso del condón, sin embargo, en ocasiones no lo usan. Se entiende que puede haber diversos factores que pueden estar mediando el compromiso con el uso del condón, en otra vertiente, se observa que a lo que le llaman adrenalina y calentura ayudó de forma positiva como un motivador para usar condón.

Subcategoría II.3: uso de condón con hombres y mujeres

Los participantes tuvieron relaciones sexuales con hombres y mujeres en los tres meses anteriores a la entrevista, se observó que estos hombres usan condón con ambas parejas, sin embargo, en ocasiones no lo usaron aun estando consciente de ello, y no encuentran una explicación del porqué tomaron esa decisión, por ejemplo P2 mencionó: *“siempre me protejo y resulta que con esta última pareja sexual hombre no me protegí pero si era consciente en todo momento cuando yo estaba penetrando, mi mente decía “no tienes condón”, ¡tienes que cuidarte, tienes que cuidarte...” “en ese momento no lo*

pensé y lo hice sin condón, no sé, la verdad no hay así una explicación, me gustaba, de hecho me gusta el chavo y yo creo que a lo mejor fue por eso...” “ya después con él, ha habido ocasiones en donde lo seguimos haciendo sin condón pero es con el específicamente la única persona que lo he hecho sin condón, no sé por qué.

P1 comentó al respecto: *“tengo que reconocer que con todas las mujeres que llegué a tener relaciones si utilicé condón, sin embargo, en ocasiones con hombres no, no lo he utilizado. Con una pajera hombre, si utilicé condón debido a que desde el comienzo esta persona me había hecho énfasis que estaba enferma, que tenía VIH. Y desde el comienzo de la relación tanto él se hizo unos estudios, yo me hice estudios y yo acepté a tener relaciones con él, pero dese la primera vez el me hizo ese énfasis y nos cuidamos un año y ocho meses que duró la relación y yo lo asimilaba, lo aceptaba y tenía el cuidado de siempre tener condones, cuidar de que no se rompieran, esas situaciones”.*

Así mismo, P2 hizo referencia a que mientras sostenía una relación sexual con una mujer, no se relacionaba sexualmente con un hombre y viceversa: *“con mis parejas novias siempre lo he usado, eso sí, nunca si tenía una relación con una mujer, jamás buscaba a un hombre o hacia algo con un hombre cuando yo estaba con una mujer, jamás pasó eso”.* P4 refirió la necesidad de usar condón con mujeres con el fin de evitar embarazos y enfermedades: *“si te metes con una mujer puedes evitar embarazos no deseados, enfermedades también. Si me enfocó en una mujer y yo supiera que ya me voy a quedar con ella, pues entonces tu ya sabes que no lo vas a usar porque vas a estar siempre con ella.*

Se identificó que algunos HSHM tenían más confianza con las mujeres que con hombres, para no utilizar condón. Hicieron referencia a que los hombres son infieles en una relación. P4 dijo sobre ello: *“con un hombre si le piensas porque es muy diferente a una mujer, es que el hombre de repente anda para allá y para acá pues yo digo que los hombres somos más infieles”.* *“En una ocasión un hombre me dijo que no quería usar*

condón entonces yo le dije que así no se hace, la verdad no, como que se molestó, pero se tuvo que aguantar. También me pasó con una mujer, un tiempo atrás, era mi novia, en ocasiones me pedía no usar condón y ahí si accedí porque solo estaba con ella, eso sí, comprábamos la pastilla del día siguiente”.

En resumen, los HSHM que participaron en el estudio cualitativo experimentaron diversas construcciones referentes al uso del condón, por ejemplo, la conciencia en el no uso del condón, a pesar de saber la importancia de usarlo deciden no hacerlo. Otra experiencia es solo tener relaciones sexuales con mujeres o con hombres, es decir, estos hombres no mantuvieron relaciones sexuales al mismo tiempo o paralelamente con hombres y mujeres. Así mismo, estos hombres tienen más confianza con las mujeres que con los hombres, para sostener relaciones sexuales sin condón, aunque refieren que en ocasiones no usan condón con hombres sin encontrar una explicación de este hecho.

Subcategoría II.4: no uso del condón en el sexo oral

Algunos de los HSHM nunca usaron condón cuando practicaron sexo oral, P2 mencionó sobre eso: *“lo que si nunca he hecho es que por ejemplo si va a haber oral, usar condón, en el sexo oral no suelo usar o ponerme yo un condón y que me hagan sexo oral o viceversa y sé qué pues bueno también se puede contagiar cosas por ahí”.* P1 dijo sobre el tema: *“recuerdo que si llegué a utilizar uno de sabor para sexo oral, pero solo una vez, de ahí en fuera nunca más lo he utilizado”.*

Este grupo de hombres comentó que nunca utilizaron condón en el sexo oral, ni con hombres y mujeres. A pesar de que refieren tener conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, específicamente por esta vía, toman la decisión de no usar un método de barrera.

Categoría IV: Beneficios del uso del condón

Son los motivos por el cual los HSHM deciden usar condón, por ejemplo: para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual, facilidad para adquirirlos y para protegerse y proteger a la pareja.

Subcategoría IV.1: disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual

La mayoría de los participantes expresó la importancia de usar condón, un punto importante es la prevención de infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, P1 comentó brevemente: *“disminuir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual”*. P4 por su parte dijo que regularmente usa condón para protegerse de infecciones: *“casi siempre uso condón, usar condón siempre te evitas de muchas cosas como cuidarte de una infección”*. Así mismo, P3 se manifestó con base en su experiencia, sobre la incomodidad y molestia que ocasiona una infección de transmisión sexual: *“principalmente protegerte de una infección propia porque es muy incómodo y molesto que llegues a tener alguna secreción, alguna infección llámese gonorrea principalmente, que me ha pasado en dos ocasiones, precisamente por esa razón lo considero sucio porque al fin de cuentas hay una infección y causa molestia en la orina y demás”*. La mayoría de los participantes refieren que la prevención de infecciones de transmisión sexual es uno de los principales beneficios del uso del condón.

Subcategoría IV.2: facilidad para adquirirlos

Otro aspecto importante que ayuda en el uso del condón es la facilidad para adquirirlos, siendo un miembro de la familia el principal facilitador. Al respecto P1 comentó: *“yo tenía la facilidad de adquiríros, me los obsequiaba mi madre, en ese entonces ella no sabía si yo tenía relaciones con chicos y chicas, solamente me los facilitaba”*. Otro participante comentó que los condones se pueden comprar donde sea y en ocasiones se los regalan. Por ejemplo: P4, *“realmente no es difícil conseguir condones, donde sea los venden y a veces hasta te los regalan”*.

Algunos HSHM tienen facilidad para adquirir condones, esto tiene que ver con el tener apoyo familiar que fungen como facilitadores en la etapa de la adolescencia y con la facilidad para comprarlos. Así mismo, se observa que suelen usar condones regalados, esto hace pensar que probablemente el sistema de salud provee de condones a estos hombres o bien algún amigo.

Subcategoría IV .3: protegerse y proteger a la pareja

Otro beneficio del uso del condón es la protección individual y de la pareja, los participantes comentaron la necesidad de protegerse y proteger a la pareja, por ejemplo: P2 mencionó que *“usar el condón es una necesidad para protegerme y proteger a la pareja con la que estoy o con el encuentro sexual con el que vaya a estar”*. Sentirse seguro es una necesidad de estos hombres, usar condón tiene el beneficio de protección en los encuentros sexuales.

Categoría V: Barreras para el uso del condón.

La presente categoría hace referencia a las dificultades que tienen estos hombres para usar condón. Incluyen la vergüenza al comprar el condón, falta de dinero y la excitación sexual, denominada por los participantes como “calentura”.

Subcategoría V.1: vergüenza al comprar condones

Una barrera para el uso del condón fue la vergüenza al comprar condones, algunos participantes perciben esta situación como un obstáculo que no permite el uso consistente del condón, al respecto P2 comentó: *“me da mucha vergüenza comprar el condón, más en tiendas como oxxos, seven, me da mucha vergüenza todavía a pesar de que sé que es algo natural y común, me da mucha vergüenza y en ocasiones prefiero no comprar”*. También, expresó que la vergüenza tiene que ver con el tabú de las personas y con la familia. *“Creo que tiene que ver desde la tradición familiar y desde el tabú de las personas, yo creo que la gente te ve y dice: ¡va a compra un condón! y yo en mi mente pienso que van a pensar que me voy de canijo y que empiecen a crear de mí una imagen, que ando con uno y con otro o con una y con otra, y pues no, esa es la vergüenza que me da”*.

Algunos hombres experimentan vergüenza al comprar condones, esta experiencia ha sido ocasionada por la sociedad en donde vive este grupo de hombres. Existe una preocupación por parte de estos participantes, por la imagen que pueden generar ante la sociedad al momento de adquirir condones, específicamente en tiendas de conveniencia.

Este hecho puede influir de manera importante en la decisión de llevar un condón y prepararse para cualquier encuentro sexual.

Subcategoría V.2: falta de dinero

La falta de dinero fue una barrera para adquirir condones en los HSHM más jóvenes, P1 mencionó que la falta de este recurso fue una limitante: *“mi limitación es el dinero para comprarlos, porque algunas marcas si están caras y pues en ocasiones quiero experimentar las diversas marcas y sabores que hay”*. En algunos casos estos participantes prefieren usar diversas marcas de condones que hay en el mercado, sin embargo, resulta difícil para aquellos que se encuentran en situaciones económicas no favorables.

Subcategoría V.3: excitación sexual (calentura)

La excitación sexual, etiquetado por los participantes como la “calentura” del momento, es una barrera importante que en ocasiones imposibilitó el uso del condón. Los participantes mencionaron que no se detuvieron a ponerse un condón. P1 dijo: *“yo mismo sabía que me estaba engañando y ya en el momento con un hombre, muchas veces por la misma calentura, la situación, no me paraba para ponerme un condón”*. Otros comentaron que al igual que sus parejas sexuales, están en la mejor disposición de usar condón, sin embargo, la excitación sexual aunado con el no estar preparado con un condón, dificultó el uso de este, P2 recalcó: *“las parejas con las que he estado no tienen inconveniente en utilizarlo, yo creo que una de las complicaciones puede ser la calentura que uno puede tener en cualquier lugar y que no vayas preparado y que eso te haga que no uses el condón”*.

Desde otra perspectiva, cuando este grupo de hombres está preparado con condones o tiene el compromiso de usarlos, pero está de por medio la excitación sexual y el consenso de pareja, entonces se ve mermado el uso del condón. P5 comentó al respecto: *“en mi última relación sexual si usé condón, fue con un hombre 35 años, de mi edad. Duré con él un año y tres meses y ahorita ya va para el año que no lo veo, con el*

casi siempre usaba, solo que en ocasiones nos ganaba la calentura, pero era decisión de ambos”.

Estos HSHM ponen en manifiesto la importancia de la excitación sexual (calentura) en la toma de decisiones que generen una conducta sexual protegida. La excitación sexual interviene junto con otros factores como la decisión de pareja y no estar preparado con condones, en el uso consistente del condón.

Subcategoría V.4: acuerdo de pareja para no usarlo

Otro obstáculo para el uso del condón es el acuerdo de pareja, esto se refiere a el consenso para usar o no condón, por ejemplo, P3 comentó puntualmente: *“cuando lo traes y no lo usas entonces hay otros factores, es como un acuerdo y es negociable porque en ningún momento es forzado”.* Esto hace pensar que entre los HSHM existe comunicación o negociación para el uso del condón lo cual forma parte de la autoeficacia en el uso de este método de barrera.

Subcategoría V.5: no tener condones disponibles en el momento del acto

Los participantes consideran que no tener condones disponibles dificulta el uso de este método de barrera, P2 comentó al respecto: *“no tenías pensado que va a pasar algo y resulta que ahí andas fajando y quieres llegar al clímax y todas esas cuestiones y no traes condón entonces ahí creo que solo faltaría un poco de voluntad propia para detener todo, de decir, no te voy a penetrar porque no hay condón”.* P3 también comentó sobre esto: *“a mí lo que se me dificulta es cuando no lo tienes a la mano, porque me ha pasado que no traigo y me ha tocado decir, pues ni modo, nos la jalamos y ya. Todo por no traer o se me olvidó”.*

Evidentemente para estos hombres, no tener condones disponibles dificulta llevar a cabo la conducta sexual protegida, sin embargo, en ocasiones optan por evitar la penetración sin condón, esto puede ser parte de la autoeficacia o resiliencia que experimentan ante estas situaciones.

Subcategoría V.6: confianza con la pareja

La confianza que tienen con la pareja es un factor que determina el uso o no uso del condón, por ejemplo, P4 comenta que es necesario usar condón, pero no aplica cuando hay confianza: *“es que ya a fuerzas tienes que usar condón a menos que ya conozcas a la persona desde hace tiempo y ya puedes decidir no usar. Si ya conoces a la persona y ves que se porta bien, inspira confianza. Entonces es cuando digo, yo te conozco de tiempo se cómo eres y como te portas, entonces no hay falla si no usamos condón”*.

Por su parte P2 comentó que ha experimentado confianza en algunas de sus parejas sexuales, sin embargo, queda la incertidumbre: *“me depositó confianza y yo se la entregué y de hecho al haber terminado la relación él me hizo una pregunta de que si ¿todo sano? Y entonces yo dije pues si y me metió mi espinilla, me metió la duda de que, si en realidad yo estaba sano, entonces a los días me hice exámenes y pues todo bien”*.

La confianza de pareja entre estos HSHM influye en la decisión consensuada para usar condón o no, a pesar de ello, también experimentan incertidumbre al encontrarse con parejas sexuales que recién conocieron, pues solo está de por medio la palabra y honestidad de cada uno y no algunos datos duros como pueden ser pruebas de laboratorio para descartar posibles infecciones de transmisión sexual.

Subcategoría V.7: consumo de alcohol

El consumo de alcohol entre HSHM influye en el uso del condón, P4 comentó al respecto: *“una vez se me olvidó usar condón porque andaba borracho, ya cuando me di cuenta dije “no pues ya ni modo no usé”. Te gana la calentura y esa vez fue la única ya después cada vez que me embriago mejor me voy para la casa”*. En resumen, el consumo de sustancias tóxicas, específicamente el alcohol merma la capacidad para usar condón. Estos hombres analizan la situación posteriormente y deciden buscar alternativas para evitar en lo posible tener encuentros sexuales bajo la influencia del alcohol.

Categoría VI: Autoeficacia para el uso del condón

La presente categoría se refiere a la capacidad de los HSHM para usar condón y negociar su uso con las parejas sexuales.

Subcategoría VI.1: cuidado del condón

Los HSHM que participaron en el presente estudio han experimentado a lo largo del tiempo, cómo cuidar el condón, por ejemplo P2 mencionó que experimenta preocupación por que se rompa el condón y que esto va pasando con el tiempo: *“el miedo al que se rompa, vas poco a poco experimentando, vas aprendiendo como evitar por ejemplo que se rompa, pues saber que hay que lubricar y esas cuestiones para que no haga tanta fricción y que se rompa el condón, también obviamente vas viendo como que el tipo de marca como que el más estable para uno. Aparentemente los HSHM son auto eficaces para cuidar el condón durante el acto sexual.*

Subcategoría VI.2: abrir, colocar y retirar el condón

Los participantes refieren no tener problemas en cuanto a abrir, colocar y retirar un condón, P1 dijo: *“no me siento con problemas, anteriormente tal vez sí, pero ya después de algo de práctica y ahora no tengo ninguna duda o inseguridad, como colocarlo y evitar que sufra un accidente, que se rompa o algo”*. Por su parte P2 mencionó: *“soy un poquito precavido, un poco a lo mejor inseguro desde el momento que lo estoy abriendo, me preocupa mucho como lo abro, si al momento de jalarlo no vaya yo a romper el condón, desde el momento de cómo me lo estoy poniendo, y de hecho hasta cuando termino, que el condón se encuentre en las condiciones que debe estar al final, hasta el ver cómo se va depositar y todo eso, si soy como, la palabra que yo uso es “pique” en esas situaciones de cómo, con qué, y después cómo me lo retiro soy muy cómo “se tiene que quitar de esta manera”*. También P3 se consideró hábil para ponerse el condón: *“me considero muy hábil, yo lo pongo hasta con la boca y me gusta que hagan ese tipo de cosas, pero no, la gente no sabe a veces, no saben ni abrirlo mucho menos ponerlo”*.

P4 expuso que no se siente inseguro respecto a usar el condón correctamente: *“yo me lo pongo, pero la verdad no sé si sea lo correcto como lo hago. Para quitármelo también no sé si lo hago bien”*. La mayoría de los participantes consideró auto eficaz para usar condón, a pesar de ello, hubo quienes comentaron tener dudas sobre el uso correcto de éste.

Categoría VII: Deseo sexual

La presente categoría se refiere a la aspiración de los HSHM de tener encuentros sexuales placenteros y confiables; desde el deseo por lo físico, la confianza en la relación y los roles sexuales.

Subcategoría VII.1: deseo por lo físico

Los participantes expresaron el deseo por lo corporal, por ejemplo, P2: *“yo soy muy de ver lo corporal de la persona y desde el momento que tú lo ves que se le pone la piel de puntitas, de gallina, entonces saber cómo ir jugando con eso”*. Para ellos es importante el juego previo, lo erótico, P3 comentó al respecto: *“para mí si no me besan, no jalo, si me dicen, no me beses, se me va toda la libido y les digo, vístete y vete, para mí eso es importante”*.

Algunos comentaron lo que más les gusta de hombres y mujeres, sin embargo, hay una inclinación remarcada hacia los hombres, por ejemplo, P4 dijo: *“por el momento me estoy inclinando más por los hombres, no sé realmente, pero me he encontrado muchos que me han gustado, fuertes, hombres y en cuanto a mujeres no he encontrado una que me guste mucho”*. Al respecto P5 comentó: *“cuando entré a la preparatoria y me doy cuenta de que había mujeres que me llaman mucho la atención, que me gustan ciertos atributos, el pelo largo y ciertas complexiones y en los hombres es general, no te puedo decir cierto tipo pero en las mujeres si te lo puedo decir cuáles son las que sí me llaman la atención y en los hombres no te sé decir un prototipo pero si te puedo decir ciertas cosas que me gustan, altura, cabello largo, ciertas complexiones”*.

El deseo por el físico (cuerpo) es parte de la selección de las parejas sexuales de estos hombres, el gusto por las mujeres es selectivo, es decir, las parejas sexuales femeninas deben cumplir con ciertos “requisitos” físicamente hablando, para satisfacer el deseo. Para el caso de las parejas sexuales masculinas, ellas no necesariamente deben contar con un prototipo físico para poder llamar la atención de los HSHM, hay dificultad por parte de los HSHM para explicar cómo tiene que ser físicamente un hombre, pero si comparten el deseo por las corporalidades masculinas (fuertes, altos). Esto podría estar relacionado con la forma en que eligen y se relacionan con sus parejas sexuales.

Subcategoría VII.2: deseo de una relación sexual donde exista confianza

Los participantes mostraron interés por tener una relación sexual basada en la confianza, para ellos es importante tener comunicación en lo sentimental y en lo sexual. P2 comentó al respecto: *“yo creo que la mejor relación sexual es con la confianza, saber que con la persona que estas es una persona de confiar es una persona que se preocupa por ti, que piensa también en lo que tú quieres en la relación no solo en lo que nuestro ser animal quiere, si no pensar en la otra persona, pensar desde el momento que tú le ves una cara como de dolor y decir sabes que, bueno tratar de modificar algo, preguntar ¿estás bien? y esas cuestiones. Yo creo que eso es más como que buscar una relación sexual, esa confianza de decir en el momento sabes que no estoy cómodo, no me gusta así y mejorar o cambiar yo creo que eso me ha pasado con las personas con las que yo creo que muy frecuente o varias veces lo he hecho con ellos en cambio con las que solamente ha sido una vez simplemente es cuidarte”*.

P1 mencionó la importancia de cuidarse y cuidar a la pareja, en una relación sexual: *“tanto la confianza y la responsabilidad, el cuidar tanto a la pareja y que él nos cuide y la honestidad porque como te digo, retomando algo de mi anterior pareja, desde antes de la primera relación con él, tuvo la honestidad y la suficiente confianza de decirme que tenía VIH y eso yo lo aprecié mucho, él pensaba que yo no iba a tener relaciones después de eso y después de que me lo confesó, lo valoré y tuve mejores*

experiencias sexuales con él porque hubo demasiada confianza, honestidad. Eso es lo que yo busco en una relación sexual a parte de seguridad”.

Los HSHM que participaron en el presente estudio, mostraron interés de buscar relaciones sexuales seguras y confiables, es decir, la confianza y comunicación al momento del encuentro sexual es fundamental para satisfacer la necesidad del placer, sin importar incluso los encuentros con personas que viven con VIH.

Subcategoría VII.3: roles sexuales

Los participantes expresaron sus deseos con base en los roles sexuales, algunos mencionaron no tener problemas con los roles sexuales y que experimentan diversos roles, P1 dijo al respecto, *“me desinhibí de los roles, activo, pasivo, inter, yo disfruto coger, ser cogido disfruto el sexo al final de cuentas porque yo perdí una pareja que quería mucho por tontos tabús de ser pasivo o activo, por eso me va y me viene los roles”*. Así mismo P3 comentó: *“Yo no tengo problema de estacionamiento, yo me acoplo, me considero versátil en ese sentido, no siempre me gusta ser pasivo y menos si no me preparo, no me gusta”*.

En contraparte algunos participantes expusieron el rol activo como el único que han experimentado, sin embargo, consideran experimentar otras opciones a futuro, dependiendo de la pareja con la que se relacionen. P2 comentó: *“yo soy activo, solamente en dos ocasiones he intentado, digo he intentado porque no se completó, he intentado ser pasivo fueron las primeras y últimas veces que lo hice, no me agrada eso, no me llama la atención ser ese tipo de rol, mas no lo descarto en un futuro, no descarto que haya después una pareja que me haga experimentar eso, pero en estos momentos mi rol es activo”*. P4 también opinó sobre ello: *“A mí me gusta más ser activo, pero no me cierro a ser pasivo, me he encontrado hombres que solo quieren tomar el rol de activo y es ahí donde a veces no se coincide, si yo me cierro también, no se hace”*. Así mismo P4 explicó cómo se organiza con sus parejas para elegir el rol sexual: *“Empezamos con fajes y ya depende lo que le guste a la otra persona y lo que me guste a mí y si estamos*

de acuerdo lo hacemos si no nos tenemos que aguantar. Por ejemplo, con los hombres me gusta inter, pero soy más activo y con las mujeres solo practico el sexo vaginal y eso porque muchas no les gusta el sexo anal y es ahí donde yo me tengo que aguantar”.

Los roles sexuales que los participantes adoptan dependen en parte de la relación romántica/afectiva que tengan con sus parejas y en la necesidad de tener placer y/o encontrar una persona para establecer un vínculo sentimental. También mostraron que existe un acuerdo o que debe existir compatibilidad con la pareja para poder tomar el rol deseado.

Categoría VIII: Apoyo social.

Se refiere al apoyo que brindan los amigos, familia y otras personas hacia los HSHM referente a la conducta sexual protegida.

Subcategoría VII.1: Divulgación de la conducta bisexual

Este grupo de hombres mostró que la divulgación de la conducta bisexual dependía de las personas cercanas o no, y del espacio público. Al respecto P3 expresó: *“Mis amigos fuera de la universidad todos lo saben, de hecho, lo tengo público en Face, y no me avergüenzo, sin embargo, en facultad si lo escondo mucho y trato de aparentar porque tuve un conflicto en primer semestre por esto, así que en la facultad y en otros lugares me reservo mucho tanto en apariencia, comentarios, cualquier cosa referente al tema”.* Otro participante (P4), comentó que la divulgación de la conducta no es compartida con las parejas sexuales femenina, esto por cuestión de respeto: *“Cuando estoy con una mujer es más difícil estar con un hombre porque uno se dedica nada más a las mujeres, es mejor respetarlas y más si no saben tus gustos”.*

Los HSHM tratan de ocultar la conducta bisexual con algunas personas, esto ocurre principalmente por las algunas experiencias relacionadas al estigma o por evitar conflictos generados con la sociedad. Además, estos hombres tratan de no mostrar la conducta bisexual con sus parejas sexuales femeninas, por cuestiones de respeto y

depende de la persona, esto también es una barrera para que los HSHM se relacionen con hombres, paralelamente.

Subcategoría VIII.2: Apoyo de amigos

El apoyo de los amigos de estos hombres tiene que ver con el apoyo hacia la conducta bisexual, los HSHM perciben aprobación sus amigos cercanos para llevar a cabo la conducta. De ello, P1 comentó: *“Varios amigos saben que soy bisexual, de hecho mis amigos más cercanos, mi núcleo de amistades muy, muy cercano lo han sabido o ya lo saben”*. También, P3 comentó el apoyo de los amigos cercanos, pero no de la familia nuclear: *“Los amigos más cercanos, el resto de la familia, todo mundo lo sabía, encontré más apoyo en otros lados que en la casa”*. Por su parte P2 hizo hincapié en que los amigos apoyan y escuchan sobre temas especiales que tienen que ver con la bisexualidad masculina: *“Me han aceptado, me han apoyado, puedo hablar con ellos a gusto sobre una persona en especial o que algo paso con algo, no tengo problema con eso”*.

El apoyo social que brindan los amigos es importante para los HSHM, en el sentido de que estos hombres tienen más posibilidades de analizar algunos aspectos antes de tomar alguna decisión referente a la conducta sexual, pueden hablar con amigos sobre sus parejas y los problemas sexuales, afectivos y/o románticos que en una relación pueden surgir.

Subcategoría VIII.3: Apoyo de familiares

Referente a el apoyo de la familia, este se centró en el soporte para la preferencia bisexual, P2 comentó que no tiene la necesidad de mostrar su preferencia a sus familiares: *“mi familia no sabe, no sabe que mi preferencia es bisexual, ¿por qué?, porque no sé si sea yo muy frio o no quiera o no tenga necesidad de compartir eso, pero no quiero decirles, no veo la necesidad de decirles algo que a lo mejor probablemente ellos han de sospechar o han de pensarlo”*. Sobre eso P3 comentó la difícil situación que vivió con su familiar: *“Haber revelado a mi mamá mi orientación sexual fue muy*

fuerte, era la única persona que faltaba de confirmárselo, porque ella no lo quería aceptar, fue a los 24 años, fue la última que se enteró porque la relación era muy difícil”. Así mismo, P4 resaltó la experiencia con su familia: “También lo he comentado con mi familia y lo único que me dijeron fue “es tu bronca, tú sabes”, fue hace poco que les dije, hace como tres años. La verdad me costó mucho trabajo decirles porqué mis papás y mis hermanos son muy machistas”.

De forma general, se observó que los HSHM perciben poco o nulo apoyo de los familiares, referente a la conducta o preferencia sexual; además, se enfrentaron con situaciones difíciles cuando divulgaron la conductual bisexual. Los participantes no sienten la necesidad de expresar sus experiencias con sus familiares, esta situación podría explicarse por el ambiente heteronormativo que se desarrolló dentro del núcleo familiar y la cultura machista.

Categoría IX: Discriminación.

Tiene que ver con la discriminación (trato diferente) por motivos de orientación sexual o por la forma de comportarse.

Subcategoría IX.1: Discriminación en la escuela

Únicamente, P1 se encontraba en situación de estudiante, él percibió discriminación por parte de los compañeros de clases, sobre ello comentó: *“yo sí, en la facultad, no tanto por maestros, o personal. Si no más bien por parte de compañeros. Cuando se enteraron en primer semestre, por una compañera que yo le tenía confianza y resultó que la chica nunca me expresó o nunca noté que era homofóbica, nunca me había hecho comentarios hasta en una ocasión o sea que se molestó mucho después de ahí me empezó a agarrar mucho de pique o sea que le molestaba, simplemente”.*

La discriminación hacia los hombres con conductas bisexuales, es considerada un problema psicosocial y usualmente es considerada como un componente de la sindemia que experimentan estos hombres, y que en conjunto con otros factores incrementa la vulnerabilidad hacia la infección por el VIH en este grupo. En este sentido, los

participantes en el presente estudio, percibieron e internalizaron la discriminación por cuestiones de orientación sexual, esto, cómo se mencionó anteriormente podría estar impactando en la capacidad de tomar decisiones que colaboren en la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Subcategoría IX .2: Discriminación en la calle

Referente a la discriminación en la calle, P1 consideró que no tiene problemas con respecto a la orientación sexual, sin embargo, llama la atención que normalizó algunos comentarios recibidos en la calle, por ejemplo, comentó: *“No he tenido un problema, bueno si, comunes en la calle de que la gente te diga maricón o joto”*. Por una parte, los HSHM pueden llegar a percibir en la calle algunos comentarios discriminatorios, esto puede afectar directamente en la conducta de estos hombres. Por otra parte, existe una normalización de algunas conductas de la sociedad, por ejemplo, conductas discriminatorias hacia los HSHM, dado el contexto de la bisexualidad conductual masculina, algunos hombres se “acostumbran” a las diferentes expresiones de violencia.

Subcategoría IX.3: discriminación en el trabajo

En cuanto a la discriminación en el trabajo, P4 comentó sentirse violentado y discriminado por sus compañeros: *“He tenido experiencias en el trabajo, pero yo les digo que yo no vengo a caerte bien, yo vengo a hacer mi trabajo no vengo a que me discriminen ni nada de eso. Al principio si me afectó, pero después dije, bueno no le voy a dar tanta importancia yo vengo a trabajar no vengo a tirarles rollo. En ese momento te sientes mal porque llegas tu trabajo y dicen: “ahí viene ese jotito o mariconcito”, te empiezan a decir”*. Esto hace evidente los problemas de discriminación que los HSHM pueden experimentar en el ámbito laboral. La violencia hacia estos hombres se ve en diferentes formas, los códigos muestran que algunos hombres perciben la discriminación y tienen la capacidad de afrontar positivamente las diferentes situaciones, sin embargo, estas situaciones pueden afectar la salud mental de estos hombres.

Categoría X: Masculinidad

La presente categoría se refiere a las experiencias con los entornos masculinos y el significado de ser hombre.

Subcategoría X.1: Ser hombre

Para los HSHM, ser hombre tiene diversos significados, perciben el concepto “hombre” desde diferentes perspectivas, por ejemplo, P2 comentó al respecto: *“Yo creo que el hombre, puede tener muchos significados, para mi es esa persona que es educada, no solo con la mujer si no con toda la sociedad, que es respetuoso con la comunidad que se rodea”*.

Así mismo, P2 explicó desde su percepción que ser hombre implica ser buena persona y que el término “hombre” tiene que ver con lo físico y con lo genital, y éste deja fuera el sentimiento: *“Yo creo que el hombre va desde ser un buen papá, ser un buen hijo, ser un buen novio, un buen amigo. Creo que la palabra hombre es simplemente un género que se les da simplemente por los aparatos reproductores que tenemos. Pero el hombre debería de incluir muchas terminologías, desde sentimientos porque pueden ser muy hombres hablando que no tienen una orientación sexual, pero es un hombre que quiere muchas esposas, que abraza, un rol de papá mujer que ve a sus hijos muy bien y que se los chifla como si fuera la mamá que a veces hasta hace el ridículo igual que lo hace una mujer o hasta los propios amigos que son heterosexuales que no les importa vestirse de mujer solo porque tienen definido bien su rol, entonces vestirse como mujer en Halloween no lo hace más ni menos hombres. Al igual un hombre gay u homosexual no va a ser menos ni más hombre por simplemente que le guste otro hombre, simplemente es hombre”*.

Por su parte P1 considera que vivió en un ambiente machista y para él, ser hombre tiene que ver con la responsabilidad: *“A mí me criaron en un hogar muy machista, sin embargo, toda la idea que tenía de cómo ser hombre era muy equivocada a como la pienso hoy en día. Por ejemplo, yo de niño veía que mi padre golpeaba a mi*

madre y mi padre siempre me decía que tenía que ser grosero, feo”. Así mismo, comentó que tenía una idea errónea sobre el ser hombre: “Yo viví con una mentalidad muy retrógrada de que era ser hombre, pero para mí ser hombre es ser responsable, saber afrontar las consecuencias de tus actos”.

Otros consideran que el hombre es significado de poder, energía y sobre todo ser diferente a una mujer, al respecto P3 mencionó: *“El ser hombre es la energía constante, poderosa, es una existencia emocionalmente rígida, ser hombre desde lo genital es tener pene, pero desde lo emocional es ser consciente de que eres la fuente creadora, creativa, fuerte, es la energía que soporta, ser hombre implica hacer consciencia de que necesitas compartir, ser hombre significar ser diferente a una mujer”.* También, P5 hizo referencia del poder y rol de proveedor del hombre: *“Ser hombre implica hacerte cargo de lo que culturalmente la gente espera, proveer, dar soporte, acompañar, compartir”.*

Otra construcción de la masculinidad fue con base en el respeto y responsabilidad, P4 dijo: *“Ser un hombre es que respetes a la persona, no importa si un hombre es gay o bisexual, lo importante es que sepas respetar. Muchos dicen: soy hombre y me voy a meter con esta vieja y con aquella y ya se creen hombres por eso, pero eso no es ser hombre al menos para mí no. Un hombre debe respetar a todas las personas, debe ser responsable en la casa, con su familia, sus labores su trabajo y todo eso”.*

Ser hombre desde la concepción de los HSHM, tiene que ver con la educación y el respeto hacia los demás, este concepto está relacionado con el comportamiento “ideal” para con la sociedad y con la familia. Dicho comportamiento muestra al hombre como un ser biológico y social, lo biológico se refiere a los aparatos reproductores que los hace diferentes a las mujeres y que biológicamente el hombre tiende a comportarse diferente, a ser infiel por naturaleza. Desde lo social, consideran que el hombre es un individuo que cuida, protege y provee a los demás.

Subcategoría X.2: Ser reconocido como hombre

Los HSHM consideran que un hombre no necesita ser reconocido socialmente y que la sociedad va cambiando positivamente referente a la bisexualidad, P2 comentó sobre ello: *“Actualmente no es necesario reconocer al hombre, yo creo que la sociedad está cambiando ese concepto de que el hombre tiene que ser ese padre de familia que tenga un buen puesto, sea el director de una empresa y que en esos puestos grandes son los únicos que pueden estar ahí al frente. Creo que la sociedad va cambiando poco a poco, todavía obviamente falta mucho, todavía falta que la sociedad tampoco sea como que muy tajante con ver a una persona que está arriba y sea homosexual o que sea bisexual de hecho el rol bisexual sigue siendo todavía algo muy de closet, así le dicen, versus la homosexualidad”*. Además, P2 también enfatizó que el rol bisexual es un tabú para la sociedad mexicana: *“De hecho, la homosexualidad se está aceptando más ahorita que la bisexualidad, porque la bisexualidad muchos han de pensar que es una “chiflazón” de uno, entre no saber qué es lo que quieres, entonces si comparamos los roles heterosexual, homosexual, bisexual. Sabemos que la bisexualidad sigue siendo un tabú que está todavía muy guardado en la sociedad mexicana”*.

Por su parte, P3 hizo referencia a los hombres necesitan un reconocimiento social un poco diferente, tiene que ver con lo romántico, la comunicación y el sentimiento, muestra la necesidad de ser escuchados, de no auto lastimarse por no poder expresarse: *“Lo que un hombre debe hacer para ser reconocido es que rompa el silencio, porque como hombres a veces no encontramos quien nos escuche y yo creo que tenemos que romper el silencio, porque eso nos ha lastimado mucho como sociedad, como parejas y cómo seres humanos”*.

Los participantes expresaron la necesidad de reconocimiento del hombre ante la sociedad, dicho reconocimiento está centrado en cuestiones no vistas “usualmente” en los hombres. Desde sus experiencias, estos hombres expresaron sobre el comportamiento de los hombres para con la sociedad, es importante para ellos, que se

les reconozca o que se les apruebe romper el silencio, ser cariñosos, recibir apoyo social/emocional y otras formas de actuar que no se les permite o no son “bien vistos” en los hombres dentro de una sociedad.

Resultados mixtos

Para este apartado se utilizó el diseño paralelo convergente, también conocido como triangulación concurrente, tiene como objetivo converger la información cuantitativa y cualitativa. Este método es ampliamente utilizado cuando los investigadores colectan y analizan datos cuantitativos y cualitativos en paralelo, y luego combinan los dos conjuntos de resultados en una interpretación general. El propósito de esto es obtener datos diferentes pero complementarios sobre el mismo tema.

Después de la revisión exhaustiva de las transcripciones, emergieron tres inferencias principales, resultado de la combinación y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, seleccionadas por la importancia sobre la conducta sexual protegida de los HSHM: las barreras, más allá del deseo sexual y la nueva masculinidad, forman parte de las experiencias sexuales de los HSHM.

Barreras

Se refiere a los obstáculos que impiden el uso correcto y sistemático para el uso del condón, en varias transcripciones los participantes hacen énfasis sobre una serie de barreras que contribuyen a no usar condón, por ejemplo: P1 resaltó *“me da mucha vergüenza comprar el condón...me da mucha vergüenza todavía a pesar de que sé que es algo natural y común”*. Mientras que para otros participantes la vergüenza al comprar condones no representa una barrera, pero si el no contar con el recurso económico para adquirirlos, en este sentido P2 comentó *“me agradaba ir a comprar condones porque sentía que cuidaba a mi pareja de esa forma y también yo... mi limitación era el dinero para comprarlos porque algunas marcas si están caras”*.

Otras barreras importantes identificadas fueron “la calentura” del momento y no tener condones disponibles en el momento. P4 expuso: *“una de las complicaciones*

puede ser la calentura que uno puede tener en cualquier lugar y que no vayas preparado y que eso te haga que no uses el condón, que o tenías pensado que va a pasar algo y resulta que ahí andas fajando y quieres llegar al clímax y todas las cuestiones y no traes condón entonces ahí creo que solo faltaría un poco de voluntad propia para detener todo, de decir, no te voy a penetrar porque no hay condón”. P5 dijo: “A mí lo que se me dificulta es cuando no lo tienes a la mano, porque me ha pasado que no traigo y me ha tocado decir, pues ni modo, así, todo por no traer o se me olvidó. Cuando lo traes y no lo usas entonces hay otros factores, es como un acuerdo y es negociable porque en ningún momento es forzado”.

Estos datos complementan los resultados cuantitativos, sugieren que estos hombres se enfrentan con barreras a nivel individual y de pareja que dificultan el uso del condón, lo que impacta directamente en la decisión de llevar conductas sexuales no protegidas.

Más allá del deseo sexual

Se refiere a la necesidad o aspiración de tener encuentros sexuales placenteros y en un entorno de confianza, no solo el deseo por la penetración. Los participantes mencionan que lo que más desean en una relación es el cuerpo físico, la confianza, una persona inteligente y adoptar ciertos roles sexuales. Por ejemplo: P4 comentó: *“me gusta empezar con fajes y ya depende lo que le guste a la otra persona y lo que me guste a mí y si estamos de acuerdo lo hacemos si no nos tenemos que aguantar. Por ejemplo con los hombres me gusta inter, pero soy más activo y con las mujeres solo practico el sexo vaginal y eso porque muchas no les gusta el sexo anal y es ahí donde yo me tengo que aguantar”.* *“Por ejemplo a mí me gusta más ser activo, pero no me cierro a ser pasivo, me he encontrado hombre que solo quieren tomar el rol de activo y es ahí donde a veces no se coincide, si yo me cierro también, no se hace”.*

P5 refirió: *“para mí si no me besan, no jalo, si me dicen, no me beses, se me va toda la libido y les digo, vístete y vete, para mí eso es importante”.* *“No tengo problema*

de estacionamiento, yo me acoplo, me considero versátil en ese sentido, no siempre me gusta ser pasivo y menos si no me preparo, no me gusta”. Por su parte, P2 comentó: “yo creo que la mejor relación sexual es con la confianza, saber que con la persona que estas es una persona de confiar, es una persona que se preocupa por ti, que piensa también en lo que tú quieres en la relación no solo en lo que nuestro ser animal quiere...” “yo soy muy de ver lo corporal de la persona y desde el momento que tú lo ves que se le pone la piel de puntitas, de gallina, entonces saber cómo ir jugando con eso”.

Al respecto P1 comentó: *“cuidar tanto a la pareja y que él nos cuide que sea honesto...retomando algo de mi anterior pareja, él tuvo la honestidad y la suficiente confianza de decirme que tenía VIH y eso yo lo aprecié mucho, él pensaba que yo no iba a tener relaciones después de eso y después de que me lo confesó, lo valoré y tuve mejores experiencias sexuales con él porque hubo demasiada confianza, honestidad. Eso es lo que yo busco en una relación sexual a parte de seguridad”.*

Estos datos apoyan los resultados cuantitativos al ser el deseo sexual un factor asociado en la conducta sexual protegida, los HSHM con puntuaciones más altas en el deseo sexual tienen más posibilidad de practicar relaciones sexuales no protegidas. Estos resultados sugieren que los HSHM experimentan deseo más allá de lo sexual y que esos deseos interfieren en la conducta sexual protegida ya sea de forma positiva o negativa.

La nueva masculinidad

Hace referencia al comportamiento de los hombres de manera comprometida con el cambio, es decir los hombres que rompen el paradigma tradicional y construyen nuevos valores referentes a la masculinidad, pero de forma positiva. Se identificó que los participantes no tienen una visión diferente de lo que implica ser un hombre y el reconocimiento social de este.

Por ejemplo: P2, comentó: *“hombre esa persona que es educada, no solo con la mujer si no con toda la sociedad, que es respetuoso con la comunidad que se rodea”.*

“la palabra hombre debería de incluir muchas terminologías, desde sentimientos porque pueden ser muy hombres hablando que no tienen una orientación sexual, pero es un hombre que quiere mucho a su esposa, que abraza, un rol de papá mujer que ve a sus hijos muy bien y que se los chifla como si fuera la mamá...” “hasta los propios amigos que son heterosexuales que no les importa vestirse de mujer solo porque tienen definido bien su rol, entonces vestirse como mujer en Halloween no lo hace más ni menos hombres. Al igual un hombre gay u homosexual no va a ser menos ni más hombre por simplemente que le guste otro hombre, simplemente es hombre”.

P2 enfatizó: “Yo creo que la sociedad está cambiando ese concepto de que el hombre tiene que ser ese padre de familia que tenga un buen puesto, sea el director de una empresa y que en esos puestos grandes son los únicos que pueden estar ahí al frente. Creo que la sociedad va cambiando poco a poco, todavía obviamente falta mucho, todavía falta que la sociedad tampoco sea como que muy tajante con ver a una persona que está arriba y sea homosexual o que sea bisexual de hecho el rol bisexual sigue siendo todavía algo muy de closet, así le dicen, versus la homosexualidad”.

Por su parte P1 mencionó: “yo viví con una mentalidad muy retrógrada de que era ser hombre, pero para mí ser hombre es ser responsable, saber afrontar las consecuencias de tus actos, cuidarte y cuidar a los demás”. Referente al reconocimiento de los hombres, P5 dijo: “lo único que considero que un hombre debe hacer para ser reconocido es que rompan el silencio, porque como hombres a veces no encontramos quien nos escuche y yo creo que tenemos que romper el silencio, porque eso nos ha lastimado mucho como sociedad, como parejas y cómo seres humanos”. “Ser un hombre es que respetes a la persona, no importa si un hombre es gay o bisexual, lo importante es que sepas respetar. Muchos dicen: soy hombre y me voy a meter con esta vieja y con aquella y ya se creen hombres por eso, pero eso no es ser hombre al menos para mí no. Un hombre debe respetar a todas las personas, debe ser responsable en la casa, con su familia, sus labores su trabajo y todo eso”.

Estos resultados apoyan los mostrados en el apartado cuantitativo, cuanto mayor es la masculinidad menor probabilidad hay de realizar conductas sexuales no protegidas. Los HSHM que participaron en las encuestas cuantitativas tuvieron una media en la masculinidad por debajo del punto intermedio, esto quiere decir que al igual que en los datos cualitativos, estos hombres tienden a tener puntuaciones bajas referente a las normas masculinas o bien, utilizan la masculinidad para realizar cambios positivos en su conducta sexual.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio utilizó métodos cuantitativos y cualitativos para examinar los factores que contribuyen en la conducta sexual protegida de los HSHM. A continuación se presenta la discusión de los resultados con base en las variables planteadas, se discute el resultado obtenido de los objetivos, intercalando las variables que de acuerdo con la literatura se vinculan con la conducta sexual protegida. Así mismo, se presentan las conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Las variables de más importancia son la base para la discusión en el presente estudio.

Los análisis cuantitativos muestran que la media de edad de los participantes es similar a otros estudios realizados en México (Jiménez, 2018; Valdez, 2015), esto puede deberse a la zona en que se realizaron las investigaciones y a las metodologías similares empleadas, además de que estos estudios indagaron en el fenómeno de la conducta sexual. La mayoría de los participantes de este estudio reportaron estar solteros, estudio similar reportó características similares al respecto (Jiménez, 2018). Con base en la educación de los participantes, la mayoría tenía estudios de licenciatura, esto también fue similar con estudios previos que indican que estos hombres han reportado niveles medios y altos de educación (Raxachi et al., 2007; Valdez, 2015).

Lo que corresponde al inicio de vida sexual activa, la media de la edad de inicio de estos hombres fue de 17 años, este dato coincide con lo estimado en México, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUD, 2012), donde se identifica que la edad de inicio es antes de los 20 años. Además, lo encontrado en el presente estudio concuerda con Valdez (2015) y Jiménez (2018), quienes reportan la edad de inicio de 16 años. El inicio temprano de las relaciones sexuales puede tener consecuencias negativas ya que esta se encuentra asociada con el uso inconsistente de condón y con uso de sustancias que podrían interferir en la práctica sexual protegida (Magis-Rodríguez, et al., 2005). Lo que corresponde a la edad de inicio para el uso del condón, se encontró una

media de 18 años, este hallazgo es interesante dado que se puede deducir que la mayoría de los participantes no usaron condón en su primera relación sexual, si no hasta un año después.

Al respecto, esta situación los pudo haber colocado en mayor riesgo de infecciones por el VIH en los primeros años de vida sexual activa, así mismo, las parejas sexuales de los HSHM en el último año fueron de siete parejas en promedio. Este número es menor a lo reportado a estudios citados anteriormente (Jiménez, 2018; Valdez, 2015), quienes reportan en su estudio 12 y 10 parejas en el último año, respectivamente. Esta diferencia podría deberse a la manera en que los HSHM se relacionan sus parejas, a diferencia de otros hombres, estos tienden a elegir a sus parejas de forma distinta, dado que caen en el ocultamiento y en ocasiones no frecuentan sitios sociales por la angustia de ser estigmatizados o señalados. Esto reduce la posibilidad de tener encuentros sexuales ocasionales o situacionales.

Referente al objetivo número uno que tiene que ver con identificar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influyen en la conducta sexual protegida, se encontró que para este caso, únicamente el distrés psicológico se asoció con la conducta sexual protegida, esto indica que los HSHM con menor distrés psicológico tienen mayor posibilidad de realizar conductas sexuales protegidas. Esto coincide con lo reportado por Agnew-Brune et al. (2019), quienes identificaron que algunos componentes de la salud mental están relacionados con la conducta sexual de riesgo. Identificaron que los hombres que tienen deterioro en la salud mental y muestran síntomas depresivos, ideación suicida e intento de suicidio, tuvieron más posibilidad de llevar a cabo coito anal sin condón. Al respecto, Semple et al. (2017), señalan que los HSHM que tienen alteraciones en la salud mental (depresión) conllevan consecuencias negativas en la salud sexual, estos hombres reportan más actos sexuales anales sin condón con parejas masculinas en los últimos dos meses. Los resultados encontrados en la presente investigación, como se esperaba,

muestran datos interesantes en donde existe una relación estrecha entre el distrés psicológico y la conducta sexual. Este grupo de hombres, especialmente se enfrentan con cuestiones psicosociales que modelan su comportamiento, dado que se encuentran muchas veces bi- invisibilizados y estigmatizados como un puente de transmisión que afecta a otras poblaciones (Jeffries, 2014).

En el objetivo dos, se buscó identificar si el uso del condón en la primera relación sexual, edad, homofobia internalizada, distrés psicológico y vitalidad, influían en los beneficios, barreras, autoeficacia para el uso del condón y en el deseo sexual. Referente a los beneficios del uso del condón, se encontró que la única variable que influyó en ellos fue la homofobia internalizada. Si bien existe escasa literatura sobre la influencia de la homofobia sobre los beneficios del uso del condón, estos resultados podrían explicarse en parte porque la homofobia internalizada es una variable que está asociada estrechamente con las conductas sexuales de riesgo (Hernández, Caudillo, & Flores, 2018) y uno de los aspectos más importantes es la relación que tiene con el sexo anal sin condón.

Dada la estrecha relación de la homofobia internalizada con la conducta sexual de riesgo, se deduce que los hombres que participaron en este estudio con experiencias de homofobia internalizada, no percibieron los beneficios del uso del condón y probablemente tienen mayor posibilidad de optar por tener relaciones sexuales sin protección. Es interesante para futuras investigaciones indagar sobre el posible papel mediador de los beneficios del uso del condón entre la homofobia y la conducta sexual de riesgo.

Lo que respecta a las barreras para el uso del condón, se identificó que el distrés psicológico influyó en esta variable. Dicha relación indica que los HSHM con menos distrés psicológico tienen más posibilidad de percibir menos barreras para el uso del condón. Estos resultados concuerdan en parte con el estudio realizado por Agnew-Brune et al. (2019), quienes identificaron que el distrés psicológico es una variable de suma

importancia en la toma de riesgos sexuales, es este caso el percibir mayores barreras para el uso del condón evidentemente conlleva a la adopción de conductas sexuales de riesgo. Iguala que en el caso anterior, existe poca evidencia de la relación distrés psicológico – barreras para el uso del condón, sin embargo, los resultados del presente estudio pueden justificarse por una posible función mediadora de las barreras para el uso del condón entre el distrés psicológico y la conducta sexual de riesgo. Al respecto, Semple et al. (2017), identificaron que los hombres que tuvieron relaciones sexuales anales sin condón con parejas masculinas en los últimos dos meses tuvieron deterioro en la salud mental, específicamente con niveles altos de distrés psicológico.

Para la autoeficacia del uso del condón, la homofobia internalizada nuevamente fue una variable predictora. En el presente estudio, los HSHM con mayor homofobia internalizada tienen menos posibilidad de ser auto eficaces para el uso del condón. Como se ha mencionado en casos anteriores, al igual que los beneficios y barreras para el uso del condón, la autoeficacia podría estar mediando la relación de la homofobia con la conducta sexual de riesgo o protegida (Jeffries et al., 2013).

Por último, la edad y la homofobia internalizada influyeron en el deseo sexual. Estos resultados muestran que los HSHM que tuvieron mayor edad tienen más posibilidad de experimentar deseo sexual más fuerte y quienes tuvieron niveles altos de homofobia internalizada tuvieron más posibilidad experimentar deseo sexual más bajo. Este resultado es similar a los encontrados por Prestage et al (2013), quienes muestran que los hombres con mayor edad tienen búsqueda de sensaciones sexuales y son los que reportan más prácticas sexuales en comparación con los hombres de menor edad.

Lo que respecta al objetivo general del presente estudio, se encontró que del total de las variables del modelo propuesto, el distrés psicológico, barreras para el uso del condón, deseo sexual, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso con el uso del condón, resultaron significativas y explican el 25% de la varianza. Este resultado sugiere que en conjunto estas variables influyen en la conducta sexual protegida de los HSHM,

esto podría explicarse de forma general por los supuestos del MPS de Pender (2011), dado que éste ayuda en la comprensión del complejo proceso bio-psico-sociocultural donde interviene el comportamiento, las motivaciones y actitudes que llevan al individuo a tomar decisiones respecto a su salud.

De manera específica, la influencia del estrés psicológico sobre la conducta sexual protegida puede explicarse por la sindemia que experimenta este grupo de hombres, se ha identificado en la literatura que existen problemas psicosociales (sindemia) como lo son los problemas en la salud mental (estrés, ansiedad, etc) que aumentan la vulnerabilidad para la adquisición del VIH (Santos et al., 2014; Stall et al., 2003). Este hallazgo concuerda con lo reportado por diversos autores (Agnew-Brune et al., 2019; Semple et al., 2017), quienes encontraron que los problemas en la salud mental explican el uso inconsistente del condón en las diversas prácticas sexuales y el sexo anal sin condón.

Respecto a las barreras para el uso del condón, los resultados del presente estudio concuerdan con lo reportado por Pinyaphong et al. (2018), dado que estos autores encontraron que aquellos hombres que perciben más probabilidad de no usar condón. Este resultado puede explicarse porque las principales barreras para el uso del condón que experimenta este grupo es la búsqueda de placer y el consumo de alcohol y drogas (Hubach et al. 2013), lo que podría estar mermando el uso consistente del condón. El deseo sexual fue otra variable predictora, este resultado es apoyado por la literatura, dado que dicha variable se asocia con la conducta sexual en los HSHM (Holmberg & Blair, 2009). En este sentido, este resultado puede deberse a que el deseo sexual es parte de la sexualidad de las personas, está estrechamente relacionado con el placer (López, 2018) y la excitación (Sierra et al., 2019).

Referente a la masculinidad, se encontró asociación negativa y significativa con la conducta sexual protegida, esto permite deducir que mientras más conductas masculinas existe mayor posibilidad de que se tomen riesgos sexuales. En este sentido,

LaPollo et al. (2014) y Muñoz et al. (2015), sugieren que las conductas masculinas están asociadas con la búsqueda de sensaciones sexuales, con la forma en que se organizan con sus parejas para encuentros y con un mayor número de parejas sexuales. Además, esto puede explicarse por el contexto mexicano en donde se llevó a cabo la presente investigación, en este sentido, en el país existen ideologías conservadoras y los hombres mexicanos ven la sexualidad como una de las principales formas de representar y reafirmar la masculinidad, dado que esta ayuda a “mostrar” el poder masculino (Rojas, 2012).

En cuanto a la heteronormatividad, los resultados del presente estudio muestran dinámicas interesantes, la asociación positiva de esta variable muestra que mientras más heteronormativos sean los HSHM (apegarse a normas sociales de la heterosexualidad), más posibilidades tienen de usar condón en sus relaciones sexuales. Esto de alguna manera es similar a lo reportado en estudios previos (Muñoz-Laboy et al., 2014), quienes reportaron que este grupo de hombres se relacionan con sus parejas sexuales femeninas en espacios públicos y por el contrario, se esconden de la sociedad para tener encuentros sexuales con otros hombres. Esto hace pensar que a pesar de que estos hombres buscan encuentros homosexuales y diversas parejas sexuales (Meanley et al., 2018), las normas heterosexuales de las que se rigen, no les permiten desinhibirse respecto a las relaciones homosexuales por lo que optan por usar más el condón, esto podría deberse al miedo de ser descubiertos dentro de la sociedad y al estigma de las relaciones homosexuales.

Lo que respecta al compromiso del uso del condón, como se esperaba, se encontró que esta variable influye en la adopción de la conducta sexual protegida (uso de condón), este resultado sugiere que mientras mayor compromiso para usar el condón haya, habrá más posibilidades de llevar a cabo la acción. Esto puede explicarse por lo postulado por Pender et al. (2011), quienes describen esta dinámica como la intención de

un comportamiento particular de la salud, este compromiso ayuda a estos hombres a generar un plan de acción para usar condón en un momento y lugar determinado.

Los datos cualitativos revelaron la mayoría de los participantes iniciaron su vida sexual activa con una mujer, como se comentó anteriormente, esto pudiera deberse a las normas heteronormativas que existen en la sociedad, esto de alguna manera genera conflicto entre los HSHM al momento de elegir a sus parejas sexuales. Así mismo, se identificó que la mayoría de los participantes ha experimentado relaciones sexuales no consensuadas, al igual que las mujeres, algunos hombres pueden ser víctima de violencia sexual que se ha observado constantemente en el contexto latinoamericano.

Referente al uso del condón en la primera relación sexual, los participantes señalaron que usaron condón en su primera relación sexual, sin embargo, hubo quienes expresaron no haber utilizado condón, esto puede explicarse por diversas barreras percibidas para usar este método de barrera, por ejemplo la situación del momento, por decisión, por la búsqueda de placer y por el conocimiento de este (Pinyaphong et al., 2018; Valdez, 2015). En este sentido, se identificó que los participantes están comprometidos para usar condón, sin embargo, nuevamente las barreras para el uso del condón están mermando su uso.

Sobre esto, algunos participantes mencionaron no usar condón con mujeres por el factor confianza, con ellas se sienten con la confianza de no ser traicionados, pero, con las parejas masculinas es distinto, no usar condones con hombres resultó para los participantes difícil de expresar, dado que la veces que no usaron condón lo atribuyen a la situación. Esto pudiera explicarse porque en ocasiones este grupo de hombres se esconde para tener encuentros sexuales con parejas masculinas (Jeffries et al., 2013) lo que de alguna manera permite deducir que muchas veces no planean tener relaciones sexuales y lo hacen situacionalmente, aprovechando las oportunidades.

Otro aspecto importante, se identificó que estos hombres no utilizaron condón cuando practicaron sexo oral, con ni una de sus parejas sexuales, incluyendo hombres

(insertivo y receptivo) y mujeres. Este hecho, como lo expresaron los participantes, fue por decisión propia o de pareja, esto de alguna manera hace pensar que no les dan importancia a otras infecciones de transmisión sexual y que la principal preocupación es la infección por el VIH.

Referente a los beneficios para el uso del condón, los participantes mencionaron como principal beneficio el poder prevenir infecciones de transmisión sexual y cuidar sus parejas. En contraparte, las barreras percibidas para el uso del condón fueron más en comparación con los beneficios. Este grupo de hombres identificaron que la excitación sexual, no tener disponible condones en situaciones específicas, el consumo de alcohol y la confianza de la pareja, contribuyeron en la adopción de conductas sexuales de riesgo. Estos resultados son consistentes con los reportados por diversos autores (King et al., 2014), donde se puede observar que cuidarse de infecciones de transmisión sexual es primordial y coadyuva en la adopción de conductas sexuales protegidas. Así mismo, la literatura muestra que las principales barreras para el uso del condón son la búsqueda de placer, el consumo de alcohol y la espontaneidad del encuentro sexual (Hubach et al., 2013; Pinyaphong et al., 2018).

Otro aspecto es la autoeficacia para el uso del condón, sobre esto, los participantes consideran que son auto eficaces para usar preservativos especialmente al momento de colocarlo y retirarlo, sin embargo mostraron incertidumbre sobre la posibilidad de que el condón se rompa, sobre esto, mostraron cierta inseguridad por si lo están usando correctamente.

El deseo sexual fue un constructo importante en el fenómeno de la conducta sexual de estos hombres, sobre esto, el deseo sexual influyó en la forma de seleccionar a sus parejas sexuales, los participantes expresaron deseos sexuales más fuertes por lo físico, específicamente en las corporalidades masculinas, sin embargo, para estos hombres eran importantes las practicas eróticas previo a la penetración en sus relaciones tanto para con las parejas masculinas como para las femeninas. Este resultado concuerda

con lo descrito por Holmberg y Blair (2009), quienes reportaron que existe deseo sexual más fuerte en hombres que tienen relaciones homosexuales en comparación con los hombres que tenían relaciones heterosexuales. Esto podría explicarse por diversos factores que contextuales (invisibilidad y ocultamiento) en los que viven estos hombres.

Otro aspecto importante relacionado al deseo sexual fue el que los participantes mostraron el interés o deseo de tener una pareja sexual donde exista confianza y honestidad, con la finalidad de cuidarse y cuidar a la pareja. Esto podría explicarse por los componentes del amor (intimidad, deseo y compromiso), que son importantes en las relaciones interpersonales, por ejemplo, el respeto interpersonal y la capacidad de armonizar los derechos propios con los de la otra persona, son clave en las relaciones de pareja (Capafons &, Sosa, 2015).

El apoyo social fue importante para este grupo de hombres, especialmente el apoyo de amigos y familiares, de estos, el más importante fue el apoyo de amigos, dado que los amigos representan un soporte para la toma de decisiones para realizar la conducta sexual. Así mismo, los amigos son el principal apoyo en la divulgación de la conducta bisexual. Lo que respecta al apoyo familiar, a pesar de que es importante para ellos, los HSHM no perciben el apoyo familiar, dado que de alguna manera no comparten con ellos sobre su conducta bisexual y las decisiones sobre su sexualidad. Esto podría explicarse nuevamente por el contexto en el que se desenvuelven estos hombres, las reglas heteronormativas (Muñoz-Laboy et al., 2012) y el binarismo de género no permiten la apertura de este grupo poblacional, sobre las necesidades sexuales y las relaciones interpersonales.

Los HSHM experimentaron alguna forma de discriminación, los participantes compartieron sus experiencias, sobre los lugares en donde fueron tratados de forma discriminatoria. Al igual en estudios previos (Ortiz & García, 2005), la escuela, el trabajo y la calle son espacios poco seguros para las poblaciones clave, en este sentido, este grupo de hombres fueron discriminados por cuestiones de orientación sexual. Esto

puede llegar a tener repercusiones en diferentes aspectos de la vida cotidiana incluido el ámbito de la salud sexual, esto por la falta de oportunidades o tratos diferentes al resto de la población (Scher, 2016).

Otra variable importante fue la masculinidad, el análisis cualitativo permitió identificar dos subcategorías, ser hombre y el reconocimiento como hombre. En este sentido, los HSHM consideraron por un lado, que ser hombre conlleva diversas responsabilidades y conductas que se apeguen a una sociedad, en donde el principal objetivo es ser fuerte, cuidador y proveedor de bienes. Por otro lado, la necesidad de ser escuchados como hombres con necesidades afectivas y capaces de recibir apoyo, y que esto de alguna manera les permita cambiar el comportamiento en pro de la salud sexual.

La combinación de ambas metodologías permitió que los resultados del estudio se complementaran entre sí, las variables sobresalientes en este análisis fueron las barreras para el uso del condón, el deseo sexual y la masculinidad (con una nueva perspectiva). Como se ha mencionado anteriormente, las barreras para el uso del condón constituyen una parte importante en el comportamiento de la salud sexual, ya que de alguna manera contribuye en la decisión de no usar condón. Tanto en el análisis cuantitativo como en el cualitativo, las barreras se asocian con la conducta sexual de riesgo.

El deseo sexual resultó ser un factor asociado en la conducta sexual protegida. La combinación de ambas metodologías permitió identificar que los HSHM experimentan deseo más allá de lo sexual (lo que no se pudo visualizar con el resultado cuantitativo), esto puede interferir en la conducta sexual protegida ya sea de forma positiva o negativa.

Lo que respecta a la masculinidad, nuevamente, la metodología mixta permitió evaluar esta variable con otra perspectiva, considerando a los participantes y no solo con base en un comportamiento evaluado a través de un instrumento. Dada la complejidad para la evaluación de la masculinidad, la metodología mixta se considera una herramienta adecuada en fenómenos similares, al respecto, la triangulación de los datos

muestran que los hombres que participaron en la presente investigación, a pesar de que viven en el contexto de la hipermasculinidad y adoptan comportamientos de “hombre”, también rompen el paradigma tradicional y construyen nuevos valores referentes a la masculinidad, pero de forma positiva (lo que se le denomina, la nueva masculinidad).

Limitaciones del estudio

Los resultados de la presente investigación deben considerarse en el contexto de algunas limitaciones. Debido al tipo de muestreo empleado de tipo no probabilístico, no deben generalizarse a todos los HSHM de México.

El estudio fue de tipo transversal lo que no permite inferir causalidad en las asociaciones observadas.

Los instrumentos para evaluar la conducta sexual y los factores relacionados, en esta población, son limitados.

Dado el tiempo (limitado) en que se realizó el estudio, el diseño empleado y las características de los participantes (población oculta), resultó compleja la recolección de los datos y lograr el tamaño muestral.

Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo explicar los factores asociados con la conducta sexual protegida en los HSHM, se utilizó el diseño con métodos mixtos que permitió integrar ambas metodologías y resultó adecuado para abordar de forma diferente pero complementaria este fenómeno. Además, permitió abrir nuevas brechas para la formulación de nuevas hipótesis con nuevas perspectivas que ayuden ampliar el alcance de las investigaciones sobre este fenómeno. Los resultados encontrados permitieron concluir que los HSHM que participaron en este estudio representan a una población única con necesidades específicas. Además, es importante enfatizar que los estudios realizados respecto a la conducta sexual que experimentan estos hombres, muestran resultados interesantes que aportan al cuerpo de conocimiento para

comprender mejor la conducta sexual de este grupo, sin embargo, no permiten concluir al respecto.

En México existe escaso conocimiento sobre la conducta sexual en este grupo de hombres lo que es necesario seguir indagando sobre la temática, ya que presentan importantes disparidades en salud que tienen que ver con una gran cantidad de factores sociales y contextuales que podrían estar asociados con el riesgo de adquirir el VIH.

Con base en los resultados de la presente investigación, se concluye que del modelo propuesto, el estrés psicológico, barreras para el uso del condón, deseo sexual, masculinidad, heteronormatividad y el compromiso con el uso del condón, influyen en la conducta sexual protegida. Así mismo, el análisis de contenido en la metodología cualitativa, el cual partió del MPS permitió abordar el fenómeno de forma diferente que permite concluir el abordaje cualitativo en este fenómeno nos permite considerar aspectos intrínsecos para futuras investigaciones.

En la triangulación de los datos, las variables más importantes fueron las barreras para el uso del condón, el deseo sexual y la masculinidad. Esto, permite concluir que los métodos mixtos son adecuados en el fenómeno de la conducta sexual, especialmente en esta población que demostró una necesidad de ser escuchados y visibilizados.

Recomendaciones

Se recomienda realizar investigaciones similares tomando en cuenta las limitaciones del presente estudio.

Trabajar en pro de la creación de instrumentos validados en esta población específica.

Considerar un marco teórico desde la perspectiva de una teoría de acción específica.

Considerar los resultados del presente trabajo, para la creación de nuevas hipótesis que vayan encaminadas al aporte de nuevo conocimiento para la creación de futuras intervenciones que promuevan la adopción de conductas sexuales seguras.

Referencias

- Agnew-Brune, C. B., Balaji, A. B., Mustanski, B., Newcomb, M. E., Prachand, N., Braunstein, S. L., & Broz, D. (2019). Mental health, social support, and HIV-related sexual risk behaviors among HIV-negative adolescent sexual minority males: three US cities, 2015. *AIDS and Behavior*, 1-8.
- Agronick, G., Odonnell, L., Stueve, A., San Doval, A., Duran, R., & Vargo, S. (2004). Sexual behaviors and risks among bisexually-and gay-identified young Latino men. *AIDS and Behavior*, 8(2), 185-197.
- Amirkhanian, Y., Kelly, J., Takacs, J., Kuznetsova, A., DiFranceisco, W., Mocsonaki, L., Toth, T. (2009). HIV/STD prevalence, risk behavior, and substance use patterns and predictors in Russian and Hungarian sociocentric social networks of men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 21(3), 266-279.
- Arabi-Mianrood, H., Hamzehgardeshi, Z., Khoori, E., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Influencing factors on high-risk sexual behaviors in young people: an ecological perspective. *International journal of adolescent medicine and health*.
- Baggaley, R. F., White, R. G., & Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International journal of epidemiology*, 39(4), 1048-1063.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Llario, M. D. G., & Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the spanish population. *Journal of sex & marital therapy*, 39(6), 526-540.
- Bamberger, M. (2012). Introduction to mixed methods in impact evaluation. Impact evaluation notes. The Rockefeller foundation. Recuperado en: [3https://www.interaction.org/sites/default/files/Mixed%20Methods%20in%20Impact%20Evaluation%20\(English\).pdf](https://www.interaction.org/sites/default/files/Mixed%20Methods%20in%20Impact%20Evaluation%20(English).pdf)

- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A., Walters, R. H., & Riviere, A. (2007). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial Sa.
- Barker, M., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, H., & Plowman, T. (2012). *El informe sobre Bisexualidad: Inclusión bisexual en igualdad y diversidad del LGBT*. Open Univ., CCIG.
- Barker, M., Yockney, J., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, H., & Plowman, T. (2012). Guidelines for researching and writing about bisexuality. *Journal of Bisexuality*, 12(3), 376-392.
- Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Romero, M., Conde-Glez, C. J., & Sosa-Rubí, S. G. (2013). Is the HIV epidemic stable among MSM in Mexico? HIV prevalence and risk behavior results from a nationally representative survey among men who have sex with men. *PloS one*, 8(9), e72616.
- Benfield, J. A., & Szlemko, W. J. (2006). Internet-based data collection: Promises and realities. *Journal of Research Practice*, 2(2).
- Benotsch, E. G., Kalichman, S. C., & Kelly, J. A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addictive behaviors*, 24(6), 857-868.
- Blanc, A., Rojas, A. J., & Sayans-Jiménez, P. (2017). Erotofobia-erotofilia, asertividad sexual y deseo sexual de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución. *Revista Internacional de Andrología*, 15(1), 15-22.
- Black, D. W. (1998). Compulsive sexual behavior: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 4(4), 219-229.

- Blumstein, P. & Schwartz, P. (1983). *American couples: Money, work, sex*. New York: Morrow.
- Bonilla-Jimenez, F. I., & Escobar, J. (2017). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica.
- Bourne, A., Hammond, G., Hickson, F., Reid, D., Schmidt, A. J., & Weatherburn, P. (2013). What constitutes the best sex life for gay and bisexual men? Implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, *13*(1), 1083.
- Bruce, D., Harper, G. W., Fernández, M. I., Jamil, O. B., & Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. (2012). Age-concordant and age-discordant sexual behavior among gay and bisexual male adolescents. *Archives of sexual behavior*, *41*(2), 441-448.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). Cap. Población y muestras de investigación. *Investigación en Enfermería*, 5ª Edición, Elsevier Saunders. Pp. 296-333.
- Carpintero, E., & Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del “Sexual Opinion Survey” (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, *31*, 52-61.
- Castro Calvo, J., Ballester Arnal, R., & Gil Llario, M. D. (2015). Compulsividad sexual. Convergencia y prevalencia entre medidas.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 1er. trimestre del 2019
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (2012). El VIH/sida en México 2012.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA]. (2017). La epidemia del VIH y el sida en México. *Hoja informativa*. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

- Charnigo, R., Crosby, R. A., & Troutman, A. (2010). Psychosocial constructs associated with condom use among high-risk African American men newly diagnosed with a sexually transmitted disease. *Annals of Behavioral Medicine, 39*(3), 303-310
- Chavero, M. (2017). Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Revista Psicología y Salud, 27*(1).
- Chu, S. Y., Peterman, T. A., Doll, L. S., Buehler, J. W., & Curran, J. W. (1992). AIDS in bisexual men in the United States: epidemiology and transmission to women. *American journal of public health, 82*(2), 220-224.
- Closson, K., Lachowsky, N. J., Cui, Z., Shurgold, S., Sereda, P., Rich, A., ... & Hogg, R. S. (2016). Does age matter? Sexual event-level analysis of age-disparate sexual partners among gay, bisexual and other men who have sex with men (GBM) in Vancouver, Canada. *Sex Transm Infect, sextrans-2016*.
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals, 22*(6), 320-325.
- Crepaz, N., Marks, G., Mansergh, G., & Murphy, S. (2000). Age-related risk for HIV infection in men who have sex with men: examination of behavioral, relationship, and serostatus variables. *AIDS Education and Prevention, 12*(5), 405.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika, 16*(3), 297-334.
- Crosby, R. A., Salazar, L. F., Mena, L., & Getter, A. (2016). Associations between internalized homophobia and sexual risk behaviors among young black men who have sex with men. *Sexually transmitted diseases, 43*(10), 656-660.
- Dawson, S. J., & Chivers, M. L. (2014). Gender differences and similarities in sexual desire. *Current Sexual Health Reports, 6*(4), 211-219.
- Dodge, B., Schnarrs, P. W., Reece, M., Martinez, O., Goncalves, G., Malebranche, D., ... & Fortenberry, J. D. (2011). Sexual behaviors and experiences among

- behaviorally bisexual men in the midwestern United States. *Archives of sexual behavior*, 42(2), 247-256.
- Dodge, B., Schnarrs, P. W., Reece, M., Martinez, O., Goncalves, G., Malebranche, D., ... & Fortenberry, J. D. (2013). Sexual behaviors and experiences among behaviorally bisexual men in the midwestern United States. *Archives of sexual behavior*, 42(2), 247-256.
- Doll, L. S., & Beeker, C. (1996). Male bisexual behavior and HIV risk in the United States: synthesis of research with implications for behavioral interventions. *AIDS Education and Prevention*.
- Doyle, S. R., Calsyn, D. A., & Ball, S. A. (2009). Factor structure of the Condoms Barriers Scale with a sample of men at high risk for HIV. *Assessment*, 16(1), 3-15.
- Duby, Z., & Colvin, C. (2014). Conceptualizations of heterosexual anal sex and HIV risk in five East African communities. *The Journal of Sex Research*, 51(8), 863-873.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso Salud-enfermedad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(4), 453-60.
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. & Crece, M. K. (2000). *Paquete Estadístico n´Query Advisor* ® (Versión 4.0). Copyright [Software Estadístico para PC]. Los Angeles C. Statical Solutions.
- Ellen, J. M., Greenberg, L., Willard, N., Stines, S., Korelitz, J., & Boyer, C. B. (2015). Cross-sectional survey comparing HIV risk behaviours of adolescent and young adult men who have sex with men only and men who have sex with men and women in the US and Puerto Rico. *Sex Transm Infect*, 91(6), 458-461.

- Estrada, J. H., & Vargas, L. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (mde) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al vih: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3).
- Evans, J. R., & Mathur, A. (2005). The value of online surveys. *Internet research*, 15(2), 195-219.
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Lawrence Erlbaum Assoc Incorporated.
- Fernando, D. (2017). Men who have sex with men and women (MSMW), biphobia and the CDC: A bridge ignored? *Preventive medicine*, 105, 368-369.
- Fleming, P. J., DiClemente, R. J., & Barrington, C. (2015). Masculinity and HIV: Dimensions of masculine norms that contribute to men's HIV-related sexual behaviors. *AIDS and Behavior*, 20(4), 788-798.
- Friedman, M. R., Stall, R., Silvestre, A. J., Mustanski, B., Shoptaw, S., Surkan, P. J., & Plankey, M. W. (2014). Stuck in the middle: longitudinal HIV-related health disparities among men who have sex with men and women (MSMW). *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 66(2), 213.
- Friedman, M. R., Stall, R., Plankey, M., Shoptaw, S., Herrick, A. L., Surkan, P. J., & Silvestre, A. J. (2016). Stability of bisexual behavior and extent of viral bridging behavior among men who have sex with men and women. *Archives of sexual behavior*, 46(4), 903-912.
- Friedman, M. R., Wei, C., Klem, M. L., Silvestre, A. J., Markovic, N., & Stall, R. (2014). HIV infection and sexual risk among men who have sex with men and women (MSMW): a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(1), e87139.

- Frost, D. M., Meyer, I. H., & Schwartz, S. (2016). Social support networks among diverse sexual minority populations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(1), 91.
- Gafos, M., Horne, R., Nutland, W., Bell, G., Rae, C., Wayal, S., ... & McOwan, A. (2018). The Context of Sexual Risk Behaviour Among Men Who Have Sex with Men Seeking PrEP, and the Impact of PrEP on Sexual Behaviour. *AIDS and behavior*, 1-13.
- García, G. L. (2001). Conducta sexual y reproducción. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 53.
- García-Vega, E., Rico, R., & Fernández, P. (2017). Sex, gender roles and sexual attitudes in university students. *Psicothema*, 29(2), 178-183.
- Golub, S. A., Starks, T. J., Payton, G., & Parsons, J. T. (2012). The critical role of intimacy in the sexual risk behaviors of gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 16(3), 626-632.
- Gorguet Pi, I. C. (2010). *Comportamiento sexual humano*. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.
- Grov, C., Golub, S. A., Mustanski, B., & Parsons, J. T. (2010). Sexual compulsivity, state affect, and sexual risk behavior in a daily diary study of gay and bisexual men. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 487.
- Grov, C., Parsons, J. T., & Bimbi, D. S. (2010). Sexual compulsivity and sexual risk in gay and bisexual men. *Archives of sexual behavior*, 39(4), 940-949.
- Gutiérrez, J. P., Sucilla-Pérez, H., Conde-González, C. J., Izazola, J. A., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2014). Seroprevalencia de VIH en población mexicana de entre 15 y 49 años: resultados de la Ensanut 2012. *salud pública de méxico*, 56(4), 323-332.
- Hammack, P. L., Toolis, E. E., Wilson, B. D., Clark, R. C., & Frost, D. M. (2019). Making Meaning of the Impact of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) on Public

- Health and Sexual Culture: Narratives of Three Generations of Gay and Bisexual Men. *Archives of sexual behavior*, 1-18.
- Holmberg, D., & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research*, 46(1), 57-66.
- Hanna, K. M. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 14(1), 59-66.
- Hayfield, N. y Lahti, A. (2017) Reflexionando sobre las identidades y relaciones bisexuales: Nikki Hayfield conversando con Annukka Lahti. *Psychology of Sexualities Review*, 8 (2). pp. 68-75. ISSN 2047-1467 Disponible en: <http://eprints.uwe.ac.uk/33449>
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social problems*, 44(2), 174-199.
- Hernández-Avila, M., Garrido, F., & Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42, 438-446.
- Hernández, Caudillo, & Flores (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.
- Hickson, F., Melendez-Torres, G. J., Reid, D., & Weatherburn, P. (2017). HIV, sexual risk and ethnicity among gay and bisexual men in England: survey evidence for persisting health inequalities. *Sex Transm Infect*, 93(7), 508-513.
- Hinshaw, A. S. (1979). Theoretical substruction: An assessment process. *The Western Journal of Nursing Research*, 1, 319-324.
- Hubach, R. D., Dodge, B., Goncalves, G., Malebranche, D., Reece, M., Van Der Pol, B., & Fortenberry, J. D. (2013). Gender matters: Condom use and nonuse among behaviorally bisexual men. *Archives of sexual behavior*, 43(4), 707-717.

- Izazola-Licea, J. A., Gortmaker, S. L., de Gruttola, V., Tolbert, K., & Mann, J. (2003). Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. *salud pública de méxico*, *45*(S5), 662-671.
- Jeffries, W. L., Marks, G., Lauby, J., Murrill, C. S., & Millett, G. A. (2013). Homophobia is associated with sexual behavior that increases risk of acquiring and transmitting HIV infection among black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, *17*(4), 1442-1453.
- Kalichman, S. C., Roffman, R. A., Picciano, J. F., & Bolan, M. (1998). Risk for HIV infection among bisexual men seeking HIV-prevention services and risks posed to their female partners. *Health Psychology*, *17*(4), 320.
- Katikiro, E., & Njau, B. (2012). Motivating factors and psychosocial barriers to condom use among out-of-school youths in Dar es Salaam, Tanzania: A Cross Sectional Survey Using the Health Belief Model. *International Scholarly Research Network*, *8*. doi:10.5402/2012/170739
- Kelly, B. C., Bimbi, D. S., Nanin, J. E., Izienicki, H., & Parsons, J. T. (2009). Sexual compulsivity and sexual behaviors among gay and bisexual men and lesbian and bisexual women. *Journal of Sex Research*, *46*(4), 301-308.
- Kim, E. J., Creswell, J., Guardado, M. E., Shah, N., Kim, A. A., Nieto, A. I., & Paz-Bailey, G. (2013). Correlates of bisexual behaviors among men who have sex with men in El Salvador. *AIDS and Behavior*, *17*(4), 1279-1287.
- King, B. E., & Allgeier, E. R. (2000). The Sexual Desire Inventory as a measure of sexual motivation in college students. *Psychological Reports*, *86*(1), 347-350.
- King, R., Barker, J., Nakayiwa, S., Katuntu, D., Lubwama, G., Bagenda, D., & ... Hladik, W. (2013). Men at Risk; a Qualitative Study on HIV Risk, Gender Identity and Violence among Men Who Have Sex with Men Who Report High Risk Behavior in Kampala, Uganda. *Plos ONE*, *8*(12), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0082937

- King, K., Vidourek, R., & Singh, A. (2014). Condoms, sex, and sexually transmitted diseases: Exploring sexual health issues among Asian-Indian College students. *Sexuality & culture, 18*(3), 649-663
- Kitzinger, C. (2005). Heteronormativity in action: Reproducing the heterosexual nuclear family in after-hours medical calls. *Social problems, 52*(4), 477-498.
- Kurpisz, J., Mak, M., Lew-Starowicz, M., Nowosielski, K., Bieńkowski, P., Kowalczyk, R., ... & Samochowicz, J. (2016). Personality traits, gender roles and sexual behaviours of young adult males. *Annals of general psychiatry, 15*(1), 28.
- LaPollo, A. B., Bond, L., & Lauby, J. L. (2014). Hypermasculinity and sexual risk among Black and White men who have sex with men and women. *American journal of men's health, 8*(5), 362-372.
- Liao, M. Z., Liu, D. Y., Zhu, X. Y., Huang, P. X., Wang, G. Y., Qian, Y. S., & Kang, D. M. (2019). Behavior and influencing factors of HIV infection among men who have sex with men only and men who have sex with both men and women in Shandong province. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi, 40*(8), 941-946.
- Lichtenstein, B. (2000). Secret encounters: black men, bisexuality, and AIDS in Alabama. *Medical Anthropology Quarterly, 14*(3), 374-393.
- Logie, C. H., Kenny, K. S., Lacombe-Duncan, A., Levermore, K., Jones, N., Neil, A., & Newman, P. A. (2018). Social–ecological factors associated with HIV infection among men who have sex with men in Jamaica. *International journal of STD & AIDS, 29*(1), 80-88.
- Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México.
- Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior, 32*(3), 279-285.

- Maher, L., Grulich, A., Bourne, A., Hammoud, M. B., Vaccher, S., Bavinton, B., & Jin, F. (2019). Changes in behavior following PrEP initiation among Australian gay and bisexual men. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*.
- Martínez, O. L. R. (2016). Masculinidad y vida conyugal en México. Cambios y persistencias. *GénEros, 18*(10), 79-104.
- Maulsby, C., Sifakis, F., German, D., Flynn, C. P., & Holtgrave, D. (2013). HIV risk among men who have sex with men only (MSMO) and men who have sex with men and women (MSMW) in Baltimore. *Journal of homosexuality, 60*(1), 51-68.
- McCree, D. H., Oster, A. M., Jeffries IV, W. L., Denson, D. J., Lima, A. C., Whitman, H., & Henny, K. D. (2017). HIV acquisition and transmission among men who have sex with men and women: what we know and how to prevent it. *Preventive medicine, 100*, 132-134.
- McKirnan, D. J., Stokes, J. P., Doll, L., & Burzette, R. G. (1995). Bisexually active men: Social characteristics and sexual behavior. *Journal of Sex Research, 32*(1), 65-76.
- Meanley, S., Egan, J. E., & Bauermeister, J. A. (2018). Policing Heteronormativity and Sexual Risk-Taking Among Young Adult Men Who Have Sex with Men in the Detroit Metro Area. *AIDS and behavior, 1*-10.
- Mendoza-Pérez, J. C., & Ortiz-Hernández, L. (2009). Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. *Revista de Salud Pública, 11*, 700-712.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin, 129*(5), 674.
- Millar, B. M., Starks, T. J., Rendina, H. J., & Parsons, J. T. (2019). Three reasons to consider the role of tiredness in sexual risk-taking among gay and bisexual men. *Archives of sexual behavior, 48*(1), 383-395.

- Moyano, N., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2017). Sexual Desire Inventory: Two or Three Dimensions? *The Journal of Sex Research*, 54(1), 105-116.
- Musitu, G., & Jesús Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial intervention*, 12(2).
- Muñoz-Laboy, M. A. (2004). Beyond 'MSM': Sexual desire among bisexually-active Latino men in New York City. *Sexualities*, 7(1), 55-80.
- Muñoz-Laboy, M., & Dodge, B. (2007). Bisexual Latino men and HIV and sexually transmitted infections risk: An exploratory analysis. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1102-1106.
- Muñoz-Laboy, M., Garcia, J., Wilson, P. A., Parker, R. G., & Severson, N. (2014). Heteronormativity and sexual partnering among bisexual Latino men. *Archives of sexual behavior*, 44(4), 895-902.
- Muñoz-Laboy, M., Parker, R., Perry, A., & Garcia, J. (2013). Alternative frameworks for examining Latino male bisexuality in the urban space: A theoretical commentary based on ethnographic research in Rio de Janeiro and New York. *Sexualities*, 16(5-6), 501-522.
- Muñoz-Laboy, M., Severson, N., Levine, E., & Martínez, O. (2017). Latino men who have sex with transgender women: the influence of heteronormativity, homonegativity and transphobia on gender and sexual scripts. *Culture, health & sexuality*, 19(9), 964-978.
- Mustanski, B., Garofalo, R., Herrick, A., & Donenberg, G. (2007). Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men: preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(1), 37-45.
- Mustanski, B., Andrews, R., Herrick, A., Stall, R., & Schnarrs, P. W. (2014). A syndemic of psychosocial health disparities and associations with risk for

- attempting suicide among young sexual minority men. *American journal of public health*, *104*(2), 287-294.
- Myers, H. F., Javanbakht, M., Martinez, M., & Obediah, S. (2003). Psychosocial predictors of risky sexual behaviors in African American men: implications for prevention. *AIDS education and prevention*, *15*(1 Supplement), 66-79.
- Nelson, K. M., Pantalone, D. W., Gamarel, K. E., Carey, M. P., & Simoni, J. M. (2018). Correlates of Never Testing for HIV Among Sexually Active Internet-Recruited Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the United States. *AIDS patient care and STDs*, *32*(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (2017). 10 datos sobre el VIH/SIDA. *Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/rofeatures/factfiles/hiv/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). VIH/sida. Datos y cifras. *Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- Ortega, V., Zubeidat, I., & Sierra, J. C. (2006). Further examination of measurement properties of Spanish version of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychological Reports*, *99*(1), 147-165.
- Ortiz Hernández, L., & García Torres, M. I. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Revista de Saúde Pública*, *39*, 956-964.
- Ortiz-Hernández, L., & García Torres, M. I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*, 913-925.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks. Cal.: Sage Publications, 4.
- Parsons, J. T., Grov, C., & Golub, S. A. (2012). Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men:

- further evidence of a syndemic. *American Journal of Public Health*, 102(1), 156-162.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. Pearson Higher Ed.
- Peterson, J. L., Coates, T. J., Catania, J. A., Middleton, L., Hilliard, B., & Hearst, N. (1992). High-risk sexual behavior and condom use among gay and bisexual African-American men. *American Journal of Public Health*, 82(11), 1490-1494.
- Pinyaphong, J., Srithanaviboonchai, K., Chariyalertsak, S., Phornphibul, P., Tangmunkongvorakul, A., & Musumari, P. M. (2018). Inconsistent Condom Use Among Male University Students in Northern Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(2), 147-157.
- Prestage, G., Jin, F., Bavinton, B., Scott, S. A., & Hurley, M. (2013). Do differences in age between sexual partners affect sexual risk behaviour among Australian gay and bisexual men? *Sex Transm Infect*, 89(8), 653-658.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/Sida [ONUSIDA]. (2017). Estadísticas de América Latina sobre el VIH. *Hoja informativa, Julio 2017*. Recuperado de: <http://onusidalac.org/1/images/america-latina-datos-2017.pdf>.
- Rendina, H. J., Golub, S. A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2012). Stigma and sexual compulsivity in a community-based sample of HIV-positive gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 16(3), 741-750.
- Rodríguez, F. M. M., Rusillo, M. T. C., Fernández, F. J., Cañete, L. I., & Torres, M. V. T. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista latinoamericana de psicología*, 41(1), 141-150.
- Rodríguez C. M.D.L, & Frías M.L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*, 15, 169-185.

- Rosser, B. S., Bockting, W. O., Ross, M. W., Miner, M. H., & Coleman, E. (2008). The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity, and mental health in men who have sex with men. *Journal of homosexuality*, 55(2), 185-203.
- Ross, M. W., Berg, R. C., Schmidt, A. J., Hoppers, H. J., Breveglieri, M., Furegato, M., & Weatherburn, P. (2013). Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia. *BMJ open*, 3(2), e001928.
- Santos-Iglesias, P., Calvillo, G., & Sierra, J. C. (2013). A further examination of Levine's model of sexual desire. *Psychology & Sexuality*, 4(1), 34-45.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1043-1052.
- Salguero Velázquez, M. A., Pérez Campos, G., Ayala Jiménez, C. D., & Soriano Chavero, M. (2017). Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Revista Psicología y Salud*, 27(1).
- Scher, A. (2016). Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA/Stigma and discrimination against men who have sex with men (MSM) and transgender women: the impact on vulnerability and risk of HIV/AIDS.
- Semple, S. J., Pitpitan, E. V., Goodman-Meza, D., Strathdee, S. A., Chavarin, C. V., Rangel, G., ... & Patterson, T. L. (2017). Correlates of condomless anal sex among men who have sex with men (MSM) in Tijuana, Mexico: The role of public sex venues. *PloS one*, 12(10), e0186814.
- Shadaker, S., Magee, M., Paz-Bailey, G., Hoots, B. E., & NHBS Study Group. (2017). Characteristics and risk behaviors of men who have sex with men and women

- compared with men who have sex with men—20 US cities, 2011 and 2014. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 75, S281-S287.
- Shoptaw, S., Weiss, R. E., Munjas, B., Hucks-Ortiz, C., Young, S. D., Larkins, S., ... & Gorbach, P. M. (2009). Homonegativity, substance use, sexual risk behaviors, and HIV status in poor and ethnic men who have sex with men in Los Angeles. *Journal of urban health*, 86(1), 77-92.
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W., Lekas, H. M., & Parsons, J. T. (2008). Sexual behaviors of non-gay identified non-disclosing men who have sex with men and women. *Archives of sexual behavior*, 37(5), 720-735.
- Sohn, A., & Cho, B. (2012). Knowledge, attitudes, and sexual behaviors in HIV/AIDS and predictors affecting condom use among men who have sex with men in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 3(3), 156-164. doi:10.1016/j.phrp.2012.07.001
- Soler, F., Gómez Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Sierra, J. C., Marchal Bertrand, L., & Vallejo Medina, P. (2016). Adaptation and validation of the brief sexuality scale in Colombian and Spanish populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3).
- Smith, N. G., Mohr, J. J., & Ross, L. E. (2018). The role of bisexual-specific minority stressors in sexual compulsivity among bisexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(1-2), 81-96.
- Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., & Catania, J. A. (2003). Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American journal of public health*, 93(6), 939-942.

- Stokes, J. P., McKirnan, D. J., Doll, L., & Burzette, R. G. (1996). Female partners of bisexual men What They Don't Know Might Hurt Them. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 267-284.
- Thomas, B., Mimiaga, M., Menon, S., Chandrasekaran, V., Murugesan, P., Swaminathan, S., & ... Safren, S. (2009). Unseen and unheard: predictors of sexual risk behavior and HIV infection among men who have sex with men in Chennai, India. *AIDS Education & Prevention*, 21(4), 372-383.
doi:10.1521/aeap.2009.21.4.372
- Tung, W., Farmer, S., Ding, K., Tung, W., & Hsu, C. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. *International Nursing Review*, 56(3), 346-353. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00704.x
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 481-494.
- Van Griensven, F., de Lind van Wijngaarden, J. W. D. L., Baral, S., & Grulich, A. (2009). The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 4(4), 300-307.
- Vencill, J. A., & Israel, T. (2018). Shining a light into the darkness: bisexuality and relationships.
- Wang, Y., Wang, Z., Jia, M., Liang, A., Yuan, D., Sun, Z., ... & Zhang, Z. (2017). Association between a syndemic of psychosocial problems and unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Shanghai, China. *BMC infectious diseases*, 17(1), 46.
- Weinberg, M. S., & Williams, C. J. (2010). Men sexually interested in transwomen (MSTW): Gendered embodiment and the construction of sexual desire. *Journal of Sex Research*, 47(4), 374-383.

- Widman, L., Golin, C. E., Grodensky, C. A., & Suchindran, C. (2013). Do safer sex self-efficacy, attitudes toward condoms, and HIV transmission risk beliefs differ among men who have sex with men, heterosexual men, and women living with HIV?. *AIDS and Behavior*, *17*(5), 1873-1882.
- Xu, W., Zheng, L., Liu, Y., & Zheng, Y. (2016). Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and high-risk sexual behaviours among gay/bisexual men in Southwest China. *AIDS care*, *28*(9), 1138-1144.
- Zheng, L., & Zheng, Y. (2016). Preferences for masculinity across faces, bodies, and personality traits in homosexual and bisexual Chinese men: Relationship to sexual self-labels and attitudes toward masculinity. *Archives of sexual behavior*, *45*(3), 725-733.
- Zubeidat, I., Ortega, V., Del Villar, C., & Sierra, J. C. (2003). Un estudio sobre la implicación de las actitudes y fantasías sexuales en el deseo sexual de los adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, *67*(68), 71-78.
- Zule, W. A., Bobashev, G. V., Wechsberg, W. M., Costenbader, E. C., & Coomes, C. M. (2009). Behaviorally bisexual men and their risk behaviors with men and women. *Journal of Urban Health*, *86*(1), 48-62.
- Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, *41*, 110-118.

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Conducta sexual protegida en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres

Autores/Estudiantes: MCE. Ulises López Sánchez

Director de Tesis/Asesor: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Introducción

El presente estudio tiene en conocer los factores relacionados con la conducta sexual de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres. Por esto, se le invita a formar parte del proyecto con fines académicos como parte de una tesis doctoral del MCE. Ulises López Sánchez. Si acepta participar, se le entregarán unos cuestionarios para contestar en papel, los cuales contestará a la brevedad posible y entregará al investigador principal; si lo prefiere, puede contestar los cuestionarios a través de internet con una breve encuesta en línea para lo cual se le proporcionará un enlace para ingresar a la página y se les solicitará un correo electrónico o un medio electrónico de comunicación para enviar el enlace, así mismo, para esta modalidad se le dará un recordatorio para llevar a cabo exitosamente el llenado de los instrumentos. Por medio de este consentimiento informado se le ofrece una explicación del estudio y si usted decide participar le solicitamos de la manera más atenta firmar el formato. Las únicas personas que conocerán de su participación en el estudio es usted y el equipo responsable del estudio que participará en la aplicación de los instrumentos. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos

científicos, esto significa que no se publicará información de cada participante. Toda información es confidencial.

Descripción del Estudio/Procedimiento

Su participación consistirá en contestar un cuestionario divididos en 11 secciones con una duración de llenado aproximada de 20 minutos, serán aplicados en el sitio y horario de su preferencia. La información obtenida será resguardada, cuidando en todo momento la privacidad de los participantes, evitando la identificación del nombre u otros datos personales que puedan exponer la identidad. Tendrá la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo decida.

Riesgos

El presente estudio se considera sin riesgo alguno. Por la sensibilidad del tema, si usted se siente incómodo o no desea seguir respondiendo los instrumentos puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

No habrá ninguna retribución económica por su participación. Se pretende que esta investigación contribuya con el conocimiento de algunos factores que pudieran afectar en la conducta sexual para prevenir el VIH, se espera que los resultados den la pauta para futuras investigaciones encaminadas a crear intervenciones para mejorar el uso del condón y otras estrategias para prevenir el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres. La información que usted proporcione será confidencial y anónima.

Preguntas: Si usted tiene alguna pregunta como participante de este estudio puede ponerse en contacto con los responsables de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería, al teléfono 83 48 18 47, con dirección: Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitrás Centro, Monterrey, Nuevo León.

Yo, voluntariamente acepto dar información y participar en este estudio. He leído la información en este formato y todas mis dudas han sido aclaradas.

Firma: _____

Fecha: _____

Día/Mes/Año

Testigo 1 _____

Dirección _____

Fecha: _____

Día/Mes/Año

Testigo 2: _____

Dirección _____

Fecha: _____

Día/Mes/Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha: _____

Día/Mes/Año

Apéndice B

Cédula de datos personales e historia sexual

Por favor, responda o marque (X) las siguientes preguntas lo más sincero posible.

Es importante mencionar que las respuestas y preguntas son de carácter confidencial y anónimas, por lo que no se publicará nada de forma individual.

Folio: _____

Fecha: _____

1. Edad:
2. Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Viudo ()
3. Último grado de estudios: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Preparatoria/bachillerato () Carrera técnica Licenciatura () Posgrado ()
4. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual? R:
5. ¿Con quien tuvo su primera relación sexual? Con un hombre () Con una mujer () Con ambos ()
6. ¿Qué edad tenía su pareja con la que tuvo su primera relación sexual? R:
7. ¿Usted o su pareja usaron condón en su primera relación sexual? SI () NO ()
8. ¿Qué edad tenía cuando usó por primera vez el condón? R:
9. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año? R:
10. No necesariamente al mismo tiempo, en el último año, ¿Ha tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres? SI () NO ()

Apéndice C

Escala de homonegatividad internalizada

(Moral & Valle, 2013)

Por favor, marque con una “X”, según qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las afirmaciones siguientes.

Indique qué tanto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. No me incomodaría si otras personas supieran que tengo sentimientos homosexuales					
2. Es importante para mí quien sabe acerca de mis sentimientos homosexuales.					
3. Me siento cómodo al hablar sobre homosexualidad en situaciones públicas.					
4. Siendo homosexual, yo no cambiaría mi orientación sexual, aunque pudiera hacerlo.					
5. No me incomoda el ser visto en público con una persona obviamente homosexual					
6. La mayoría de los hombres homosexuales no pueden mantener una relación sentimental a largo plazo.					
7. La mayoría de los hombres homosexuales prefieren tener encuentros sexuales anónimos.					
8. Los hombres homosexuales tienden a mostrar su sexualidad inapropiadamente					
9. Los hombres homosexuales son más promiscuos que los heterosexuales.					
10. A menudo me siento intimidado al andar en lugares de ambiente homosexual.					
11. Las situaciones sociales con hombres homosexuales me hace sentir incómodo.					
12. No me incomoda el estar en bares de ambiente homosexual.					
13. El hacer o responder a un coqueteo de tipo homosexual sería muy difícil para mí.					
14. El ser homosexual representaría una desventaja para mí.					
15. Siento que lo mejor es evitar la interacción					

personal o social con personas homosexuales.					
16. Yo buscaría ayuda profesional si llegara a darme cuenta de que tengo sentimientos homoeróticos.					
17. Yo me sentiría contrariado, fuera de mí mismo, debido a la presencia de sentimientos homosexuales en mí					

Apéndice D

Subescalas de salud mental y vitalidad de la encuesta de salud SF-36 (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999)

Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes...

<p>1. ¿Se ha sentido lleno de vida?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>2. ¿Se ha sentido muy nervioso?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>3. ¿Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>4. ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>5. ¿Ha tenido mucha energía?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>

<p>6. ¿Se ha sentido desanimado y triste?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>7. ¿Se ha sentido agotado?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>8. ¿Se ha sentido feliz?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>9. ¿Se ha sentido cansado?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Casi siempre ()</p> <p>Muchas veces ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Casi nunca ()</p> <p>Nunca ()</p>

Apéndice E

Subescala de beneficios percibidos para el uso del condón (Zagummy & Brady, 1998)

Por favor, responda a cada una de las siguientes afirmaciones marcando con una X el número que mejor exprese que tan de acuerdo o desacuerdo está: 1= completamente desacuerdo – 5= definitivamente de acuerdo. Es importante que sepa que no hay respuestas buenas o malas. Todo lo que conteste es confidencial y anónimo.

1. Creo que las posibilidades de contraer el Sida pueden reducirse significativamente mediante el uso de un condón.

1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivamente de acuerdo
-------------------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------------------

2. Creo que vale la pena el esfuerzo de tener condones disponibles.

1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivamente de acuerdo
-------------------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------------------

3. Siento que las posibilidades de contraer el Sida pueden reducirse al tener relaciones sexuales con una sola pareja.

1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivamente de acuerdo
-------------------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------------------

4. Si el condón no está disponible, valdría la pena el esfuerzo de suspender la actividad sexual para conseguir un condón.

1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivamente de acuerdo
-------------------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------------------

Apéndice F

Subescala de efectos sobre la experiencia sexual (Doyle, Caslyn, & Ball, 2009) De la escala de barreras percibidas para el uso del condón (Lawrence et al., 1999).

Por favor, responda a cada una de las siguientes afirmaciones marcando con una X el número que mejor exprese que tan de acuerdo o desacuerdo está: 1= completamente desacuerdo – 5= definitivamente de acuerdo. Es importante que sepa que no hay respuestas buenas o malas y todo lo que conteste será confidencial y anónimo.

1. Los condones rozan y causan irritación.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

2. Con los condones no se siente bien.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

3. Los condones interrumpen el estado de ánimo.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

4. Con los condones se siente poco natural.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

5. Los condones no se ajustan bien.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

6. Me siento más cerca de mi pareja sin condón.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

7. Los condones cambian el clímax u orgasmo.

1 Completament e en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Definitivament e de acuerdo
---	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------------

Apéndice G

Escala de autoeficacia para el uso del condón

(Hanna, 1999)

Por favor, responda a cada una de las siguientes afirmaciones marcando con una X el número que mejor exprese que tan seguro o inseguro está: 1= muy inseguro – 5= muy seguro. Es importante que sepa que no hay respuestas buenas o malas y todo lo que conteste será confidencial y anónimo.

1. Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual.

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

2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja si creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo.

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

3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos.

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

4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.

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

5. Puedo decir no al sexo si mi pareja se niega a usar un condón.

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

6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida.

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

7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja

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

8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene.

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

9. Puedo usar un condón sin que se salga.

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

10. Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo.

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

11. Después de tener sexo mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base del pene.

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

Apéndice H

Inventario de deseo sexual

(Ortega, Zubeidat y Sierra (2006))

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas, con sinceridad. Marque con una X el número que mejor exprese su opinión o sentimiento. Es importante que sepa que no hay respuestas correctas o incorrectas. Todo lo que conteste es confidencial y anónimo.

1. Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia le hubiera gustado mantener una actividad sexual con otra persona (por ejemplo, tocarse el uno al otro los genitales, estimulación oral, coito, etc.)?

0) Nunca	1) Una vez al mes.	2) Una vez cada dos semanas.	3) Una vez a la semana.	4) Dos veces a la semana	5) 3 ó 4 veces a la semana	6) Una vez al día.	7) Más de una vez al día.
-------------	--------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------	------------------------------------

2. Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia ha tenido pensamientos sexuales que incluyan a otra persona?

0) Nunca	1) Una vez al mes.	2) Una vez cada dos semanas.	3) Una vez a la semana.	4) Dos veces a la semana	5) 3 ó 4 veces a la semana	6) Una vez al día.	7) Más de una vez al día.
-------------	--------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------	------------------------------------

3. Cuando ha tenido pensamientos sexuales, ¿cuál es su nivel de deseo de mantener una actividad sexual con otra persona?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
No deseo									Deseo fuerte

4. Cuando ve a una persona atractiva por primera vez, ¿cuál es su nivel de deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
No deseo									Deseo fuerte

5. Cuando pasa tiempo con una persona atractiva (por ejemplo, en el trabajo o Universidad), ¿cuál es su nivel de deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
No deseo									Deseo fuerte

6. Cuando se encuentra en situaciones románticas (por ejemplo, una cena con velas, un paseo por la playa, etc.), ¿cuál es su nivel de deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
No deseo									Deseo fuerte

7. ¿Cuál es su nivel de deseo de mantener una actividad sexual con otra persona?

0		2	3	4	5	6	7	8
---	--	---	---	---	---	---	---	---

No deseo Deseo fuerte

8. ¿Qué tan importante es para usted satisfacer su deseo sexual a través de la actividad sexual con otra persona?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nada importante Extremadamente importante

9. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo calificaría su deseo de comportarse sexualmente con otra persona?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mucho menos deseo Mucho más deseo

10. Durante el pasado mes, ¿con qué frecuencia le hubiera gustado comportarse sexualmente consigo mismo (por ejemplo, masturbándose, tocándose los genitales, etc.)?

0) Nunca	1) Una vez al mes.	2) Una vez cada dos semanas.	3) Una vez a la semana.	4) Dos veces a la semana	5) 3 ó 4 veces a la semana	6) Una vez al día.	7) Más de una vez al día.
-------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------------

11. ¿Cuál es su nivel de deseo de comportarse sexualmente consigo mismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

No deseo Deseo fuerte

12. ¿Qué tan importante es para usted satisfacer sus deseos de comportarse sexualmente consigo mismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nada importante Extremadamente importante

13. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo calificaría su deseo de comportarse sexualmente consigo mismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mucho menos deseo Mucho más deseo

Apéndice I

Escala multidimensional de apoyo social percibido

(Zimet et al., 1988; Cheung et al., 2014)

Por favor, responda lo más sincero posible a cada una de las siguientes afirmaciones marcando con una X el número que mejor exprese que tan frecuente recibe apoyo: 1= casi nunca – 4= casi siempre o siempre. Es importante que sepa que no hay respuestas buenas o malas y todo lo que conteste será confidencial y anónimo.

1. Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
5. Hay personas que me ofrecen consuelo cuando lo necesito			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
6. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
10. Hay una persona que se interesa por lo que hago.			
1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre

11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.

1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
-----------------	--------------	---------------------	--------------------------------

12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.

1 Casi nunca	2 A veces	3 Con frecuencia	4 Casi siempre o siempre
-----------------	--------------	---------------------	--------------------------------

Apéndice J

Discriminación por orientación sexual

(Iniciativa del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] y la Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2018).

En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido discriminado por su orientación o identidad de género en las siguientes situaciones...

Marque (x) sólo una respuesta por renglón	Sí	No	No sé	No aplica
En su familia				
Al rentar o comprar una casa o departamento				
En el trabajo				
En los servicios médicos (consultorios, clínicas u hospitales)				
En la escuela (como estudiante o padre/madre de un(a) estudiante)				
En algún negocio, centro comercial o banco				
En la calle o transporte público				
En las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)				
En un gimnasio o centro deportivo				
En su localidad, barrio o colonia				
Con la policía				
En la iglesia				

Apéndice K

Subescala de postura hipermasculina

(Doss & Hopkins, 1998)

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas lo más sincero posible. Marque con una X el número que mejor exprese su opinión o sentimiento, según su grado de acuerdo o desacuerdo: 1= totalmente en desacuerdo, hasta 4= totalmente de acuerdo. Es importante que sepa que no hay respuestas correctas o incorrectas. Todo lo que conteste es confidencial y anónimo.

1. Un hombre debe probar su masculinidad teniendo relaciones sexuales con muchas personas.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
2. Un hombre debe tener relaciones sexuales tan pronto como pueda en su vida.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
3. Los hombres no deben llorar incluso cuando algo realmente malo sucede.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
4. En una relación de pareja, los hombres deben tener relaciones sexuales con la mayor frecuencia posible.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
5. Un hombre siempre debe tener una mujer con la que esté saliendo.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
6. Para ser un hombre, tienes que ser duro.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
7. Si un hombre no es rico, debería intentar lucir como tal.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
8. Un hombre no debe mostrar su afecto con los que ama			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo

9. Un hombre no debería tener amigos varones que sean homosexuales.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
10. La mejor manera en que un hombre puede cuidar de su familia es conseguir el trabajo mejor pagado.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
11. La ira es una emoción natural que un hombre debe demostrar.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
12. Ser atlético o bueno en un deporte debe ser importante para un hombre.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
13. Los hombres no deben tratar de resolver los problemas peleando.			
1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo

Apéndice L

Escala de confort con el comportamiento homosexual

(Muñoz-Laboy et al., 2012)

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas lo más sincero posible. Marque con una X el número que mejor exprese su opinión o sentimiento, de acuerdo con las cuatro opciones de respuesta: 1= definitivamente sí, hasta 4= definitivamente no. Es importante que sepa que no hay respuestas correctas o incorrectas. Todo lo que conteste es confidencial y anónimo.

1. ¿Te sientes cómodo besándote con otro hombre?			
1) definitivamente sí	2) a veces sí	3) a veces no	4) definitivamente no.
2. ¿Te sientes cómodo masturbándote con otro hombre?			
1) definitivamente sí	2) a veces sí	3) a veces no	4) definitivamente no.
3. ¿Te sientes cómodo recibiendo sexo oral de otro hombre?			
1) definitivamente sí	2) a veces sí	3) a veces no	4) definitivamente no.
4. ¿Te sientes cómodo dándole sexo oral a otro hombre?			
1) definitivamente sí	2) a veces sí	3) a veces no	4) definitivamente no.
5. ¿Te sientes cómodo penetrando sexualmente a otro hombre?			
1) definitivamente sí	2) a veces sí	3) a veces no	4) definitivamente no.
6. ¿Te sientes cómodo siendo penetrado sexualmente por otro hombre?			
1) definitivamente sí	2) a veces sí	3) a veces no	4) definitivamente no.

Apéndice M

Sub-escala del uso del condón

(Dilorio et al., 1992).

Instrucciones: por favor lea las afirmaciones y señale la frecuencia con que las realiza marcando con una X

1. Yo insisto con el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
2. Yo detengo el juego previo a la relación sexual (como tocar/besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se lo ponga.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
3. Sí sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
5. Tengo sexo oral sin usar barrera de protección, como un condón o barrera de protección.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar sexo seguro.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
7. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, me niego a tener relaciones sexuales.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar condón.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
9. Uso drogas antes o durante las relaciones sexuales			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)

11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
13. Practico sexo anal.			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)
16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales			
Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte de las veces (3)	Siempre (4)

Resumen autobiográfico

MCE. Ulises López Sánchez

Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES

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

Biografía: Nacido en Lázaro Cárdenas, Michoacán de Ocampo, México, el 04 de agosto de 1990, hijo de Hilaria Sánchez Arizmendi y Margarito López Pérez.

Educación: Licenciado en Enfermería por la Unidad Académica de Enfermería Número Uno de la Universidad Autónoma de Guerrero (2010-2015). Participó en estancia académica durante un semestre en el Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara (2013). Egresado del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2015-2017).

Experiencia profesional: Realizó el servicio social en la Unidad Académica de Enfermería Número Uno de la Universidad Autónoma de Guerrero durante el periodo 2014 – 2015, donde realizó funciones como auxiliar de docencia, administración e investigación. Participación en campañas de vacunación de forma consecutiva durante el periodo 2013 – 2015 en diferentes centros de salud del estado de Guerrero, instructor clínico durante el periodo 2014–2015 en hospitales del IMSS e ISSSTE de Chilpancingo Guerrero. Profesor de Tiempo Completo, en la Facultad de Ciencias de la Salud, Valle las Palmas, de la Universidad Autónoma de Baja California. Desde septiembre de 2020 a la fecha.

Premios y distinciones: Testimonio de Desempeño Satisfactorio por aprobación del Examen General para el Egreso de Licenciatura en Enfermería (EGEL–ENF). Becario CONACYT para estudios de maestría y doctorado.

Correo electrónico: ulopezsan@hotmail.com