

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL PARA “HOMBRES QUE TIENEN SEXO
CON HOMBRES (HSH)” CON OBESIDAD

Por

MCE. CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ

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

DICIEMBRE, 2024

MODELO DE CONDUCTA SEXUAL PARA “HOMBRES QUE TIENEN SEXO
CON HOMBRES (HSH)” CON OBESIDAD

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.
Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.
Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Secretario

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
1er. Vocal

DCE. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez
2do. Vocal

Dr. José Luis Jasso Medrano.
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

**MODELO DE CONDUCTA SEXUAL PARA “HOMBRES QUE TIENEN SEXO
CON HOMBRES (HSH)” CON OBESIDAD**

Este trabajo fue realizado en Monterrey, Nuevo Leon, en el Departamento de Posgrado, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres y la Co-dirección de Eva M. Moya PhD.

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Director de Tesis

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), por la beca proporcionada para estudiar en el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, subdirectora de Posgrado e Investigación por su apoyo académico.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por su invaluable dedicación, apoyo, paciencia y confianza, haber sido parte importante durante mi formación, sobre todo por sus valiosas enseñanzas y sabios consejos que permitieron guiarme en este proyecto. Mi admiración y respeto.

A la Dra. Eva M. Moya, por compartir sus conocimientos, su disponibilidad, y motivación para el logro de este proyecto. Por su valioso apoyo, dedicación y tiempo que dedicaron que me dedicaron para el trabajo de tesis, muchas gracias por aceptar participar en este proyecto tan importante de mi formación y mi vida.

A los integrantes del comité de tesis, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Dr. José Luis Jasso Medrano y el Dr. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez por compartir sus conocimientos y experiencia en investigación, así como sus acertados comentarios para mejora de este trabajo.

A todos los docentes del Programa de Posgrado en Ciencias de Enfermería que fueron parte importante de mi formación, gracias a sus conocimientos, apoyo y compromiso en formar maestros en ciencias de enfermería.

A las Dras. Ma. del Carmen Cruz Velázquez, Dra. Maribel Sepúlveda Covarrubias, Dra. Imelda Socorro Hernández Nava y Dra. Martha Leticia Sánchez Castillo por formar parte de mi formación en pregrado y orientarme en mi vocación, así como por sus consejos y apoyo incondicional durante mi formación.

A la ME. Leticia Reyna Ávila por su constante apoyo y motivación para continuar preparándome y superándome en todo momento.

A mi compañera y amiga Yesenia Ramírez por brindarme su apoyo en todo momento, acompañarme durante esta travesía y aconsejarme cuando era necesario. Logramos este sueño.

A mis amigos Daniel B, Diana M, Monserrat Z, Pedro R., Rolando A. y Yazmín, por compartirme su apoyo, consejos y experiencias durante mi trayecto de estudio, les tendré presente siempre.

A mis compañeros de generación que formaron parte de mi crecimiento y contribuyeron de alguna forma a mi desarrollo profesional.

Agradezco también a los informantes clave y participantes por su contribución en el estudio, sin ustedes no se habría logrado el objetivo del proyecto. Y a cada una de las personas que formaron parte de este proceso, les agradezco por todo.

“El pensamiento condiciona la acción; la acción determina los hábitos; los hábitos forman el carácter; y el carácter moldea el destino”

Aristóteles

Dedicatoria

A mi familia que siempre me ha apoyado en todas las decisiones de mi vida sean buenas o malas, por nunca dejarme caer y siempre permitirme reflexionar sobre mi vida. En especial a mi madre quien me impulsó a seguir adelante brindándome siempre su cariño, comprensión y amor incondicional. También por inculcarme todos los valores que me han hecho crecer como persona logrando las metas planteadas. Lo que soy y seré es gracias a ella. A mis hermanos y cuñada por su incansable apoyo, consejos, comprensión y por involucrarse en mis proyectos ya que siempre están ahí cuando les necesito.

A mi directora de tesis quien fue pilar en mi formación, quien siempre se preocupó por mi desempeño y aprendizaje, motivándome a lograr lo que me proponga y siempre buscar ser mejor.

A todos mis amigos y familiares por su apoyo incondicional durante el desarrollo de mis estudios de doctorado quienes me han brindado su paciencia, cariño y comprensión.

ÍNDICE

	Página
Agradecimientos	i
Dedicatoria	ii
Lista de abreviaturas	iii
Lista de tablas	iv
Lista de figuras	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	1
II. Justificación	52
III. Hipotesis	54
IV. Objetivos	55
V. Materiales y Métodos	60
VI. Resultados	86
VII. Discusión	196
VIII. Conclusiones	217
IX. Referencias Bibliográficas	223
X. Anexos	270
XI. Breve resumen autobiográfico	326

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>α</i>	Alpha de Cronbach.
<i>C</i>	Curtosis
<i>D^a</i>	Estadístico de Prueba de Normalidad
<i>DE</i>	Desviación estándar
<i>EE</i>	Error Estándar
<i>HSH</i>	Hombres que tienen sexo con hombres
<i>IMC</i>	Índice de Masa Corporal
<i>Max</i>	Máximo
<i>Min</i>	Mínimo
<i>p</i>	Valor de significancia
<i>R²</i>	Correlación múltiple cuadrada.
<i>RI</i>	Rango intercuartílico.
<i>S</i>	Sesgo

Lista de tablas

Número	Título de la Tabla	Página
1.	Descripción de datos sociodemográficos y antropométricos	85
2.	Descripción de datos relacionados con su sexualidad	86
3.	Características de sociodemográficas, antropométricas y de sexualidad por grado de obesidad	114
4.	Características sociodemográficas y de sexualidad por grado de obesidad	116
5.	Descripción de las variables del modelo	119
6.	Estadística descriptiva y resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	120
7.	Consistencia interna de los instrumentos	122
8.	Correlación entre factores del modelo hacia la conducta sexual.	125
9.	Modelo de regresión lineal múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward”	126
10.	Modelo de regresión lineal múltiple entre las variables proximales y la conducta sexual segura “Método Backward”	127
11.	Modelo de regresión lineal múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward”	128
12.	Modelo de regresión lineal múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward”	129
13.	Variables observables de factores psicosociales	132
14.	Variables observables de creencias	133
15.	Variables observables de factores proximales	135
16.	Variables observables de conducta sexual	137
17.	Relaciones entre variables, modelo 1 (inicial)	138
18.	Modelo 1 factores psicosociales	138

Número	Título de la Tabla	Página
19.	Modelo 2 factores psicosociales	142
20.	Modelo 2: factores psicosociales y conducta sexual	142
21.	Relaciones entre variables, modelo 3 (inicial)	146
22.	Modelo 3: factores psicosociales y creencias	147
23.	Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras	150
24.	Relaciones entre variables, modelo 4 (inicial)	153
25.	Modelo 4: factores psicosociales y los factores proximales	156
26.	Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras	158
27.	Relaciones entre variables, modelo 5 (inicial)	162
28.	Modelo 5: creencias	163
29.	Relaciones entre variables, modelo 6 (inicial)	166
30.	Modelo 6: creencias y conducta sexual	166
31.	Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras	167
32.	Relaciones entre variables, modelo 7 (inicial)	170
33.	Modelo 7: Creencias y Factores proximales	173
34.	Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras	175
35.	Relaciones entre variables, modelo 8 (inicial)	180
36.	Modelo 8: Factores proximales y conducta sexual	181
37.	Relaciones entre variables, modelo 9 (inicial)	185
38.	Modelo 9: Factores proximales y conducta sexual	186
39.	Relaciones entre variables, modelo 10 (inicial)	189
40.	Modelo 10: Factores psicosociales y conducta sexual	190
41.	Efecto directo, indirecto y total de las variables del modelo.	192

Lista de figuras

Número	Título de la Figura	Página
1.	Subestructuración del modelo de conducta sexual en HSH con obesidad	18
2.	Representación gráfica del modelo de conducta sexual en HSH con obesidad	24
3.	Diseño del proceso MDE	68
4.	Subestructuración del modelo cualitativo de conducta sexual en “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con obesidad	109
5.	Representación gráfica del modelo cualitativo de conducta sexual en “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con obesidad	112
6.	Modelo 1 inicial, factores psicosociales	140
7.	Modelo 1 final, factores psicosociales	141
8.	Modelo 2 inicial, factores psicosociales y conducta sexual	144
9.	Modelo 2 final, factores psicosociales y conducta sexual	145
10.	Modelo 3 inicial, factores psicosociales, creencias y conducta sexual	151
11.	Modelo 3 final, factores psicosociales, creencias y conducta sexual	152
12.	Modelo 4 inicial, factores psicosociales, factores proximales y conducta sexual.	160
13.	Modelo 4 final, factores psicosociales factores proximales y conducta sexual	161
14.	Modelo 5 inicial, creencias	164
15.	Modelo 5 Final, creencias	165
16.	Modelo 6 inicial, creencias y conducta sexual	168
17.	Modelo 6 final, creencias y conducta sexual	169

Número	Título de la Figura	Página
18.	Modelo 7 inicial, creencias, factores proximales y conducta sexual	178
19.	Modelo 7 final, factores psicosociales y conducta sexual	179
20.	Modelo 8 inicial, factores proximales	183
21.	Modelo 8 final, factores proximales	184
22.	Modelo 9 inicial, factores proximales y conducta sexual	187
23.	Modelo 9 final, factores proximales y conducta sexual	188
24.	Primer modelo final	193
25.	Modelo final propuesto	194
26.	Modelo final de conducta sexual en “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con obesidad	195

Resumen

Carlos Alberto Catalán Gómez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Diciembre, 2024

Título del estudio: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL PARA “HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)” CON OBESIDAD

Número de páginas: 325

Candidato a obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Objetivo y Método del Estudio: El propósito del estudio fue evaluar el modelo de conducta sexual para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad a partir de un modelo mixto. Se utilizó como base el Modelo de Comportamiento Integrado (IBM) y la Teoría Fundamentada. El estudio contó con dos fases: cualitativa y cuantitativa. En la fase cualitativa, se utilizó la teoría fundamentada como método de investigación. La población estudiada incluyó a HSH con obesidad, mayores de 18 años, residentes de Monterrey, Nuevo León, y su área metropolitana. Se utilizó un muestreo teórico, recolectando datos hasta alcanzar la saturación, con una muestra final de 20 participantes. Los datos se recolectaron mediante una cédula que recopilaba información personal, antropométrica y sobre sexualidad, además de una guía de entrevista semiestructurada. Las entrevistas, de aproximadamente 40 minutos de duración, fueron grabadas y luego transcritas para su análisis. La fase cualitativa, utilizó un diseño correlacional y de comprobación de modelo. La muestra fue de 440 HSH con obesidad, mayores de edad, residentes de Monterrey, Nuevo León, y su área metropolitana. Se consideró un nivel de significancia menor a .05, un Coeficiente de Determinación de $R^2=.06$, una potencia de prueba del 95%, para un modelo de regresión lineal multivariado con $k=15$. Para la selección de participantes se empleó la técnica de Muestreo Dirigido por Entrevistado (MEE). La recolección de datos se realizó mediante una cédula y una batería de 14 instrumentos. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva e inferencial, así como modelos de ecuaciones estructurales.

Resultados y Conclusiones: En la fase cualitativa, las respuestas de los participantes fueron codificadas y clasificadas mediante un análisis de contenido, del cual emergieron ocho categorías clave: Estado emocional, Auto percepción corporal, Redes de apoyo, Uso del condón, Influencia social, Sensaciones sexuales, Influencia situacional, y Situaciones de riesgo sexual. Estas categorías permitieron identificar nuevas variables que, al ser contrastadas con el modelo teórico existente, dieron lugar a la formulación de un nuevo modelo teórico. Este modelo cualitativo condujo a la formulación de nueve hipótesis para su evaluación en la fase cuantitativa. En la fase cuantitativa, los resultados mostraron que la media de edad de los participantes fue de 31.05 (6.88). En cuanto a los años de estudio, reportaron una media de 17.90 (4.03), lo que corresponde a un nivel universitario. Se identificó que el 76.6% tenía obesidad grado 1. Además, el 43.4% se

identificó como homosexual, el 30.7% mencionó tener relaciones solo con parejas ocasionales, y el 67.5% refirió practicar únicamente sexo oral y anal. El número de parejas sexuales en el último año osciló entre 1 y 27. Se encontró que el apoyo social, la actitud hacia el condón, la autoeficacia hacia el uso del condón y la intención de la conducta sexual tienen efecto sobre la conducta sexual ($R^2=.22$, $F_{(430)}=17.21$, $p<.01$). Para responder a las hipótesis se realizaron modelos de ecuaciones estructurales. Se encontró para la hipótesis 1, que la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social tienen relaciones bidireccionales ($\chi^2_{(51)}=105.79$, $p<.01$, $\chi^2/gl=2.07$, $CFI=.97$, $GFI=.96$, $RMSEA=.05$, $SRMR=.04$). En cuanto a la hipótesis 2, se evidenció que la depresión sexual influye negativamente en la conducta sexual ($\chi^2_{(114)}=214.13$, $p<.01$, $\chi^2/gl=1.87$, $CFI=.96$, $GFI=.95$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$). Para la hipótesis 3, se identificó que la depresión sexual influye en la percepción de riesgo de VIH y el apoyo social influye en el estigma sexual ($\chi^2_{(386)}=723.23$, $p<.01$, $\chi^2/gl=1.87$, $CFI=.95$, $GFI=.91$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.06$). Hipótesis 4: se encontró que la autopercepción de grasa corporal influye sobre el consumo de sustancias, la depresión sexual y el apoyo social se relacionó con el uso de plataformas digitales para citas, el apoyo social impacta sobre la negociación sobre uso del condón y la habilidad sobre uso del condón ($\chi^2_{(638)}=1092.58$, $p<.01$, $\chi^2/gl=1.71$, $CFI=.95$, $GFI=.90$, $RMSEA=.05$, $SRMR=.04$). En relación con la hipótesis 5, se encontró que el estigma sexual se relacionó con la percepción de riesgo de VIH y negativamente con la actitud hacia el condón, la autoeficacia para uso consistente del condón influyó sobre la percepción de riesgo de VIH y la actitud hacia el condón ($\chi^2_{(60)}=130.84$, $p<.001$, $\chi^2/gl=2.18$, $CFI=.97$, $GFI=.96$, $RMSEA=.05$, $SRMR=.04$). Hipótesis 6: se identificó que solo la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón se relacionaron con la conducta sexual ($\chi^2_{(126)}=246.93$, $p<.001$, $\chi^2/gl=1.96$, $CFI=.96$, $GFI=.94$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$). Hipótesis 7: La percepción de riesgo de VIH influye sobre el consumo de alcohol, el uso de plataformas digitales para citas, el estigma sexual incide sobre el consumo de drogas y la negociación para uso del condón, la actitud hacia el condón influyen sobre el consumo de alcohol, la negociación para uso del condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influye sobre consumo de drogas y la búsqueda de sensaciones sexuales ($\chi^2_{(661)}=1244.02$, $p<.001$, $\chi^2/gl=1.88$, $CFI=.95$, $GFI=.90$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$). Hipótesis 8: La intención de la conducta sexual se correlacionó con la negociación sobre el uso del condón y la habilidad sobre uso del condón ($\chi^2_{(173)}=374.10$, $p<.01$, $\chi^2/gl=2.01$, $CFI=.97$, $GFI=.93$, $RMSEA=.05$, $SRMR=.04$). Hipótesis 9: el uso de plataformas digitales para citas, la búsqueda de sensaciones sexuales, la negociación sobre uso del condón y la intención de la conducta sexual influyen directamente sobre la conducta sexual ($\chi^2_{(283)}=545.30$, $p<.001$, $\chi^2/gl=1.92$, $CFI=.96$, $GFI=.91$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$). Esta investigación puede servir de base para la disciplina de enfermería y áreas afines, con el objetivo de desarrollar futuras intervenciones dirigidas a adultos y jóvenes. Busca crear conciencia sobre los riesgos asociados a comportamientos sexuales y facilitar la identificación de necesidades específicas que sean adecuadas y significativas para los HSH con obesidad. De esta manera, se espera contribuir a una atención más efectiva y centrada en esta población vulnerable, promoviendo cambios positivos en su comportamiento.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Summary

Carlos Alberto Catalán Gómez
Autonomous University of Nuevo León
School of Nursing

Graduation Date: December 2024

Study Title: SEXUAL BEHAVIOR MODEL FOR "MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM)" WITH OBESITY

Page Count: 325

**Candidate for the degree of
Doctor of Nursing Science**

LGAC: Responsible Sexuality and Prevention of STIs/HIV/AIDS

Objective and Study Method: This study aimed to evaluate a sexual behavior model for MSM with obesity, using a mixed-methods approach. It was based on the Integrated Behavioral Model (IBM) and Grounded Theory. The study had two phases: qualitative and quantitative. The qualitative phase applied Grounded Theory as the research method, with participants including MSM with obesity, over 18 years of age, residing in Monterrey, Nuevo León, and surrounding areas. A theoretical sampling approach was used, gathering data until saturation was reached, resulting in a sample of 20 participants. Data was collected through a questionnaire addressing personal, anthropometric, and sexual behavior information, along with a semi-structured interview guide. The interviews, lasting around 40 minutes each, were recorded and transcribed for analysis. The quantitative phase employed a correlational design with a model testing approach. The sample consisted of 440 MSM with obesity, adults, residing in Monterrey and the surrounding metropolitan area. Data was collected using a structured form and a battery of 14 instruments, analyzed with descriptive and inferential statistics, as well as structural equation modeling.

Results and Conclusions: In the qualitative phase, participants' responses were coded and classified through content analysis, which led to the emergence of eight key categories: Emotional State, Body Self-Perception, Support Networks, Condom Use, Social Influence, Sexual Sensations, Situational Influence, and Sexual Risk Situations. These categories helped identify new variables, which, when compared to the existing theoretical model, led to the development of a new theoretical model. This qualitative model then led to the formulation of nine hypotheses for evaluation in the quantitative phase. In the quantitative phase, results showed an average age of 31.05 years (6.88) among participants. Regarding education, the average was 17.90 years (4.03), indicating a university-level education. 76.6% of participants had grade 1 obesity, and 43.4% identified as homosexual. 30.7% reported having only casual sexual partners, while 67.5% engaged only in oral and anal sex. The number of sexual partners in the last year ranged from 1 to 27. It was found that social support, attitude toward condoms, self-efficacy in condom use, and sexual behavior intention all significantly influenced sexual behavior ($R^2=.22$, $F_{(430)}=17.21$, $p<.01$). Structural equation modeling was used to test the hypotheses. For Hypothesis 1, it was found that sexual depression, body fat self-perception, and social support had bidirectional relationships ($\chi^2_{(51)}=105.79$, $p<.01$, $\chi^2/gl=2.07$, $CFI=.97$, $GFI=.96$, $RMSEA=.05$, $SRMR=.04$). Hypothesis 2 showed that

sexual depression negatively influenced sexual behavior ($\chi^2_{(114)}=214.13, p<.01, \chi^2/gl=1.87, CFI=.96, GFI=.95, RMSEA=.04, SRMR=.04$). For Hypothesis 3, sexual depression influenced the perception of HIV risk, and social support influenced sexual stigma ($\chi^2_{(386)}=723.23, p<.01, \chi^2/gl=1.87, CFI=.95, GFI=.91, RMSEA=.04, SRMR=.06$). For Hypothesis 4, it was found that body fat self-perception influenced substance use, sexual depression, and social support, which was related to the use of digital dating platforms. Social support also impacted condom negotiation and self-efficacy in condom use ($\chi^2_{(638)}=1092.58, p<.01, \chi^2/gl=1.71, CFI=.95, GFI=.90, RMSEA=.05, SRMR=.04$). In Hypothesis 5, sexual stigma was related to the perception of HIV risk and negatively with attitude toward condoms. Self-efficacy for consistent condom use influenced both HIV risk perception and attitude toward condoms ($\chi^2_{(60)}=130.84, p<.001, \chi^2/gl=2.18, CFI=.97, GFI=.96, RMSEA=.05, SRMR=.04$). For Hypothesis 6, it was identified that only attitude toward condoms and self-efficacy for consistent condom use were related to sexual behavior ($\chi^2_{(126)}=246.93, p<.001, \chi^2/gl=1.96, CFI=.96, GFI=.94, RMSEA=.04, SRMR=.04$). Hypothesis 7 found that HIV risk perception influenced alcohol consumption, use of digital dating platforms, and sexual stigma. It also affected condom negotiation and self-efficacy for consistent condom use, which in turn influenced drug use and the pursuit of sexual sensations ($\chi^2_{(661)}=1244.02, p<.001, \chi^2/gl=1.88, CFI=.95, GFI=.90, RMSEA=.04, SRMR=.04$). Hypothesis 8 showed that sexual behavior intention correlated with condom negotiation and condom use ability ($\chi^2_{(173)}=374.10, p<.01, \chi^2/gl=2.01, CFI=.97, GFI=.93, RMSEA=.05, SRMR=.04$). Finally, for Hypothesis 9, the use of digital dating platforms, pursuit of sexual sensations, condom negotiation, and sexual behavior intention directly influenced sexual behavior ($\chi^2_{(283)}=545.30, p<.001, \chi^2/gl=1.92, CFI=.96, GFI=.91, RMSEA=.04, SRMR=.04$). This research can serve as a foundation for the nursing discipline and related fields, with the aim of developing future interventions for adults and youth. It seeks to raise awareness about the risks associated with sexual behaviors and facilitate the identification of specific needs that are relevant and meaningful for men who have sex with men (MSM) with obesity. In this way, it is hoped to contribute to more effective, patient-centered care for this vulnerable population, promoting positive changes in their behavior.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

INTRODUCCIÓN

Las conductas sexuales de riesgo se refieren a cualquier comportamiento asociado con la actividad sexual sin el uso del condón, estas pueden ser anales, vaginales u orales. Factores como tener múltiples parejas sexuales, consumir alcohol y/o drogas antes o durante la actividad sexual incrementan aún más el riesgo de desarrollar infecciones de transmisión sexual (ITS) (Arabi-Mianrood, et al., 2022; López & Onofre, 2020). Entre estas, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ha reportado una significativa incidencia. De acuerdo con los datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), hasta el 2022 se registraron 110,000 nuevos casos en Latinoamérica. En México, se registraron 19,700 nuevos casos en el mismo año, de los cuales 16,000 afectaron a población masculina (CENSIDA, 2022; ONUSIDA, 2023).

En este contexto, la identidad sexual desempeña un papel crucial. De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) identifica a los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) como una población clave en la propagación de estas infecciones, con una probabilidad 28 veces mayor de desarrollar VIH/sida en comparación con otras poblaciones (ONUSIDA, 2022). Aunque se han realizado numerosas investigaciones sobre estos comportamientos, la literatura sugiere que diversos factores influyen en el comportamiento de este grupo. Se ha observado que la percepción de riesgo entre los HSH puede estar influenciada por características físicas, como el peso corporal, lo cual puede afectar su percepción sobre el riesgo de desarrollar una ITS (López, et al., 2022; Márquez, 2022; ONUSIDA, 2023; Pereira, 2021; Tinat & Nuñez, 2021).

En la actualidad, los HSH conforman un subgrupo de hombres considerados como una población vulnerable a múltiples factores, principalmente psicológicos, los cuales están relacionados principalmente con presiones sociales y violencia (Jiménez, 2023). En este contexto, el estado de Nuevo León, México, destaca como el séptimo con

mayor incidencia de violencia hacia este grupo poblacional (Flores, 2023). Además, el peso corporal se añade como un factor que intensifica las críticas y el estigma social hacia los HSH. Este problema se agrava cuando los HSH reportan exceso de peso corporal u obesidad, lo que los hace más susceptibles a burlas y señalamientos (Camargo, 2022).

El exceso de peso corporal conlleva un riesgo significativo de desarrollar obesidad, en la actualidad el Centro para el control y prevención de enfermedades ha identificado que la población de minorías sexuales ha mostrado un aumento notable sobre esta condición (CDC, 2024). La Obesidad, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal en una persona, esta es categorizada de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC). La obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, afectando con mayor énfasis a países de ingresos medios y altos. En relación con esto, hasta el 2022, la OMS reportó que 890 millones de personas mayores de 18 años tienen obesidad (OMS, 2024).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha referido que el 28% de la población adulta tiene algún grado de obesidad. En México, esta problemática es alarmante ya que estadísticas lo refieren como uno de los países con mayor tasa de casos que presentan esta condición, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) hasta 2022, el 36% de la población adulta presentan algún grado de obesidad (ENSANUT, 2022). En este sentido a nivel local el Estado de Nuevo León, México en el año 2022 se registró que al menos siete de cada diez adultos tienen sobrepeso u obesidad y la prevalencia de obesidad abdominal en adultos es de 83.4% (ENSANUT NL., 2022).

Respecto a esto Tinat y Rodríguez (2022) refieren que el enfoque para abordar la obesidad debe considerar la perspectiva de género, no sólo el sexo biológico de la persona. Eso debido a que la magnitud del problema requiere un enfoque más integral ya

que sería insuficiente realizar un abordaje efectivo en un grupo determinado. En este sentido, un metaanálisis reportó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en minorías sexuales es del 34.13% y 20.65% respectivamente (López, et al., 2022). Adicionalmente, Pereira (2021) realizó un estudio que exploró la relación entre la orientación sexual y el exceso de peso, identificando una prevalencia de 49.7% de sobrepeso u obesidad en hombres que se identificaban como gay y bisexuales.

Los individuos de minorías sexuales son un grupo particularmente vulnerables ya que constantemente están expuestos a factores estresantes como la homofobia, el estigma y las percepciones negativas sobre su imagen corporal (Mason & Lewis, 2015). Estos factores pueden aumentar sus niveles de ansiedad, lo que a su vez puede llevar a mecanismos de afrontamiento inadecuados, como el comer en exceso (Bruce, et al., 2012; Carpenter, et al., 2013). Asimismo, se ha identificado que la autoestima influye negativamente en los desórdenes de alimentación y en la función sexual. Esto coloca a los HSH en un riesgo elevado de desarrollar trastornos emocionales, agravado por el estigma social asociado tanto al exceso de peso como a la pertenencia a una minoría sexual (Mor, et al., 2014; Parker & Harriger, 2020). La literatura indica que los HSH con obesidad tienden a experimentar una mayor incidencia de problemas psicológicos, tales como baja autoestima, homofobia internalizada, discriminación, estigma y rechazo social (Himmelstein, et al., 2019; Leonardi et al., 2019; Pereira, 2021; Smith & Amaro, 2021).

Estos factores pueden influir en actitudes negativas ya sea hacia sí mismos o social o sexualmente. Provocando que los HSH puedan sentirse marginados de sus fuentes sociales e inclusive familiares enfrentando discriminación y estigmatización (Garrido, 2018). Este estigma puede llevar a una sensación de aislamiento y disminución de la autoestima, factores que contribuyen a la depresión sexual. En este sentido, Feinstein, et al. (2019), destacan la importancia de considerar el estrés general como un

factor de riesgo para resultados de salud negativos entre las parejas masculinas del mismo sexo (Fernandez, 2006; Sohn & Cho, 2012).

El estigma sexual, que a menudo afecta a los HSH, añade otra capa de complejidad, combinado con el estigma asociado a la obesidad, puede crear barreras adicionales. La discriminación tanto por su orientación sexual como por su peso puede llevar a una mayor ocultación de su identidad sexual y a una menor disposición para negociar prácticas sexuales seguras (Dyar, et al., 2019; Márquez, 2022). El estigma puede también contribuir a la falta de confianza en sí mismos, dificultando que se sientan menos propensos a negociar el uso del condón o a buscar servicios de salud adecuados (Moncada & Zeledón, 2008). Algunos estudios aportan que los HSH con obesidad son particularmente más vulnerables a realizar prácticas sexuales menos seguras ya que perciben carencia de autoestima, mecanismos de afrontamiento inadecuados y baja autoeficacia ante las conductas sexuales, lo cual se ha relacionado con mayor frecuencia de sexo anal sin protección, mayor número de parejas sexuales, ser la pareja receptiva al momento del coito, insatisfacción corporal y baja satisfacción sexual (Azagba, et al., 2019; Felice, et al., 2019; Fergus, et al., 2019; Pereira, 2021)..

Se ha reportado que las prevalencias de VIH/sida afectan más a hombres (73,597) que a las mujeres (20,216), especialmente a los HSH (ONUSIDA, 2022). Este riesgo se ha relacionado con la exposición de factores como la homofobia, miedo al rechazo y la ocultación, estos factores de discriminación aunados a los factores estresores de VIH y la obesidad pueden producir procesos subjetivos en los HSH como lo es la homofobia internalizada (Michel & Soskolne, 2020; Ramos, 2018), esto refiere al autorechazo, debido al miedo de la presión social, relacionado con la baja autoestima, aislamiento social, conductas autodestructivas o vivir en un estado de ánimo negativo, así como el miedo a desarrollar VIH (Allensworth, et al., 2008; Kraft, et al., 2006; Moskowitz & Seal, 2010; Peplau, et al., 2009).

El riesgo de desarrollar VIH es percibido por los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) como una evaluación de su vulnerabilidad a contraer el virus. Esta percepción del riesgo no es un fenómeno aislado, sino que está profundamente influenciada por varios factores interrelacionados. Entre ellos, las creencias personales, las experiencias previas y el nivel de conocimiento sobre el VIH juegan un papel fundamental en cómo los HSH perciben su exposición al virus. Los individuos que tienen una alta percepción del riesgo tienden a ser más conscientes y proactivos en el uso del condón, así como en su actitud hacia su utilización durante las relaciones sexuales (Jeffries, et al., 2021; Jiménez, 2021; Yang & Sun, 2024).

Esta conciencia se traduce en prácticas más seguras y en un mayor compromiso con la prevención del VIH, lo que puede incluir la realización de pruebas regulares y la búsqueda de información sobre la salud sexual. En cambio, cuando la percepción de riesgo es baja, los HSH pueden adoptar conductas más arriesgadas. Esta disminución de la percepción puede llevar a un aumento en la búsqueda de parejas sexuales, a menudo desconociendo su estado de salud y el de sus parejas. Este comportamiento puede resultar en una mayor exposición al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Hassan, et al., 2024; Lou, et al., 2023; Yang & Sun, 2024).

En la actualidad, el uso de plataformas virtuales ha transformado significativamente las formas en que los HSH se conectan y buscan experiencias sexuales. Estas plataformas han facilitado el acceso a parejas sexuales y a diversas experiencias, pero también han introducido nuevos desafíos en términos de salud sexual y riesgo de infecciones (Ijland, 2018; Monjarás & Mena, 2021). Entre estos desafíos, el consumo de sustancias como el alcohol y las drogas, a menudo asociado con la búsqueda de sensaciones sexuales intensas, puede alterar el juicio y aumentar la propensión a comportamientos sexuales de riesgo (Matarelli, 2013). Este entorno puede tener implicaciones particulares para los HSH que viven con obesidad, quienes enfrentan una serie de factores adicionales que influyen en la toma de decisiones, elevando el riesgo de

involucrarse en comportamientos sexuales de alto riesgo (Hernández, et al., 2018; Klein, 2009; Nagata, et al., 2020; Vieira, 2018).

La discriminación persiste en entornos sociales y sexuales, manifestándose a través de etiquetas negativas como “no gordos” o “anti-gordos”. Estas expresiones despectivas perpetúan estigmas y fomentan la exclusión, lo que lleva a que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad sean clasificados como indeseables en contextos sexuales. Esta clasificación limita significativamente sus oportunidades de establecer contactos sexuales, lo que a su vez impacta negativamente su bienestar emocional y psicológico (Herek, 2004; Jacobs, et al., 2010; Jiménez-Vázquez, et al., 2018).

La constante discriminación que enfrentan lleva a muchos HSH con obesidad a buscar alternativas para socializar, a menudo recurriendo a plataformas virtuales, como sitios web y aplicaciones móviles. Estas herramientas digitales les ofrecen una sensación de anonimato y pueden parecer un refugio frente al juicio social. Sin embargo, esta búsqueda de conexión también conlleva riesgos significativos (Bastos, 2022; Smith & Amaro, 2021). A menudo, estos espacios se utilizan para buscar pareja o para encuentros sexuales casuales, lo que incrementa la posibilidad de exponerse al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Jiménez-Vázquez et al., 2018; Kashubeck-West & Szymanski, 2008).

La exclusión social no solo limita las opciones de contacto sexual, sino que también puede resultar en la aceptación de relaciones sexuales sin protección. La falta de uso del condón, a menudo impulsada por la presión social o la búsqueda de aceptación, incrementa el riesgo de contraer infecciones (Hassan, et al., 2024; Lee, et al., 2022). Estudios han señalado que los HSH que enfrentan estigmas relacionados con su peso son más propensos a involucrarse en prácticas sexuales de riesgo, lo que agrava aún más su vulnerabilidad (Bastos, 2022; Smith & Amaro, 2020).

Además, la búsqueda de experiencias sexuales intensas a menudo se realiza de manera clandestina, lo que puede ser una respuesta a la insatisfacción emocional y corporal. Los individuos que luchan con una percepción negativa de su imagen corporal son especialmente susceptibles a involucrarse en conductas de riesgo como una forma de lidiar con su malestar (Reback & Larkins, 2013; Santiesteban, et al., 2019). Esta dinámica no solo afecta su salud física, sino que también puede profundizar problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión (Klein, 2013; Tung, et al., 2009). Es crucial abordar estos problemas desde una perspectiva integral, promoviendo la educación sobre la salud sexual y ofreciendo apoyo psicológico. La reducción del estigma y la creación de entornos inclusivos son esenciales para mejorar la calidad de vida y la salud sexual de los HSH con obesidad (Gómez-Perezmitré, 2013; Verdecia, et al., 2015;).

En el caso de los HSH obesos, la percepción negativa de su cuerpo puede estar relacionada con problemas de depresión sexual y una disminución en la autoestima (Nebot, 2022). Esta percepción corporal negativa puede afectar no solo la forma en que se relacionan con sus parejas sexuales, sino también en cómo perciben y gestionan los riesgos de desarrollar infecciones, así como las medidas preventivas. En este contexto, la habilidad para negociar el uso del condón y la actitud hacia la protección se vuelven aspectos críticos en la prevención de infecciones (Valencia-Molina, et al., 2021). Sin embargo, para los HSH obesos, estos factores pueden verse complicados por la combinación de estigma y problemas de percepción corporal. Aunado a esto se ha identificado que la actitud hacia la protección se ve influenciada por el riesgo percibido de desarrollar VIH. Este riesgo refiere a la evaluación de la vulnerabilidad expuesta a desarrollar VIH (Arandi 2016; Loreto & Manjogelli, 2018; Ortega & Rodenas, 2006).

Una alta percepción del riesgo puede motivar a las personas a adoptar comportamientos más seguros, como el uso consistente de preservativos o la realización de pruebas de VIH. Por el contrario, una baja percepción del riesgo puede llevar a

conductas más arriesgadas, aumentando la probabilidad de contagio y modificando la actitud o autoeficacia de utilizar de forma consistente un condón. La actitud hacia el uso del condón, influenciada por la autoimagen y la confianza, puede determinar en gran medida el uso consistente y efectivo del preservativo. Además, la capacidad para negociar con las parejas sexuales y la disposición para mantener prácticas seguras pueden estar afectadas por la inseguridad personal y las barreras sociales (Álvarez-Gayou & Camacho, 2013, Arandi 2016).

El estigma asociado tanto con la obesidad como con la orientación sexual puede llevar a una situación en la que los HSH obesos se sientan presionados a aceptar relaciones sexuales sin protección para evitar el rechazo o la exclusión. Esta presión puede resultar en una incapacidad para negociar de manera efectiva el uso del condón, aumentando el riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida (Bautista-Arredondo, et al., 2013; Leluțiu-Weinberger, et al., 2019). La falta de habilidad para abordar estas cuestiones es, en parte, un reflejo de un entorno en el que las preocupaciones sobre la aceptación y la autoimagen predominan sobre la seguridad sexual (Léobon, et al., 2011; Medina, 2022). Esto puede estar relacionado con la búsqueda de aceptación y la presión social para compensar el estigma asociado con la obesidad y la orientación sexual. La presencia de múltiples parejas sexuales puede aumentar el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, especialmente cuando se omite el uso del condón (Torres, 2021).

A pesar de la relevancia de estos factores, existe una escasez de estudios que los aborden de manera conjunta, y los resultados hasta ahora han sido contradictorios (Allensworth et al., 2008; Kraft et al., 2006; Lessard et al., 2020; Moskowitz & Seal, 2011; Pereira, 2021; Rainey et al., 2018). Dado este contexto complejo, es crucial abordar de manera integral los factores que influyen en el riesgo de VIH y otras ITS en los HSH obesos. La interacción entre el uso de plataformas virtuales, el consumo de sustancias, la búsqueda de sensaciones sexuales, la percepción corporal, el estigma y la

habilidad para negociar el uso del condón requiere una comprensión detallada. Las estrategias de intervención deben considerar estas múltiples dimensiones para ofrecer un apoyo más efectivo y reducir la incidencia de VIH, promoviendo así una salud sexual más segura y positiva para esta población específica (Glanz, et al., 2008; Kalichman, et al., 1996).

En relación con esto Fishbein (2009) propone el Modelo de Conducta Integrada, que ha demostrado ser útil para explicar la conducta sexual en población que está en riesgo de adquirir el VIH/sida. Este integra elementos de la Teoría de Acción Razonada y la Teoría de Comportamiento Planificado para explicar la conducta. Algunos conceptos del modelo han sido estudiados por separado en población HSH sin embargo no se ha utilizado para explorar la conducta sexual de los HSH con obesidad. Asimismo, las investigaciones disponibles parecen carecer de explicación a profundidad sobre este fenómeno. Existe evidencia de que el abordaje mixto podría ofrecer información más detallada en su estudio.

Por lo que se propone desarrollar un modelo explicativo basado en el Modelo de la Conducta Integrada y la revisión de la literatura, que será refinado utilizando metodología cualitativa para finalmente ser evaluado cuantitativamente. Los resultados de esto permitirán profundizar en el conocimiento de este fenómeno que ha sido poco abordado, así mismo proporcionara información a la disciplina de enfermería y áreas a fines con el objeto de brindar una atención integral por medio de consejería sexual y en un futuro se pueda intervenir para modificar aquellos factores que resulten predictores de la conducta sexual de HSH con obesidad y se reduzcan los casos de ITS y VIH/sida.

Se propuso desarrollar un modelo explicativo basado en el Modelo de Conducta Integrada y en la revisión de la literatura, que fue refinado mediante una metodología cualitativa y posteriormente evaluado cuantitativamente. Los resultados de este proceso permitieron profundizar en el conocimiento de un fenómeno que había sido poco abordado. Además, proporcionaron información valiosa a la disciplina de enfermería y

áreas afines, con el objetivo de ofrecer una atención integral a través de la consejería sexual. Esto permitirá en el futuro el desarrollo de intervenciones dirigidas a adultos y jóvenes para modificar los factores que se han identificado como predictores de la conducta sexual. El objetivo es crear conciencia sobre los riesgos asociados con comportamientos sexuales y facilitar la identificación de necesidades específicas que sean relevantes y significativas para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad. De esta manera, se espera contribuir a una atención más efectiva y centrada en esta población vulnerable, promoviendo cambios positivos en su comportamiento y, así, ayudando a reducir los casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO-REFERENCIA

Se utilizó el método de construcción de conocimiento conocido como Síntesis de Teoría de Walker y Avant (2011), el cual orientó la elaboración del modelo propuesto. A continuación, se exponen los dos marcos teóricos relevantes para este estudio: 1) el Modelo de Comportamiento Integrado (IBM) y 2) la Teoría Fundamentada. Por último, se presenta el modelo propuesto.

Síntesis de Teoría

Walker y Avant (2011) mencionan que la síntesis de teoría es la estrategia idónea cuando un investigador cuenta con un concepto focal para el desarrollo de la teoría. Para ello, sugieren abordar tres fases a partir de las cuales se puede lograr desarrollar una síntesis teórica. Las autoras proponen que resultar útil interpretar los datos desde enfoques cualitativo y cuantitativo (Walker & Avant, 2011). Si se tiene un concepto focal o varios, es fundamental identificar los factores relacionados, estos permitirán comprender el contexto y la complejidad. A continuación, se presentan estas fases.

Primera Fase: Especificar el Concepto Focal. En esta fase se definió el tema de interés para este proyecto, centrando la variable focal en la conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres con obesidad. Para identificar este concepto, se

consideraron variables relacionadas a este fenómeno y se identificaron que tan relacionadas estuvieron estas variables con el concepto focal. En esta fase se apoyó de estudios previos que evidenciaron el fenómeno.

Segunda Fase: Identificar los Factores Relacionados con el Concepto Focal.

Una vez especificado el concepto focal y seleccionado algunas variables relacionadas, se procedió a realizar una revisión sistemática de la literatura. Durante esta revisión, se identificaron las variables relacionadas al concepto focal y se analizó la naturaleza de sus relaciones. Esta fase permitió profundizar en el entendimiento de cómo estas variables interactúan con el concepto central, proporcionando un contexto más completo para el desarrollo del modelo teórico.

Tercera Fase: Construir una Representación Gráfica. La última fase consistió en recopilar la información pertinente por cada concepto, incluyendo el concepto focal, y organizarlos en patrones generales de relación entre variables, tanto de manera teórica como gráfica. Esto implicó elaborar una síntesis expositiva que evidenciara el respaldo científico de cada variable., Además, se creó un diagrama integral que ilustrara las relaciones entre los conceptos. A continuación, se procederá a operacionalizar estas fases adaptándolas al modelo propuesto.

Descripción del Concepto Focal: Conducta Sexual en Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) con Obesidad. Las conductas sexuales se refieren a todas aquellas acciones susceptibles de otorgar placer sexual a los individuos. Dichas acciones pueden ser individuales o implicar el intercambio con otros, pueden incluir contacto físico directo o situarse a nivel de la estimulación y el placer psicológico. Valdez-Montero et al., (2020) refiere la conducta sexual como el número de parejas sexuales y la frecuencia con la que se realiza una actividad sexual de forma vaginal, oral y anal de forma insertiva o receptiva sea con una hombre o mujer. Para este estudio la conducta sexual en los HSH se define como cualquier comportamiento desarrollado por un individuo con el objetivo de satisfacer un impulso sexual, considerando cualquier acción

que genere placer erótico, incluyendo actividades que impliquen o no el uso del condón, como el sexo receptivo o insertivo de tipo anal, oral o vaginal, realizadas de forma individual, con una o más de una pareja sexual de sea hombre o mujer estable u ocasional.

Conceptos Relacionados con el Concepto Focal: Modelo del Comportamiento Integrado. En esta fase, se utilizó como base el Modelo de Comportamiento

Integrado (IBM), el cual combinó construcciones teóricas representadas en dos teorías, la teoría de acción razonada (TRA) y la teoría de comportamiento planificado (TPB). El IBM introduce determinantes nuevos y modificados que influyen en la intención de llevar a cabo un comportamiento, integrando diversas variables relevantes dentro de la búsqueda de factores. Este modelo se centra principalmente en los determinantes de la intención conductual, abarcando aspectos como los sentimientos hacia el comportamiento, las creencias conductuales, las normas y la autoeficacia. A continuación, se presentan los conceptos que lo conforman.

Otros Factores. Los cuales influyen en las características sociodemográficas y otras variables de interés las cuales operan a través de los diferentes constructos del modelo, pero no contribuyen de manera independiente a explicar el desarrollo de la conducta. Estos pueden ser representados como factores externos e internos, los externos refieren a la relación que otros (familia, cultura, grupos de convivencia o referencia) tienen sobre la conducta del individuo, pero estos no la determinan, los internos son características personales y psicológicas (percepción, aprendizaje o conocimiento, motivación). Dentro de estos factores pueden ser considerados características sociodemográficas, de personalidad, de actitud y diferencias individuales que puedan estar asociadas con los comportamientos, pero su influencia es indirecta a las construcciones teóricas. Dentro de este concepto se considera que pueden ser añadidas variables que se adapten al fenómeno de estudio pero que esta no influya directamente con la conducta resultante siendo consideradas como variables distales (Fishbein, 2008).

Actitud hacia el Comportamiento es referida como la evaluación o postura favorable o no que una persona tiene de forma general a partir de una conducta en específico. Algunos autores refieren que la actitud está relacionada con factores afectivos y cognitivos (Fishbein, 2008; French et al., 2006; Triandis, 1980). Fishbein (2008) lo categoriza en dos dimensiones actitud experimental y actitud instrumental, la primera la describe como afecto, es decir es la respuesta emocional del individuo a la idea de realizar una conducta recomendada. Esta suele confundirse con estados de ánimo o la excitación, Fishbein (2008) refiere que puede afectar en la intención indirectamente al influir en las percepciones de la probabilidad de los resultados conductuales. Esta actitud está directamente ligada con las emociones, se ha evidenciado que los individuos que las llevan a cabo son aquellos con una fuerte respuesta emocional negativa al comportamiento, mientras que aquellos con una fuerte respuesta emocional positiva son más propensos a participar en ella. En relación con la actitud instrumental hace referencia a la cognición, ya que esta actitud está determinada por las creencias sobre los resultados del desempeño conductual.

Norma Percibida reflejan la presión social que percibe la persona al realizar o no una conducta determinada. Fishbein (2008) refiere que las normas son percepciones sobre lo que otros hacen de forma personal o con apoyo de medios digitales en redes sociales o de forma personal, formando parte importante de la influencia normativa. En este constructo Fishbein lo clasifica en normas subjetivas y descriptivas, las subjetivas abordan la fuente de identidad social por lo general relacionado con las culturas que influyen en la norma percibida (Fishbein & Ajzen, 1975). Así mismo esta norma puede ser cautelara ya que es una percepción de lo que es posible y socialmente aceptable o no, como la influencia normativa (creencias normativas sobre lo que otros piensan que uno debe hacer y la motivación para cumplir). Con relación a la norma descriptiva las percepciones sobre lo que están haciendo otros en las redes sociales o personales de uno (norma descriptiva) también puede ser una parte importante de la influencia normativa.

Este constructo capta la fuerte identidad social en ciertas culturas que, según algunos teóricos, es un indicador de la influencia normativa (Ajzen & Driver, 1991; Bagozzi & Lee, 2002; Triandis, 1980; Triandis et al., 1988).

Agencia Personal propuesta como Bandura (2006) quien describe como la influencia de la persona sobre su propio funcionamiento y los eventos ambientales, propuestos como factores importantes que influyen en la intención del comportamiento. Fishbein retoma el constructo para adaptarlo al IBM y lo clasifica en autoeficacia y control percibido. La autoeficacia que es el grado de confianza que una persona tiene en la capacidad para realizar un comportamiento frente a desafíos u obstáculos. El control percibido refiere a la cantidad de control sobre el desempeño del comportamiento, determinado por la percepción de uno el grado en que varios factores ambientales hacen que sea más fácil versus difícil llevar a cabo la conducta (Fishbein & Ajzen, 2010). Este constructo pretende explicar aspectos del funcionamiento humano autónomo principalmente en el individuo como un actor que opera en un contexto social (Pick, et. al., 2007).

El *Conocimiento y Habilidades para Realizar el Comportamiento* son herramientas que contribuyen a la intención y permite que esta desarrolle una conducta asertiva, también está ligada a las limitaciones, sin embargo, estas deben estar presentes lo menor posible. Fishbein (2008) lo refiere como el nivel de conocimiento, facultades intelectuales y cualidades sobre el comportamiento. Se produce en medida en la que se averigua el ejercicio de sus diferentes facultades. Lo que se pretende averiguar con esto es el nivel que el individuo posee de conocimiento y habilidades sobre una situación para llevar a cabo su comportamiento (Glanz, et al., 2008).

Las *Limitaciones Ambientales* determinan el grado de complejidad o limitación para que se desarrolle una conducta. Fishbein (2007) menciona las limitaciones ambientales como la condición, obstáculos o limitaciones ambientales que inciden como barreras para el desarrollo y manifestación del comportamiento. La presencia de

limitaciones ambientales en el individuo afecta directamente el desarrollo de un adecuado comportamiento (Bandura, et al., 1994; Glanz et al., 2008). Debe haber pocas o ninguna restricción ambiental que haga muy difícil o imposible el desempeño conductual (Triandis, 1980).

El *Hábito* se relaciona con el grado de experiencia de realizar un determinado comportamiento. Fishbein (2007) lo refiere cuando el comportamiento que forma parte o no de una rutina nueva o existente, pero en la que se desarrolla la intención del comportamiento. Si bien pueden existir intenciones al comportamiento estas se pueden modificar por prácticas pasadas que el individuo ya realiza en su contexto real (Fishbein & Ajzen, 2010). Sin embargo, se resalta que si la experiencia del comportamiento se hace habitual podría hacer que la intención se vuelve menos importante para determinar el desempeño conductual.

La *Intención de Realizar el Comportamiento* puede variar para determinado comportamiento y la población a estudiar. Fishbein (2007) sugiere abordar conjuntamente la actitud, normas percibidas y agencia personal, esto debido a que la intención está influenciada por la actitud (experiencial e instrumental), la norma percibida (mandato y descriptivo), y agencia personal (autoeficacia y control percibido). Una vez que se entiende esto para un comportamiento y una población en particular, también es esencial comprender los determinantes de esos. Definiendo la intención de realizar el comportamiento como la disposición de participar en un determinado comportamiento. La persona que manifiesta una posibilidad de realizar una determinada conducta en relación con la probabilidad subjetiva, resultando en un comportamiento eficaz (Fishbein & Ajzen, 2010). La intención de realizar un comportamiento particular puede estar principalmente bajo condiciones de actitud, influencia en una población, influencia normativa o agencia personal.

El *Comportamiento* se refiere a la acción dirigida a un objeto o conducta, realizado en un determinado contexto y en un cierto punto en el tiempo. Fishbein y

Ajzen (2010) refieren que este es influenciado por las habilidades conductuales, factores ambientales y la intención a realizar el determinado comportamiento (Ajzen, 2005). Retomando un principio propuesto en la teoría de acción razonada de la cual se deriva el presente modelo menciona que un número reducido de variables puede explicar una sustancial proporción de la varianza en determinado comportamiento que presente el grupo poblacional (Yzer, 2012).

Posterior a la presentación de los conceptos propuestos por el modelo madre, estos se adaptaron a continuación a el modelo propuesto. Además, se diseñó una representación gráfica que ilustra estas adaptaciones.

Representación Gráfica: Modelo Conducta Sexual para “Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)” con Obesidad. Para esto se utilizó el sistema teórico descrito por Dulock y Holzemer (1991) lo cual permite evaluar de forma lógica y consistente abordando sus principales conceptos los elementos clasificados en la subestructuración, para posteriormente proponer el modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres con obesidad que inicialmente fue evaluado a partir de la exploración cualitativa. El proceso comenzó con la identificación y selección de los conceptos. Posteriormente, se detallaron las interrelaciones entre estos. En el tercero, se procedió a organizar jerárquicamente los conceptos según su nivel de abstracción y considerando solamente su sistema teórico: constructos y conceptos (Figura 1). El último paso consistió en plasmar gráficamente la estructura de las relaciones entre los conceptos resultantes.

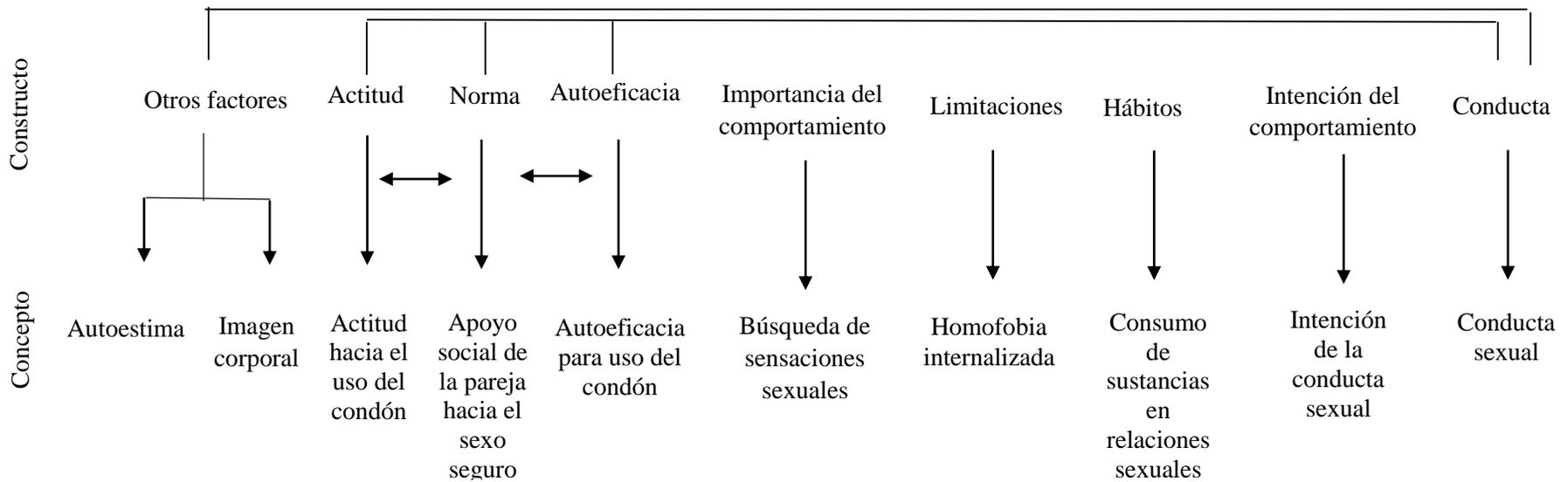
A continuación, se muestran los elementos considerados dentro del sistema teórico.

La *Autoestima* es el concepto procedente del constructo *otros factores*. La autoestima se refiere al juicio o autovaloración que se hace de sí mismo, basada en sus características personales y en las emociones asociadas a su forma de ser o pensar. Rosenberg (1965) definió como la actitud positiva o negativa percibida personalmente,

influenciada por la valoración de sus propias cualidades, incluyendo sentimientos de satisfacción personal. Maslow (1982), por su parte, describe la autoestima como establece que es un concepto gradual el cual se pueden manifestarse en tres niveles: nivel alto, medio y bajo. Los cuales corresponden al grado de sentirse confiadamente apto, capaz, valioso/aceptado para la vida. En este sentido, algunos estudios han referido que factores externos, sociales y contextuales ejercen una influencia significativa en la percepción de los HSH particularmente en relación con sus prácticas sexuales, aspectos psicosociales e identidad.

Figura 1

Subestructuración del Modelo Teórico de Conducta Sexual para “Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH)” con Obesidad



Nota. Sistema teórico de los principales conceptos referidos por la literatura.

Se ha observado que estos factores están estrechamente vinculados con la depresión, la baja autoestima, la ansiedad, así como con el rechazo social y los estigmas. Esta situación se ha relacionado con la adopción de conductas sexuales de riesgo, ya que puede afectar la capacidad de los individuos para desarrollar mecanismos de defensa efectivos (Sola et al., 2021; Wang et al., 2017; Zaruma & Villavicencio, 2016).

La *Imagen Corporal* se derivó del concepto madre *otros factores*. Es definido como la percepción subjetiva que una persona tiene a partir de lo que concibe, imagina y siente con respecto a su apariencia física, tamaño y forma corporal. Respecto a esto Jiménez-Vásquez et al. (2018), han señalado que los HSH perciben una presión social significativa para cumplir con estándares atribuidos a la belleza corporal, lo que influye en la percepción de sentirse insatisfechos con su imagen corporal, lo que los lleva a tener un interés por estar más delgados. En este sentido, se ha observado que existe una fuerte presión sobre los HSH para ajustarse a los ideales de masculinidad que promuevan la aceptación social. No obstante, cuando no logran cumplir con estos estándares, es más probable que experimenten sentimientos de rechazo hacia sí mismos y se perciban como indeseables. Esto puede tener repercusiones significativas en su autoestima e imagen corporal, lo que, a su vez, se ha asociado con una mayor probabilidad de participar en prácticas sexuales de riesgo debido a su percepción negativa de sí mismos (Blashill et al., 2016; Reilly et al., 2013).

La *Actitud hacia el Uso del Condón* se deriva del constructo del IBM de *actitud hacia el comportamiento*. La actitud hacia el uso del condón es definida como la postura que un individuo adopta en relación con su experiencia o costumbre sobre utilizar un condón en un encuentro sexual. Asimismo, algunos estudios han señalado los principales beneficios percibidos por adultos jóvenes homosexuales respecto al uso del condón, incluida la prevención de infecciones de transmisión sexual. Además, de identificar que la percepción de los HSH sobre el uso del condón se centra en la prevención del VIH/Sida y la protección propia, así como de la pareja (King et al., 2014; Smith &

Amaro, 2021). Los beneficios del uso del condón se definen como los resultados positivos para la prevención de ITS-VIH/Sida que los HSH asocian con el uso del condón.

El Apoyo Social de la Pareja hacia el Sexo Seguro surgió a partir de las *normas percibidas* del modelo del IBM. El apoyo social de la pareja hacia el sexo seguro se refiere a la disposición consensuada entre la persona y su pareja sexual sobre el uso de condón previo a las relaciones sexuales. Este concepto está influenciado por el modelo madre ya que aborda las creencias normativas y la motivación percibida por los individuos en función de las expectativas sociales. Se ha identificado que los HSH que perciben una falta de apoyo o apoyo insuficiente, o que experimentan negación y rechazo en su entorno social, son más propensos a sentirse negados, rechazados o aislados. Por el contrario, aquellos que cuentan con un sólido apoyo social tienen más probabilidades de hacer frente a situaciones como la estigmatización o el rechazo social, o tienden a construir escenarios más tolerables. Esto les permite adoptar conductas sexuales más seguras y, por ende, reducir su vulnerabilidad ante la transmisión de infecciones sexuales (Painter, 2019; Perales & Plage, 2020; Tylka & Andorka, 2012).

En este sentido, otros estudios han identificado que el apoyo social de la pareja está relacionado con comportamientos saludables, como la realización de pruebas de detección de ITS, compartir su estado serológico con sus parejas sexuales y mayor uso del condón en encuentros sexuales. Además, las parejas pueden empoderarse mutuamente facilitando la consejería, la conexión y la participación en el uso del condón o en algún tratamiento (Skakoon-Sparling et al., 2022; Tomori et al., 2016; Torres, et al., 2019).

La Autoeficacia para Uso del Condón resulto del concepto de *agencia personal* del modelo del IBM. La autoeficacia para uso del condón es definida como la percepción de la capacidad de una persona para utilizar de forma correcta el condón durante las relaciones sexuales. Este concepto se relaciona con la capacidad del

individuo para iniciar y dirigir acciones específicas con el fin de lograr un cambio autodirigido hacia su uso. De acuerdo con Bandura (1997), la autoeficacia percibida es la confianza en la capacidad de uno mismo para enfrentar diferentes situaciones y demandas ambientales. La autoeficacia hacia el uso del condón puede verse afectada por varios factores, incluyendo el poder coercitivo, las normas de pares y el temor al rechazo sexual. Aquellos que perciben un alto nivel de autoeficacia tienden a enfrentar desafíos y problemas, interpretándolos como retos en lugar de amenazas. No obstante, en el contexto de los HSH, estas influencias pueden llevar a una mayor exposición a comportamientos de riesgo al minimizar la manipulación y el uso del condón (Dawson et al., 2019; Rahim et al., 2021).

La autoeficacia percibida hacia el condón se ha sido explorada en relación con la prevención de conductas sexuales protegidas, la asertividad sexual y el uso consistente del condón, particularmente en poblaciones de HSH (Uribe, 2017). Huang (2020) menciona que la autoeficacia hacia el uso del condón implica la capacidad para obtener y usar correctamente el condón, así como la habilidad para negociar su uso con la pareja. Los HSH con una alta autoeficacia pueden sentirse seguros y tener la conciencia necesaria para practicar sexo anal protegido de manera consistente, lo cual está estrechamente relacionado con el uso constante del condón tanto en parejas sexuales habituales como no habituales (Li, et al., 2015). Bandura (1997) menciona que las percepciones y creencias de una persona pueden influir en la motivación y comportamiento de la autoeficacia y asertividad sexual, no solo prediciendo el uso del condón y las relaciones sexuales. Estas percepciones y creencias son el resultado de procesos cognitivos y expresión emocional; los cuales pueden conducir a una intención específica o a una conducta en particular.

El *Consumo de sustancias en las Relaciones Sexuales* parte del concepto de *hábito* especificado en el modelo del IMB. El consumo de sustancias en las relaciones sexuales se define como el uso de bebidas alcohólicas y/o drogas por uno o ambos

individuos antes o durante el acto sexual. Se ha observado que el consumo de estas sustancias previo a un encuentro sexual puede desarrollar estados de desinhibición, pérdida de coordinación y confusión, aunado a sensaciones como euforia o excitación. El consumo de sustancias es utilizado con el objetivo de facilitar o prolongar un encuentro sexual, algunas de las sustancias más comunes son el alcohol, la marihuana, la cocaína y, más recientemente, los Popper (Lafortune et al., 2021; Sewell et al., 2019). El uso de las drogas puede alterar la percepción, especialmente la del dolor, lo que puede llevar a tener relaciones sexuales sin tomar las precauciones necesarias, aumentando así el riesgo de contraer infecciones sexuales (Choi et al., 2021; Tomkins et al., 2019).

En los HSH, se ha documentado que el consumo de sustancias es utilizado con fines recreativos, pero es crucial considerarlo como un comportamiento complejo debido a su asociación con la búsqueda de nuevas experiencias sexuales, como tener múltiples parejas sexuales o practicar sexo sin protección (Íncera-Fernández et al., 2023). En relación con esto Gámez-Guadix et al. (2023), han informado que el consumo de sustancias aumenta la intensidad y duración sexual, así como las sensaciones excitantes, la desinhibición y el placer. Algunos autores han señalado que el consumo de sustancias está relacionado con aspectos psicoemocionales, como la identidad sexual, la baja autoestima, la represión social, la homofobia internalizada y la búsqueda de experiencias sexuales (Frost & Meyer, 2009; Guerras et al., 2021; Valdez-Montero et al., 2020).

La *Intención de la Conducta Sexual* procede del concepto *intención de realizar el comportamiento*. La intención de la conducta sexual es definida como la disposición conductual de un individuo, influenciada por su actitud, creencias y presiones sociales, para utilizar o no un condón, previo o durante un contacto sexual. Esta disposición determina la probabilidad de que una persona, especialmente HSH se comprometa en una conducta sexual específica, ya sea con o sin el uso del condón. Pereira (2021) refirió que los HSH con exceso de peso expusieron mayores prácticas de sexo anal sin el uso del condón. Además, Quidley y De Santis (2021) identificaron que los HSH mostraban

una preferencia por comportamientos sexuales de riesgo, incluso con parejas sexuales casuales. Esto sugiere que la intención de la conducta sexual puede estar influenciada por diversos factores, incluyendo características individuales y preferencias personales.

Algunos autores han señalado que una de las razones principales para el uso del condón está relacionada con aspectos culturales, lo que se refleja en la intención de usarlos durante una conducta sexual. Sin embargo, también se ha observado que la vergüenza al momento de adquirirlos y la dificultad para negociar su uso son las principales razones para no intentar utilizar un condón (Gredig et al., 2020; Valencia-Molina et al., 2021). Las creencias, que forman parte del pensamiento individual y están influenciadas por factores sociales, desempeñan un papel crucial en la determinación de si se adopta una actitud favorable o no hacia el uso del condón, así como en la decisión previa de usarlo durante una actividad sexual. Estos elementos son fundamentales para entender cómo se forma la intención de llevar a cabo una conducta específica, como el uso del condón durante las relaciones sexuales (Andrew et al., 2016; Sen et al., 2021).

La Homofobia Internalizada parte del concepto original de *limitaciones ambientales*. La homofobia internalizada es definida como un sentimiento particularmente negativo relacionado con la actitud, creencias y percepción de la propia identidad sexual, emociones e interrelación con otros individuos. Restrepo et al. (2022), lo identifico como todas aquellas actitudes negativas que determinan que una persona viva en negación de la propia identidad y dificultan el desarrollo saludable de su sexualidad. Algunos factores asociados con esto incluyen los estigmas sociales, la autodegradación y la presión social. Esta experiencia puede tener un impacto significativo en la salud mental, con efectos especialmente notables como la ansiedad y la depresión (Newcomb & Mustanski, 2009; Ortiz & García, 2005). La lucha interna contra la homofobia internalizada puede generar un profundo sufrimiento psicológico y dificultar el bienestar emocional de quienes la experimentan. Es importante reconocer y

abordar estos desafíos para promover un entorno de aceptación y apoyo que permita a las personas vivir de manera auténtica y saludable (García et al., 2017; Pineda, 2016).

Otro aspecto que considerar es el conjunto de prácticas y expresiones sociales, emocionales y conductuales asociadas al miedo y odio hacia la homosexualidad. Esta realidad impacta directamente la calidad de vida y el bienestar personal de los HSH, así como su derecho fundamental a expresar su sexualidad, afectividad e identidad de manera segura y auténtica. Este fenómeno, que implica el rechazo y la discriminación hacia la homosexualidad, no solo afecta la salud mental y emocional de los individuos, sino que también puede influir en su trayectoria de vida (Da Silva & Júnior, 2023; Nunan, 2017). En relación con esto, Barringer y Gay (2016) identificaron que un factor protector contra la homofobia es el nivel socioeconómico. Esto sugiere que el acceso a recursos económicos y sociales puede mitigar los efectos negativos de la discriminación y promover un entorno más inclusivo y seguro para los HSH.

La Búsqueda de sensaciones se anexa debido a la importancia identificada dentro de la literatura y que identifiqué en estudios relacionados con la conducta sexual resultante. Es definida como aquellos actos sexuales realizados con la intención de generar situaciones placenteras, excitantes y novedosas desarrolladas en su actividad sexual. Jiménez-Vásquez et al. (2018), la describen como como la búsqueda de emociones y aventuras vinculadas con la experimentación y la desinhibición, con el objetivo de experimentar una variedad de sensaciones complejas que pueden implicar riesgos físicos y sociales en aras de disfrutar determinadas experiencias. Este comportamiento está estrechamente relacionado con el uso y abuso de sustancias como el alcohol y las drogas, y se ha observado que está asociado con la homofobia internalizada (Harris et al., 2023).

Se ha observado que la búsqueda de sensaciones expone a los HSH a un mayor riesgo de participar en conductas sexuales de riesgo. Esto se debe a que puede bloquear su capacidad para percibir adecuadamente las señales de peligro mientras buscan nuevas

sensaciones. En consecuencia, se ha relacionado esta búsqueda con la práctica de sexo anal sin protección, lo que aumenta significativamente el riesgo de transmisión de enfermedades de transmisión sexual (Escalante & Noriega, 2021; Valdez et al, 2020;). Por lo tanto, es crucial abordar esta conexión entre la búsqueda de sensaciones, el uso de sustancias y las conductas sexuales de riesgo para promover la salud y el bienestar sexual de los HSH. Además, se ha identificado que la imagen corporal juega un papel importante en la percepción y satisfacción con la apariencia física de los HSH. Esta percepción puede influir en su autoestima y confianza al buscar experiencias sexuales (Chan & Wu-Ouyang, 2023; Regan et al., 2020).

Cuando los HSH se sienten seguros y cómodos con su apariencia, es más probable que puedan negociar el uso del condón y tomar decisiones sexuales saludables. Sin embargo, si tienen una autoestima baja o están bajo la influencia de sustancias, la búsqueda de sensaciones puede llevarlos a participar en conductas sexuales de riesgo (Holmes et al., 2021).

El principal concepto que es la *conducta sexual* parte del concepto resultante que es la *conducta*. La conducta sexual se define como cualquier comportamiento o acción llevada a cabo por una persona con el fin objetivo de satisfacer sus impulsos sexuales. Esto puede involucrar acciones o actividades eróticas que proporcionen placer, ya sea que implique o no el uso del condón, como el sexo anal, oral o vaginal, tanto en contextos individuales como con una o más parejas sexuales, sean hombres, mujeres o ambos. Es importante destacar que estas prácticas pueden tener implicaciones para la salud sexual, especialmente aquellas que involucran algún riesgo como la exposición a secreciones corporales. Por ejemplo, el sexo oral, vaginal y anal, especialmente sin el uso de preservativo, puede aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad de transmisión sexual (Goedel, 2016; Yeo & Ng, 2016). Smith y Amaro (2021) han observado que ciertas conductas sexuales pueden ser más prevalentes entre HSH con obesidad, quienes a menudo optan por no utilizar condones para no interrumpir la

experiencia sexual. Estudios también indican que factores como el consumo de sustancias antes o durante las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y la búsqueda de nuevas sensaciones pueden influir en la toma de decisiones relacionadas con la protección sexual (Pereira, 2021; Wang et al., 2018).

En la figura 2 se muestra la representación gráfica del modelo propuesto con sus conceptos y relaciones entre las variables el cual fue desarrollado a partir del IBM y la revisión de la literatura.

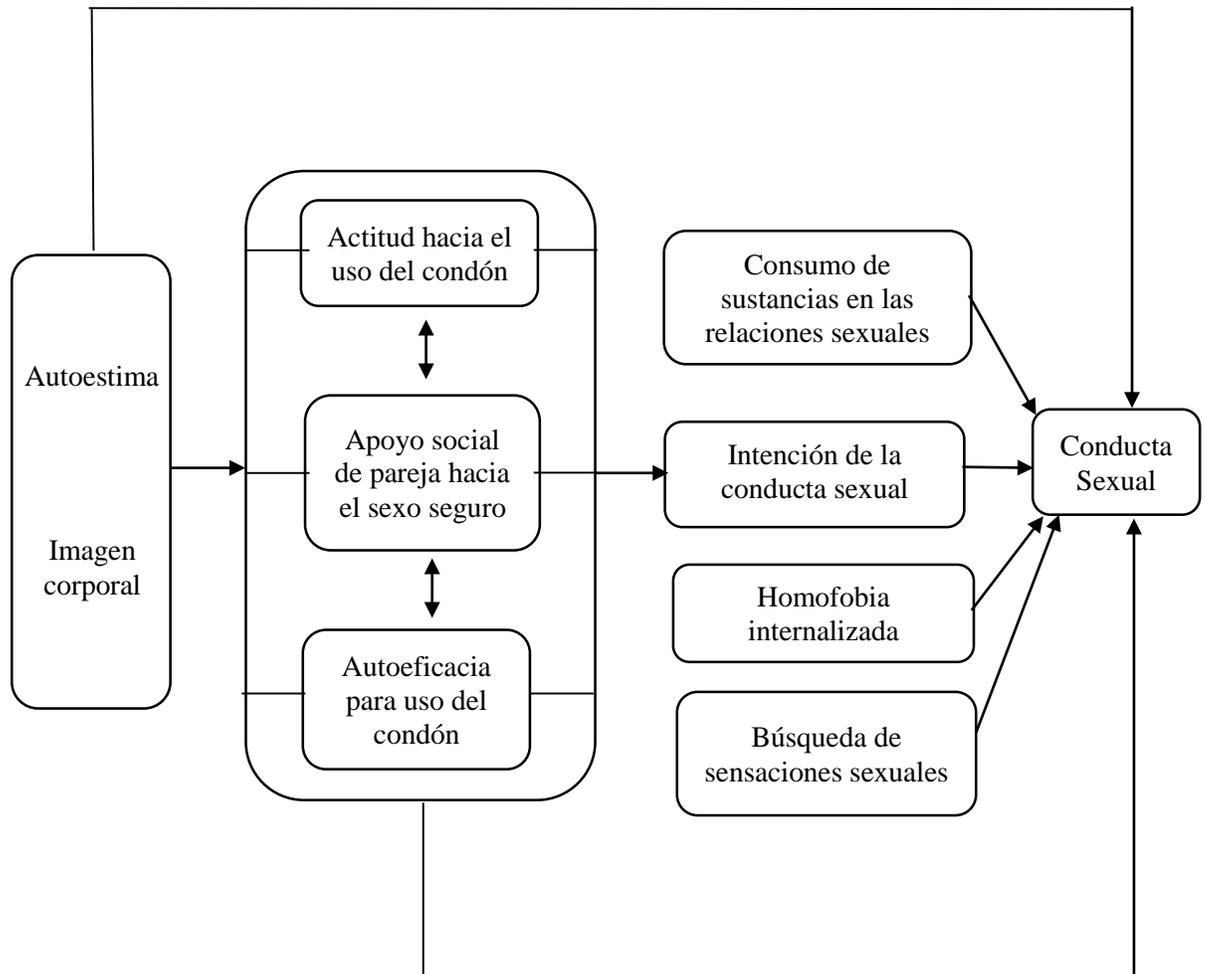
Walker y Avant (2011) sugieren que un investigador puede utilizar una amplia variedad de fuentes de datos, independientemente del método aplicado en cada una, lo que permite incluir tanto estudios cualitativos como cuantitativos. Estos datos pueden ser recopilados por los investigadores y ser tratados como supuestos relacionales, junto con otros supuestos, en la síntesis de teoría. Esto facilita la obtención de evidencia para la construcción del modelo específico.

Considerando lo anterior, se propuso un modelo derivado del IBM y de la revisión de la literatura (Figura 2), que inicialmente mostró las variables que, según la evidencia científica, se relacionaban con la variable focal. Posteriormente, este modelo se aplicó de forma cualitativa en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad, con el objetivo de evaluar la validez del modelo propuesto. Sin embargo, se realizaron algunas modificaciones en el modelo, alterando ciertas variables y surgiendo otras nuevas (Figura 5). Asimismo, se establecieron nuevas relaciones y proposiciones que permitieron obtener un modelo más ajustado a la realidad, obteniendo el modelo que evaluó para obtener el modelo final propuesto (Figura 26).

A continuación se describe las bases de la Teoría Fundamentada.

Figura 2

Representación gráfica del Modelo Teórico de Conducta Sexual para “Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH)” con Obesidad



Nota. El modelo muestra la interrelación entre los conceptos teóricos

Teoría Fundamentada

La teoría fundamentada refiere a una teoría derivada de datos recopilados de maneras sistemáticas y analizadas por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgió de ellos guardan estrecha relación entre sí. Un investigador puede iniciar un proyecto con una idea preconcebida con el propósito de elaborar y ampliar una teoría existente. Para ello se inicia con el área de estudio permitiendo que la teoría surja de los datos. Esto con la finalidad de que la teoría derivada de los datos se parezca más a la realidad que la teoría derivada de una serie de conceptos basados en experiencias o especulaciones. La teoría fundamentada se basa en datos por lo que es más probable generar conocimientos que aumenten la comprensión y proporcionen una nueva guía significativa para la acción (Corbin & Strauss, 1998).

Esta teoría permite identificar categorías a través de un método comparativo constante, requiere la sensibilidad teórica del investigados a través de lo recolectado mediante la entrevista y la observación permitiendo fundamentar conceptos teóricos nacientes o identificando la información fundamental (Hammersley, 1989). Glaser y Strauss (1967) proponen que esta teoría permite comprender el fenómeno de estudio, constituye un conjunto de métodos que generan teoría en una determinada área. Esto consiste en un conjunto de categorías o dimensiones relacionadas entre sí que permiten explicar el fenómeno mediante la descripción, comparación y conceptualización de la información.

La utilización de este método permite un primer acercamiento al fenómeno de interés, así como la aplicabilidad de las variables propuestas con el objetivo de recolectar y analizar en un contexto real el modelo propuesto. Corbin y Strauss (1990) refieren este método permite el descubrimiento de una teoría a partir de datos que sean útiles y adaptables a situaciones empíricas, que sea funcional y permita proporcionar, predecir, explicar, interpretar y ser aplicable. La recolección de datos precede, en gran

parte, al examen de la literatura apropiada a fin de permitir que los temas emergentes reflejen lo más estrechamente posible la naturaleza de los datos por oposición a las conclusiones ya establecidas en la literatura disponible.

Para partir de la literatura Corbin y Strauss (1998) refieren que el hecho de construir una teoría es un proceso muy largo, por lo que proponen al investigador poder partir de una construcción teórica y teorizar sobre la misma. En este caso partiremos del Modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres con obesidad predefinida de forma teórica. De acuerdo con los autores teorizar implica concebir o intuir conceptos y formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo. Además, sugieren la generación de hipótesis o proposiciones derivadas de los datos permitiendo que estas puedan ser cotejadas con los datos, modificadas, extensas o ser suprimidas. Así mismo en el fondo de la teorización subyace la interacción entre hacer inducciones: derivar conceptos, sus propiedades y dimensiones a partir de los datos y deducciones. Planteando hipótesis sobre las relaciones entre los conceptos, las relaciones también son derivadas de datos, pero datos abstraídos de datos brutos (Strauss & Corbin, 1994).

Si bien una teoría es más que un conjunto de hallazgos esta puede ofrecer explicaciones sobre los fenómenos, las cuales son importantes para el desarrollo de un campo del conocimiento. Los estudios cualitativos o cuantitativos adicionales sobre este mismo fenómeno pueden extender tal conocimiento. Al indagar se pretende que los investigadores determinen que partes del concepto o conceptos se aplican o son válidos en la nueva organización y que nuevos conceptos o hipótesis pueden ser añadidas a la conceptualización original (Glaser & Strauss, 1967). La teoría subyacente puede situarse en ciertas dimensiones y ordenarse de manera conceptual. Algunas teorías son más abstractas que otras, las teorías derivan de un proceso de conceptualización y reducción cada vez mayor con el objetivo de tener conceptos más abstractos. Los conceptos más abstractos tienen una amplia aplicabilidad, pero muchas veces se alejan de los datos brutos con los que se están relacionados (Hage, 1972).

Otra dimensión de la teoría es el alcance, es decir mientras más amplio sea el alcance de una teoría, mayor es el número de problemas disciplinarios que puede manejar. Partiendo de esto se puede identificar que las teorías se construyen, varían su naturaleza y no son iguales (Strauss, 1970).

Con relación a esto Meleis (2012) refiere, cuando existe un modelo o teoría disponible para abordar un objetivo de investigación, es importante adoptar un enfoque de “teoría posterior a la investigación”. Este enfoque implica reconsiderar y reformular la teoría existente, ya que se considera un método apropiado para generar una nueva teoría o modelo. En lugar de aceptar la teoría vigente de manera estática, este enfoque promueve un proceso continuo de evaluación y adaptación de la teoría en función de los nuevos hallazgos y perspectivas que surgen a través de la investigación. De esta manera, se fomenta una mayor flexibilidad y evolución en el desarrollo teórico, lo que puede conducir a una comprensión más profunda y precisa de los fenómenos estudiados. En este sentido Meleis (2012) propone que a partir de la pregunta de investigación o teorización preconcebida se puede desarrollar una teoría cuyos resultados pueden ser utilizados en modificación o como revisión. Es decir, a través de esta propuesta teórica se puede explicar o predecir una serie de fenómenos, siempre que se considere integrar los enunciados teóricos que logren resolver el objetivo final y producir ideas favorables.

En este sentido Bryant y Charmaz (2019) refieren que la teoría fundamentada es un método en el cual los investigadores realizan análisis teóricos inductivos a partir de datos recopilados y posteriormente verifican mediante un análisis, partiendo de una metodología específica que guía al investigador en la forma de recopilar y analizar los datos de forma sistemática con el objetivo de producir nuevos elementos conceptuales, durante este proceso el investigador intentará descubrir patrones del comportamiento para comprender como los HSH con Obesidad.

Para el desarrollo de un análisis de datos sintetizados esta teoría se apoyará de los pasos propuestos por Bryant y Charmaz (2019) proponen un proceso de la teoría

fundamentada apunta a desarrollar nuevas interpretaciones teóricas de los datos en lugar de apuntar explícitamente a una definición final. Charmaz sugiere que la codificación es un proceso de dos fases: la primera consiste en una codificación inicial y la segunda es una codificación enfocada. Para el desarrollo de estas se apoya en cuatro etapas las cuales permiten desarrollar conceptos y estructurar un marco teórico a partir de ellos. Estas fases son: 1) Crear y perfeccionar las preguntas de investigación y recopilación de datos; En esta etapa inicial, se establecen las preguntas de investigación y se recopilan los datos relevantes. Es fundamental definir claramente el alcance y los objetivos del estudio.

2) Elevar los términos a conceptos; durante esta fase, se identifican y agrupan los términos emergentes en conceptos más amplios. Se busca comprender las relaciones y patrones subyacentes en los datos recopilados. 3) Hacer preguntas más conceptuales a un nivel genérico: aquí, se profundiza en la comprensión de los conceptos identificados, planteando preguntas más amplias y generales que permitan explorar su significado y relevancia en el contexto de estudio y 4) Hacer más descubrimientos y aclarar conceptos mediante la escritura y la reescritura: en esta última etapa, se refinan y clarifican los conceptos identificados a través de la escritura y la reescritura. Se busca integrar los nuevos descubrimientos y perspectivas surgidos durante el análisis de los datos.

Este proceso sistemático de codificación y desarrollo teórico permite una comprensión más profunda y matizada de los datos, contribuyendo a la generación de teoría fundamentada en la realidad empírica del fenómeno estudiado. Posteriormente a la recolección y abordaje de las cuatro fases descritas anteriormente se procede con la codificación. La codificación inicial se compone de el análisis de línea por línea, establecer las frases y códigos, elevar esos términos a conceptos. Posterior a esto se establece la codificación enfocada donde se establecen las categorías y subcategorías, se desarrollan los vínculos entre conceptos y se define el concepto principal.

Posterior a la selección el ordenamiento conceptual de acuerdo con Corbin y Strauss (1998), este refiere a la organización de los datos tomando en cuenta sus propiedades y dimensiones, posterior a la descripción sobre las categorías. Durante este proceso se identifican y refinan los datos de acuerdo con las propiedades y dimensiones generales. El ordenamiento conceptual es precursor de la teorización. Para ello se sugiere definir los conceptos de acuerdo con las propiedades y dimensiones específicas.

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios que apoyan a cada concepto presentado en el Modelo de Conducta Sexual de Hombres que tienen Sexo con Hombres con Obesidad. Se presentan los estudios que apoyaron la construcción del modelo inicial y la síntesis correspondiente.

Autoestima

En un estudio realizado por Moskowitz et al., (2013) en 531 HSH con el objetivo de explorar los factores físicos, conductuales y psicológicos en hombres que tienen sexo con hombres que se identifican como osos. Los resultados demostraron niveles significativamente más altos de masculinidad ($OR=5.26$, 95% $IC=2.37-11.63$, $p<.001$), y presenta niveles de autoestima más bajos ($OR =3.11$, 95% $IC=1.68-5.76$, $p<.001$), Además, se observó que los osos son menos propensos a rechazar parejas sexuales. El estudio reveló que suelen involucrarse más comportamientos sexuales como el sexo anal insertivo sin el uso del condón ($\chi^2=7.53$, $p<.01$), relaciones orales receptoras sin el uso del condón ($\chi^2=3.71$, $p<.05$), *analingus* insertivo ($\chi^2=22.38$, $p<.01$). También reportaron una probabilidad 3.02 veces mayor de haber practicado *fisting* de forma receptiva ($\chi^2=6.85$, $p<.01$) y 2,03 veces de forma insertiva ($\chi^2=4.49$, $p<.04$). Asimismo, tenían 1,81 veces más probabilidades de haber practicado *voyerismo* ($\chi^2=7.99$, $p<.01$) y 2.07 veces más de ser exhibicionistas ($\chi^2=12.02$, $p<.01$), así como de participar en agresión sexual insertiva ($\chi^2=7.08$, $p<.01$). Estos comportamientos pueden estar asociados con el

exceso de peso, la búsqueda de sensaciones sexuales y los grados más altos de masculinidad como los grados más bajos de autoestima.

Lyons y Hosking (2014) realizó un estudio con 1034 HSH reclutados, el objetivo fue examinar la identidad subcultural y sus comportamientos relacionados con la salud medidos mediante el índice de masa corporal en adultos homosexuales. Los HSH fueron clasificados por el IMC obteniendo un grupo con una media de 29.4, los HSH con exceso de peso se perciben con menor salud física ($\beta = -.11, p < .01$), así mismo presentaron menor autoestima ($F_{[2.834]} = 4.17, p < .05$), mayor frecuencia de discriminación ($\chi^2 = 7.96, p < .05$). Este grupo mostró una mayor probabilidad de estar en una relación de forma continua ($OR = 1.59; IC = 1.02-2.48; p < .01$), aunado a esto se identificó que tenían mayores prácticas sexuales anales sin condón ($\chi^2 = 7.32, p = .03$) en comparación a los otros grupos.

Guedes (2022) llevó a cabo un estudio en población de HSH para comprender las posibles asociaciones entre la influencia de los ideales culturales dominantes en la salud mental y sexual de hombres homosexuales autoidentificados como "osos". en una muestra de 100 HSH, identificando un promedio de edad de 35.91 años, el peso promedio fue de 104.04 kg con un IMC promedio de 33.22, respecto a su orientación sexual reportaron identificarse como homosexuales, sin embargo, refirieron mayor ocultamiento social de su identidad ($r = -.28, p < .01$), a menor identificación social como homosexual mayor fue la homofobia internalizada ($r = -.35, p < .01$), se identificó que a mayor índice de masa corporal mayor es el acoso heterosexual ($r = .24, p < .05$), a mayor experiencia de acoso heterosexual sufrido, mayores eran los índices de ansiedad y depresión ($r = .41, p < .01$), en este sentido presentaron menor búsqueda de apoyo emocional ($r = -.50, p < .001$), a mayor edad percibían mayor estereotipo de masculinidad ($r = .25, p < .01$), así mismo, se identificó que estos participantes buscaban parejas con este mismo estereotipo ($r = .36, p < .01$), El estado de ánimo y las conductas sexuales de riesgo se asociaron directamente con las experiencias de microagresiones, a mayor experiencias

de microagresiones mayores fue el consumo de sustancias, a mayor consumo de marihuana mayor fue el número de parejas sexuales ocasionales ($r=.26, p<.01$), mayor número de parejas sexuales ocasionales mayor fue la frecuencia de sexo sin condón ($r=.34, p<.01$).

Márquez (2022) desarrollo un estudio con cinco HSH. El objetivo analizar cómo operan los marcos normativos estéticos, sanitarios y morales sobre la gordura en los procesos de subjetivación y en el reconocimiento corporal de varones homosexuales en la ciudad de Puebla. Los HSH refirieron subjetivaciones de cargas negativas que los posiciona en el plano del exceso (exceso de comida, exceso de estar sentado, exceso de cansancio) y la falta (falta de movimiento, falta de amor propio, falta de voluntad), se identificaron expresiones como frustración, la decepción, la tristeza “lo gordo no alude solamente al peso corporal que porte alguien, sino que implica encarnar muchas otras cosas negativas”, “ay, es que de seguro estoy gordo porque tengo muchas emociones que no expreso”. Se encuentran una insatisfacción consigo mismo, que se ata con otros fenómenos de la vida psíquica como ansiedad, baja autoestima o traumas que modifican su imagen corporal creando una imagen-cuerpo que actúa como transformadora de su mirada sobre su propio cuerpo y que, además, puede mediar en sus relaciones con los demás (especialmente en sus relaciones). “Éste es un proceso complejo que no sólo se ajusta a la manera en la que el “yo” desea proyectarse para ser percibido positivamente, sino también a la preocupación constante por no revelar en exceso la propia identidad (corporal)”, esto relacionado con la búsqueda de sensaciones y al uso de plataformas digitales “entro al chat o a las apps y pongo algo así de -busco maduro activo que quiera pasarla rico con pasivo joven gordito-” Si tenemos buen match, pues guardo sus contactos y tenemos encuentros ocasionales.

En relación con la autoestima se identificó niveles bajos, estos niveles están ligados a factores como críticas sociales que genera en ellos mayor frecuencia de discriminación dada su condición física, ideología sexual e imagen corporal. Estas

características detonan en comportamientos ligados a trastornos emocionales como el consumo desmedido de alimentos, inactividad física y la desacreditación personal, juzgándose o percibiéndose en base a estas creencias o ideologías. Se ha identificado que los HSH desarrollan un comportamiento masculino mayormente relacionado con hombres heterosexuales en lo que involucran el rechazo a los HSH con comportamientos afeminados, esto podría ser un mecanismo de defensa ante estas críticas sociales.

Imagen corporal

Kraft et al. (2006) realizaron una investigación en 92 HSH con el objetivo de determinar la relación entre el peso corporal, la imagen corporal y las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA. Encontrando que los HSH 49% se identificaron con sobrepeso u obesidad, se identificó que, a mayor IMC reportado, refirieron baja percepción hacia su imagen corporal ($r=-.45, p<.001$). En relación con las prácticas sexuales no seguras los HSH con obesidad presentaron menos probabilidades de no realizar sexo sin condón ($p<.05$), en este sentido se identificó que este grupo era menos deseado ($OR=.7, p<.001$), el sexo inseguro y la imagen corporal se acercó a la significación ($OR=1.4, p=.07$), así mismo se refirió que presentar un IMC más elevado fue un factor protector débil para el sexo inseguro y el sexo anal.

Allensworth et al., en 2008 llevaron a cabo un estudio en 535 HSH con la intención de explorar las asociaciones entre la imagen corporal y las relaciones sexuales anales no seguras (UAI) entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Identificando que la mayoría de los participantes reportó sobrepeso u obesidad, y la media de edad fue de 38.9 años. Este grupo mostró niveles bajos de satisfacción corporal ($\bar{x}=2.1, DS=1.0, p<.05$), en este sentido, este grupo refirió una imagen corporal inferior al peso real ($K=.13, 95\%IC=13.80, p<.01$), así mismo, se identificó que la imagen corporal se relacionó con las prácticas sexuales no seguras ($p<.05$). Respecto a las relaciones sexuales no seguras los HSH reportaron la mayoría ser siempre la pareja receptiva y no usar preservativo ($p<.05$) consumo de drogas ($p<.05$) y estar en una

relación sexual no exclusiva ($p < .001$), ser de raza negra o hispana ($p < .001$), influyo para realizar sexo anal.

Callander y Senn (2013) estudiaron a 139 HSH indagando los factores potencialmente asociados con el riesgo de VIH en HSH jóvenes. Reportando que la media de edad fue de 21.05 años, 83.19% se identificaron como homosexuales. En relación con los factores identificados, se observó una baja autoestima, la cual se correlacionó con preocupaciones sobre el peso ($r = -.48, p < .01$), el peso auto percibido ($r = -.34, p < .01$), la satisfacción física ($r = .61, p < .01$) y la imagen corporal ($r = .58, p < .01$). La imagen corporal presento una influencia significativa en la toma de riesgos sexuales ($r^2 = .091, F = 5.19, p < .01$). En particular, la percepción de que un participante tenía un peso mayor se relacionó con puntajes más altos en la asunción de riesgos sexuales ($\beta = .91, t = 2.35, p < .05$), los hombres solteros que se percibían a sí mismos como más pesados también presentaban puntajes más altos de riesgo sexual que otros hombres, las prácticas sexuales de riesgo identificadas fueron; tener múltiples parejas sexuales (66%), y practicar sexo anal incentivo y receptivo (51%), 27% indico ser únicamente la pareja receptiva, 63.64% informaron no usar el condón o solo durante algunos encuentros. Respecto a tipo de relación, los HSH con parejas estables tenían más probabilidad de ser pareja receptiva e incentiva que los HSH sin pareja ($r^2 = .091, F = 9.25, p < .01$).

Meanley et al. (2014) exploraron a 431 HSH con el objeto de examina la relación entre el índice de masa corporal (IMC), imagen corporal y las conductas sexuales de riesgo sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Reportando que los HSH que presentaban obesidad ($M = 3.24, DE = .83, p < .001$) refirieron sentirse menos atractivos. Así mismo, los participantes con obesidad reportaron atribuciones corporales menos positivas en comparación con aquellos en las categorías de bajo peso e IMC normal ($r = -.31, df = 429, p < .001$). Se observó que los participantes con un IMC superior a 27 tenían mayores probabilidades de participar en relaciones sexuales anales receptivas sin protección, con cada aumento adicional en el IMC asociado a un incremento en el

riesgo ($OR=1.04$, 95% $IC=1.02$, $p<.001$). Asimismo, se encontró una relación lineal entre el IMC y el número de parejas relaciones sexuales anales receptivas sin protección ($OR=.12$, 95% $IC=.05$, $p<.05$), lo que sugiere que los hombres que tienen sexo con hombres con un IMC más alto tenían más probabilidades de tener múltiples parejas con las que adoptaron el papel receptivo al tener relaciones sexuales sin protección.

Goedel et al., (2016) llevaron a cabo un estudio para conocer la influencia de la imagen corporal en la conducta sexual de riesgo en HSH de entre 13 y 26 años. La media de edad fue de 31.73 años, 98.9% se identificaron como gay o bisexual, 63% eran blancos. 54.4% tenían sobrepeso u obesidad, la mayoría de HSH con obesidad percibía su peso inferior al real. Los HSH con obesidad refirieron las puntuaciones medias más altas en relación a la insatisfacción corporal ($F=10.61$, $p<.001$), este mismo grupo se identificó así mismo con mayor grasa corporal ($F=34.22$, $p<.001$) y baja estatura ($F=5.82$, $p<.001$), explorando la propensión del individuo a buscar estímulos sexuales novedosos o riesgosos se clasificó por peso, encontrando que los HSH con sobrepeso reportaron los mayores puntajes ($F=2.77$, $p<.05$), en este sentido las conductas sexuales identificadas fueron múltiples parejas sexuales, 64.1% refirió sexo anal insertivo con un promedio de 3.91 socios, 56.5% sexo anal receptivo con un promedio de 2.96 parejas esto se relacionó con la búsqueda de sensaciones ($r=.45$, $p<.01$) y ($r=.320$, $p<.01$) respectivamente. Además, el 40.2% indicó haber practicado sexo anal sin condón, con un promedio de 1.85 parejas, lo cual también se asoció con la búsqueda de sensaciones ($r=.34$, $p<.01$), 56.5% refirió a comportamientos sexuales mayormente identificados en este grupo fueron múltiples parejas sexuales, ser la pareja receptiva ($r=.45$, $p<.05$) y coito anal sin uso de condón ($r=.34$, $p<.05$).

Márquez (2022) desarrollo un estudio con cinco HSH. El objetivo analizar cómo operan los marcos normativos estéticos, sanitarios y morales sobre la gordura en los procesos de subjetivación y en el reconocimiento corporal de varones homosexuales en la ciudad de Puebla. Los HSH refirieron subjetivaciones de cargas negativas que los

posiciona en el plano del exceso (exceso de comida, exceso de estar sentado, exceso de cansancio) y la falta (falta de movimiento, falta de amor propio, falta de voluntad), se identificaron expresiones como frustración, la decepción, la tristeza “lo gordo no alude solamente al peso corporal que porte alguien, sino que implica encarnar muchas otras cosas negativas”, “ay, es que de seguro estoy gordo porque tengo muchas emociones que no expreso”. Se encuentran una insatisfacción consigo mismo, que se ata con otros fenómenos de la vida psíquica como ansiedad, baja autoestima o traumas que modifican su imagen corporal creando una imagen-cuerpo que actúa como transformadora de su mirada sobre su propio cuerpo y que, además, puede mediar en sus relaciones con los demás (especialmente en sus relaciones). “Éste es un proceso complejo que no sólo se ajusta a la manera en la que el “yo” desea proyectarse para ser percibido positivamente, sino también a la preocupación constante por no revelar en exceso la propia identidad (corporal)”, esto relacionado con la búsqueda de sensaciones y al uso de plataformas digitales “entro al chat o a las apps y pongo algo así de -busco maduro activo que quiera pasarla rico con pasivo joven gordito-” Si tenemos buen match, pues guardo sus contactos y tenemos encuentros ocasionales. “Efectivamente, yo entiendo que un mejor cuerpo va a ser ese vehículo que me va a permitir más encuentros con quien considere más atractivo o con quien yo quiera.”

Actitud hacia el uso del condón

Moskowitz y Seal (2010) realizaron un estudio con 576 HSH para examinar la práctica del coito anal entre HSH con sobrepeso y obesos, y evaluar la consistencia en el uso del preservativo. Utilizando regresión múltiple, encontraron que el sobrepeso se asociaba negativamente con el rechazo de parejas sexuales, ($t=-2.63$, $p<.01$, $\beta=-.11$), y con el número de parejas reales de relaciones sexuales anales, ($t=-2.36$, $p<.05$, $\beta=-.10$). Además, observaron que un mayor índice de masa corporal (IMC) se relacionaba negativamente con el uso del condón durante el coito anal. Además, observaron que un mayor índice de masa corporal (IMC) se relacionaba negativamente con el uso del

condón durante el coito anal ($t=-2.40, p<.05, \beta=-.12$), número de parejas con relaciones sexuales anales ($t= -2.94, p<.01, \beta=-.14$), así como nunca rechazar a las parejas sexuales ($t=-2.80, p<.01, \beta=-.13$), también fueron predictores estadísticamente significativos de la disminución del uso del condón.

Meanley et al. (2014) exploraron a 431 HSH con el objeto de examina la relación entre el índice de masa corporal (IMC), imagen corporal y las conductas sexuales de riesgo sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Reportando que los participantes con un IMC superior a 27 tenían mayores probabilidades de participar en relaciones sexuales anales receptivas sin protección con cada aumento adicional de unidad de IMC ($OR=1.04, 95\% IC=1.02, 1.06, p<.001$). Encontramos una relación negativa entre relaciones sexuales anales receptivas sin protección y la atribución del cuerpo ($OR=.83, 95\% IC=.73, .95, p<.05$). Observamos una relación lineal entre el índice de masa corporal y el número de parejas relaciones sexuales anales receptivas sin protección ($OR=.12, 95\% IC=.05, .33, p<.05$) expresando incomodidad al usar condón, lo que sugiere que los HSH tienen menos confianza en su capacidad para negociar condones con una pareja sexual. Los autores 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 ($OR=1.33, p<.05$) se asociaron con el uso del condón.

Schnarrs et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de comprender cómo la identidad del oso influyó en el uso del condón durante el último evento de sexo anal en 1080 HSH, se encontró una relación significativa entre la relación del participante con su pareja más reciente y la identidad de oso de su pareja sexual más reciente ($\chi^2=15.53, p<.01$). Los hombres que declararon que su última pareja sexual había sido un oso eran significativamente menos propensos a haber utilizado un preservativo durante el sexo anal receptivo ($\chi^2=11.58, p<.01$) así como el insertivo ($\chi^2=7.47, p<.05$). 30% participantes declararon haber utilizado preservativo durante la última relación sexual anal insertiva y el 28% durante la última relación sexual anal

receptiva. Los hombres que declararon que su última pareja sexual había sido un oso eran significativamente menos propensos a declarar haber utilizado un preservativo durante el sexo anal receptivo ($\chi^2=11.58, p<.01$) e insertivo ($\chi^2=7.47, p<.05$), lo que sugiere que estas refirieron no utilizar el preservativo por miedo a disuadir la relación.

Quidley-Rodríguez y De Santis (2022) entrevistaron a 25 HSH con el objetivo de describir el proceso de toma de decisiones sexuales entre hombres gay y bisexuales que se identifican como osos. Identificando que las razones citadas para no usar condones fueron participar en actividades que se percibían como de menor riesgo potencial para la transmisión del VIH, como el sexo oral, los condones disminuyen la sensación física que causaba que el participante perdiera una erección y los condones eran pesados. Los condones disminuyen las sensaciones placenteras durante las relaciones sexuales. En el momento en que me pongo un condón, [el pene] simplemente baja. Mi erección desaparece”. Los condones se perciben como molestos, interrumpen los momentos sexuales y ralentizan el impulso. El contacto físico de sentirlo por dentro, desde adentro, no hay barrera allí. Es sólo esa cercanía. Se siente más intenso porque sabes que no hay barreras. Es sólo piel con piel. El uso de condones puede percibirse como una molestia que interrumpe el momento sexual. Así, en un intento por mantener el momento sexual, no se puede mencionar ni utilizar condones.

Apoyo social de pareja para sexo seguro

Meanley et al. (2014) exploraron a 431 HSH con el objeto de examina la relación entre el índice de masa corporal (IMC), imagen corporal y las conductas sexuales de riesgo sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Reportando que los participantes con un IMC superior a 27 tenían mayores probabilidades de participar en relaciones sexuales anales receptivas sin protección con cada aumento adicional de unidad de IMC ($OR=1.04, 95\%, IC=1.02, 1.06, p<.001$). Encontramos una relación negativa entre relaciones sexuales anales receptivas sin protección y la atribución del cuerpo ($OR=.83, 95\%, IC=.73, .95, p<.05$). Observamos una relación lineal entre el

índice de masa corporal y el número de parejas relaciones sexuales anales receptivas sin protección ($OR=.12$, 95%, $IC=.05$, $.33$, $p<.05$) expresando incomodidad al usar condón, lo que sugiere que los HSH tienen menos confianza en su capacidad para negociar condones con una pareja sexual. Los autores 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 ($OR =1.33$, $p<.05$) se asociaron con el uso del condón.

Quidley-Rodríguez y De Santis (2022) entrevistaron a 25 HSH con el objetivo de describir el proceso de toma de decisiones sexuales entre hombres gay y bisexuales que se identifican como osos. Identificando que las razones citadas para no usar condones fueron participar en actividades que se percibían como de menor riesgo potencial para la transmisión del VIH, como el sexo oral, los condones disminuyen la sensación física que causaba que el participante perdiera una erección y los condones eran pesados. Los participantes informaron que una mayor confianza percibida entre las parejas sexuales puede conducir a la participación en sexo anal sin condón, los participantes informaron que usaban condones si estos hombres no estaban familiarizados con su pareja, no se discutía el estado serológico respecto del VIH o si participaban en actividades sexuales fuera de una relación. Los participantes, la edad puede afectar la percepción del riesgo de contraer VIH. Era posible que los hombres osos gay y bisexuales más jóvenes no consideren de inmediato las consecuencias asociadas con CAS, sin embargo, algunos participantes reconocieron que ser mayores los animaba más a participar en sexo anal sin condón.

Guedes en 2022 realizó un estudio en 100 HSH con la intención de comprender las posibles asociaciones entre la influencia de los ideales culturales dominantes en la salud mental y sexual de hombres homosexuales autoidentificados como "osos". Los resultados demostraron un promedio de edad de 35.91 años, el peso promedio fue de 104.04 kg con un IMC promedio de 33.22, respecto a su orientación sexual reportaron identificarse como homosexuales, sin embargo, refirieron mayor ocultamiento social de

su identidad ($r = -.28, p < .01$), a menor identificación social como homosexual mayor fue la homofobia internalizada ($r = -.35, p < .01$), se identificó que a mayor índice de masa corporal mayor es el acoso heterosexual ($r = .24, p < .05$), a mayor experiencia de acoso heterosexual sufrido, mayores eran los índices de ansiedad y depresión ($r = .41, p < .01$), cuanto mayor era la interiorización de estas representaciones, menor era la búsqueda de apoyo emocional en redes de apego ($r = -.33, p < .01$), los participantes que compartían su orientación sexual con otros lograban tener menos apoyo emocional ($r = -.50, p < .001$), así mismo, se observó que a mayor edad, menor tendencia a buscar apoyo emocional en las redes de apego ($r = -.33, p < .01$), lo que pudiera estar relacionado con las prácticas sexuales de riesgo.

Autoeficacia para el uso del condón

Moskowitz y Seal (2010) realizaron un estudio en 576 HSH para examinar la práctica del coito anal entre HSH con sobrepeso y obesos, y evaluar la consistencia en el uso del preservativo. Identificando que el exceso de peso se relacionaba negativamente con el rechazo de parejas sexuales, ($t = -2.63, p < .01, \beta = -.11$), y con el número de parejas reales en las relaciones sexuales anales, ($t = -2.36, p = .02, \beta = -.10$). Además, se encontró que a mayor IMC se relacionó negativamente con el uso del condón durante el coito anal ($t = -2.40, p = .02, \beta = -.12$), con el número de parejas en las relaciones sexuales anales ($t = -2.94, p < .01, \beta = -.14$) y con tendencia a nunca rechazar sus parejas sexuales ($t = -2.80, p < .01, \beta = -.13$). Estos factores también se identificaron como predictores estadísticamente significativos de la disminución en el uso del condón.

Meanley et al. (2014) exploraron a 431 HSH con el objeto de examina la relación entre el índice de masa corporal (IMC), imagen corporal y las conductas sexuales de riesgo sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Los resultados identificaron que los participantes con un IMC superior a 27 tenían mayores probabilidades de participar en relaciones sexuales anales receptivas sin protección con cada aumento adicional de unidad de IMC ($OR = 1.04, 95\%, IC = 1.02, 1.06, p < .001$).

Asimismo, se observó una relación negativa entre relaciones sexuales anales receptivas sin protección y la atribución del cuerpo ($OR=.83$, 95%, $IC=.73$, $.95$, $p<.05$).

Observamos una relación lineal entre el IMC y el número de parejas relaciones sexuales anales receptivas sin protección ($OR=.12$, 95%, $IC=.05$, $.33$, $p<.05$) expresando incomodidad al usar condón, lo que sugiere que los HSH tienen menos confianza en su capacidad para negociar condones con una pareja sexual. Los autores 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 ($OR=1.33$, $p<.05$) se asociaron con el uso del condón.

Schnarrs et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de comprender cómo la identidad del oso influyó en el uso del condón durante el último evento de sexo anal en 1080 HSH, se encontró una relación significativa entre la relación del participante con su pareja más reciente y la identidad de oso de su pareja sexual más reciente ($\chi^2=15.53$, $p<.01$). Los hombres que declararon que su última pareja sexual había sido un oso eran significativamente menos propensos que utilizaran un condón durante el sexo anal receptivo ($\chi^2=11.58$, $p<.01$) e insertivo ($\chi^2=7.47$, $p<.05$). 30% participantes declararon haber utilizado preservativo durante la última relación sexual anal insertiva y el 28% durante la última relación sexual anal receptiva. Los hombres que declararon que su última pareja sexual había sido un oso eran significativamente menos propensos a declarar haber utilizado un preservativo durante el sexo anal receptivo ($\chi^2=11.58$, $p<.01$) e insertivo ($\chi^2=7.47$, $p<.05$), lo que sugiere que estas refirieron no utilizar el preservativo por miedo a disuadir la relación.

Quidley-Rodríguez y De Santis (2022) entrevistaron a 25 HSH con el objetivo de describir el proceso de toma de decisiones sexuales entre hombres gay y bisexuales que se identifican como osos. Identificando que las razones citadas para no usar condones fueron participar en actividades que se percibían como de menor riesgo potencial para la transmisión del VIH, como el sexo oral, los condones disminuyen la sensación física que

causaba que el participante perdiera una erección y los condones eran pesados. Muchos participantes informaron que CAS era más placentero y menos oneroso que usar condón. El uso de condones puede percibirse como una molestia que interrumpe el momento sexual. Así, en un intento por mantener el momento sexual, no se puede mencionar ni utilizar condones. En algunos casos, los participantes pueden haber participado en sexo anal sin condón porque estos hombres no querían perder a su pareja sexual. Cuando se les preguntó acerca de las consecuencias positivas de sexo anal sin condón, algunos participantes percibieron que pedirle a una pareja sexual que use condón puede disuadir a esa pareja sexual de participar en actividades sexuales.

Consumo de sustancias en relaciones sexuales

Molina (2018) examinó a 11 HSH con el propósito de identificar las estrategias personales y los procesos socioculturales que llevan a un grupo de hombres homosexuales a reproducir un tipo de masculinidad, que pareciera que está en contra de ellos mismos, mediante la identidad osuna. Reportando que, el consumo de cerveza está estrechamente relacionado con la identidad, mientras que el uso de sustancias como el cigarrillo, la marihuana y la cocaína se consideran a menudo un símbolo de masculinidad. Además de esos productos también consumen servicios y personas, consumir un stripper tiene también estas lógicas de género. En la idea de lo masculino (el cabrón) versus lo femenino (la obvia). Lo que determina para ellos que algo sea interpretado como masculino o femenino no depende del consumo en sí (consumir un stripper, una cerveza o un cigarro) sino de la forma en la que se lleva a cabo la práctica. Un espacio de ligue, promiscuidad y sexo desenfrenado.

Guedes en 2022 realizó un estudio en 100 HSH con la intención de comprender las posibles asociaciones entre la influencia de los ideales culturales dominantes en la salud mental y sexual de hombres homosexuales autoidentificados como "osos". Los resultados demostraron un promedio de edad de 35.91 años, el peso promedio fue de 104.04 kg con un IMC promedio de 33.22, se identificó realizar conductas sexuales de

riesgo como múltiples parejas sexuales ocasionales ($r=.26, p<.01$), y práctica de sexo sin condón ($r=.34, p<.01$), los HSH reportaron microagresiones y acoso heterosexual, a mayor cantidad refirieron mayores índices de ansiedad y depresión ($r=.41, p<.01$), consumo de tabaco ($r=.26, p<.01$), alcohol ($r=.39, p<.01$) y marihuana ($r=.27, p<.01$).

Márquez (2022) desarrollo un estudio con cinco HSH. El objetivo analizar cómo operan los marcos normativos estéticos, sanitarios y morales sobre la gordura en los procesos de subjetivación y en el reconocimiento corporal de varones homosexuales en la ciudad de Puebla. Los HSH refirieron subjetivaciones de cargas negativas que los posiciona en el plano del exceso (exceso de comida, exceso de estar sentado, exceso de cansancio) y la falta (falta de movimiento, falta de amor propio, falta de voluntad), se identificaron expresiones como frustración, la decepción, la tristeza. Se encuentran una insatisfacción consigo mismo, que se ata con otros fenómenos de la vida psíquica como ansiedad, baja autoestima o traumas que modifican su imagen corporal creando una imagen-cuerpo que actúa como transformadora de su mirada sobre su propio cuerpo y que, además, puede mediar en sus relaciones con los demás (especialmente en sus relaciones), esto relacionado con la búsqueda de sensaciones y al uso de plataformas digitales “entro al chat o a las apps y pongo algo así de -busco maduro activo que quiera pasarla rico con pasivo joven gordito-” Si tenemos buen match, pues guardo sus contactos y tenemos a consumir sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales, de practicar sexo anal sin condón encuentros ocasionales. “Efectivamente, yo entiendo que un mejor cuerpo va a ser ese vehículo que me va a permitir más encuentros con quien considere más atractivo o con quien yo quiera”.

Intención de la conducta sexual

Moskowitz y Seal (2010) realizaron un estudio en 576 HSH para examinar la práctica del coito anal entre HSH con sobrepeso y obesos, y evaluar la consistencia en el uso del preservativo. En el análisis de regresión múltiple, se concluyó que el sobrepeso se asoció negativamente con el rechazo de las parejas sexuales, ($t=-2.63, p<.01, \beta= -.11$),

y con el número de parejas en las relaciones sexuales anales, ($t = -2.36, p = .02, \beta = -.10$). Así mismo, se observó que un mayor índice de masa corporal se relacionó negativamente con el uso de condón durante el coito anal ($t = -2.40, p = .02, \beta = -.12$), mayor número de parejas con relaciones sexuales anales ($t = -2.94, p < .01, \beta = -.14$) y nunca rechazar a las parejas sexuales ($t = -2.80, p < .01, \beta = -.13$), también fueron predictores estadísticamente significativos de la disminución del uso del condón.

Schnarrs et al. (2017), realizaron una investigación con el objetivo de comprender cómo la identidad del oso influyó en el uso del condón durante el último evento de sexo anal en 1080 HSH, se encontró una relación significativa entre la relación del participante con su pareja más reciente y la identidad de oso de su pareja sexual más reciente ($\chi^2 (253.2) = 15.53, p < .01$). Los hombres que declararon que su última pareja sexual había sido un oso eran significativamente menos propensos a declarar haber utilizado un preservativo durante el sexo anal receptivo ($\chi^2 = 11.58, p < .01$) e insertivo ($\chi^2 = 7.47, p < .05$). 30% participantes declararon haber utilizado preservativo durante la última relación sexual anal insertiva y el 28% durante la última relación sexual anal receptiva. Los hombres que declararon que su última pareja sexual había sido un oso eran significativamente menos propensos a declarar haber utilizado un preservativo durante el sexo anal receptivo ($\chi^2 = 11.58, p < .01$) y sexo anal insertivo ($\chi^2 = 7.47, p < .05$), lo que sugiere que estas refirieron no utilizar el preservativo por miedo a disuadir la relación.

Pereira en 2021 realizó un estudio en 741 HSH con el objetivo de evaluar los determinantes de la salud sexual (comportamiento y funcionamiento sexuales) en relación con el peso normal, el sobrepeso y la obesidad entre hombres homosexuales y bisexuales. Reportando que la media de edad fue de 43.3 años, 62.5% se identifican como homosexuales, respecto los participantes con sobrepeso y obesidad, reportaron comportamiento sexual de riesgo, encontrando resultados significativos para frecuencia de sexo anal receptivo sin condón ($F = 3.872; p = .022$), así mismo mostraron puntuaciones

más bajas de funcionamiento sexual general ($\beta = -0.062$, $t = -0.976$, $p = .033$). Se encontró una diferencia significativa al comparar la autoevaluación de la longitud del pene identificando tamaños más cortos en este grupo poblacional ($F = 6.023$; $p = .003$).

Homofobia internalizada

Liarte (2018) realizó una investigación con el objetivo de identificar las masculinidades entre varones que consumían espacios de sociabilidad atravesados por la categoría oso en la ciudad de Córdoba. Encontrando que la estigmatización social sobre la homosexualidad en al menos dos grandes situaciones: por un lado, como un componente a mantener en secreto en determinadas situaciones y, por otro lado, ocultarse en todo momento de interacción pública. Desde sus relaciones intrafamiliares, las percepciones sobre la homosexualidad como algo negativo ya sea como pecado, o ya sea como afeminamiento, además de visualizar la constitución de un cuerpo gordo como forma indeseable. Los varones entrevistados concordaron en que un objetivo fundamental fue la promesa de escoger un local fijo que albergara las reuniones semanales, instancias cuyo único propósito sería el levante. Dicha acción era definida como la búsqueda de parejas sexuales casuales y pasajeras, sin un aparente deseo de prolongación posterior a la relación sexual.

Molina (2018) examinó a 11 HSH con el propósito de identificar las estrategias personales y los procesos socioculturales que llevan a un grupo de hombres homosexuales a reproducir un tipo de masculinidad, que pareciera que está en contra de ellos mismos, mediante la identidad osuna. Identificando que los participantes tienden a rechazarse a sí mismos por su identidad sexual “No debes de ser jotito (refiriéndose a sí mismo), debes de ser un cabrón, no tan obvio porque la gente se va a burlar de ti, no me gusta que se burlen de mí, se burlaban bastante y me dije ‘es que también tú te prestas’, así mismo se tienden a rechazar por percepción corporal “Me sentía muy incómodo con mi cuerpo”. Era muy complicado al momento de tener relaciones, las tenía, pero no como un punto placentero, ¿sabes? era una necesidad social.

Guedes en 2022 realizó un estudio en 100 HSH con la intención de comprender las posibles asociaciones entre la influencia de los ideales culturales dominantes en la salud mental y sexual de hombres homosexuales autoidentificados como "osos". Los resultados demostraron un promedio de edad de 35.91 años, el peso promedio fue de 104.04 kg con un IMC promedio de 33.22, respecto a su orientación sexual reportaron identificarse como homosexuales, sin embargo, refirieron mayor ocultamiento social de su identidad ($r = -.28, p < .01$), a menor identificación social como homosexual mayor fue la homofobia internalizada ($r = -.35, p < .01$), se identificó que a mayor índice de masa corporal mayor es el acoso heterosexual ($r = .24, p < .05$), a mayor experiencia de acoso heterosexual sufrido, mayores eran los índices de ansiedad y depresión ($r = .41, p < .01$), cuanto mayor era la interiorización de estas representaciones, menor era la búsqueda de apoyo emocional en redes de apego ($r = -.33, p < .01$), los participantes que compartían su orientación sexual con otros lograban tener menos apoyo emocional ($r = -.50, p < .001$), así mismo, se observó que a mayor edad, menor tendencia a buscar apoyo emocional en las redes de apego ($r = -.33, p < .01$), lo que pudiera estar relacionado con las prácticas sexuales de riesgo.

Búsqueda de sensaciones sexuales

Benavides-Meriño en 2016 desarrolló una investigación en seis HSH con el propósito de Identificar las significaciones que hacen de su rol de género por medio de los principales símbolos y clasificaciones propios de la subcultura; indagar en torno a la vinculación emocional y sexual respecto a otros gays y osos; y conocer la socialización de sus masculinidades osos entre sí y con otras masculinidades gays. Identificando en las entrevistas un comportamiento sexual elevadamente activo, definida como hipersexual y morbosa, en la que el sexo casual y la promiscuidad son la tónica experiencial. Pese a reconocerse preferencias por un cuerpo oso al pensar en una posible pareja sexual, ello

no sería determinante al momento de concretar encuentro alguno, pues manifiestan tener una diversa gama de parejas previas.

Goedel et al., (2016) llevaron a cabo un estudio para conocer la influencia de la imagen corporal en la conducta sexual de riesgo en HSH de entre 13 y 26 años. La media de edad fue de 31.73 años, 98.9% se identificaron como gay o bisexual, 63% eran blancos. 54.4% tenían sobrepeso u obesidad, la mayoría de HSH con obesidad percibía su peso inferior al real. Los HSH con obesidad refirieron las puntuaciones medias más altas en relación a la insatisfacción corporal ($F=10.61, p<.001$), y este grupo también se identificó con mayores niveles de grasa corporal ($F=34.22, p<.001$) y estatura más baja ($F=5.82, p<.001$), explorando la propensión del individuo a buscar estímulos sexuales novedosos o riesgosos se clasificó por peso, encontrando que los HSH con sobrepeso reportaron los mayores puntajes ($F=2.77, p<.05$), las conductas sexuales identificadas fueron múltiples parejas sexuales, 64.1% refirió sexo anal insertivo ($r=.45, p<.01$) con un promedio de 3.91 socios y 56.5% sexo anal receptivo ($r=.320, p<.01$) con un promedio de 2.96 parejas esto se relacionó con la búsqueda de sensaciones. Por otro lado, 40.2% reportó prácticas sexuales anales sin condón, con un promedio de 1.85 parejas. Esta práctica se relacionó con mayor búsqueda de sensaciones ($r=.34, p<.01$), 56.5% refirió a comportamientos sexuales mayormente identificados en este grupo fueron múltiples parejas sexuales, ser la pareja receptiva ($r=.45, p<.05$) y coito anal sin uso de condón ($r=.34, p<.05$).

Molina (2018) examinó a 11 HSH con el propósito de identificar las estrategias personales y los procesos socioculturales que llevan a un grupo de hombres homosexuales a reproducir un tipo de masculinidad, que pareciera que está en contra de ellos mismos, mediante la identidad osuna. Reportando que los que se nombran a sí mismos como un perro se enorgullecen de mentir a sus parejas sexuales para conseguir un encuentro, romper acuerdos monógamos con sus parejas amorosas con el argumento de “soy hombre y así somos los hombres” y exponerse a situaciones de riesgo como

sexo desprotegido y en lugares consideran peligros, de mala muerte. La mayoría son muy orgullosos de ser pasivos, de recibir y no de dar.

Conducta sexual

Moskowitz et al. (2013) analizaron una muestra de 531 HSH con el propósito de explorar los factores físicos, conductuales y psicológicos en hombres que tienen sexo con hombres que se identifican como osos. Reportando que, el 73.3% se identificó como homosexual. Este grupo mostró una mayor tendencia a buscar parejas con más vello corporal ($OR=1.47$, 95% $IC=1.19-1.81$, $p<.001$). La relación entre los osos y sus parejas estuvo mediada por el peso ($z=2.26$, $p<.02$) Además, se reportó que estos hombres eran menos propensos a nunca rechazar parejas sexuales, aunque mostraron una mayor tendencia a rechazar parejas demasiado jóvenes. Los osos también se identificaron con mayores grados de masculinidad ($OR=5.26$, 95% $IC=2.37-11.63$, $p<.001$), y menores niveles de autoestima ($OR=3.11$, 95% $IC=1.68-5.76$, $p<.001$). En relación con sus conductas sexuales tendían a realizar prácticas sexuales de mayor riesgo, refiriendo tener 3 veces más probabilidad de practicar el *fisting* receptivo (introducción de la mano o el brazo para sexo anal) ($\chi^2=6.85$, $p<.01$) y 2 veces más de ser incentivos ($\chi^2=4.49$, $p<.05$). Otros comportamientos identificados en este grupo poblacional fue el exhibicionismo ($\chi^2=12.02$, $p<.01$) y *voyeurismo* ($\chi^2=7.99$, $p<.01$).

Smith y Amaro (2021) realizaron una investigación en 316 HSH con el objetivo de explicar la relación entre el peso corporal, la posición sexual, la raza y el uso de condones. Encontrado que la media de edad fue de 39.35 años, se identificó que el 58.93% de HSH con obesidad, 55.41% eran de etnia blanca, respecto a la posición sexual 36.51% refirió ser activo. Los HSH con obesidad tenían mayores probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección ($OR=.925$, $SE=.006$, $p<.001$), con relación a la posición sexual se evidencio los HSH incentivos tenían mejores prácticas de sexo seguro ($OR=1.381$, $SE=.0104$, $p<.001$), de igual forma los que se identifican como

versátiles ($OR=1.266$, $SE=.009$, $p<.001$). En cuanto a la raza, se identificó que los hombres negros tenían una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales sin condón ($OR=1.5464$, $SE=.012$, $p<.001$). Se identificó discriminación percibida hacia los HSH con peso corporal elevado ya que refirieron ser mayormente pasivos/afeminados latinos o con piel de color ($p<.001$).

Guedes en 2022 desarrolló un estudio en 100 HSH con la intención de comprender las posibles asociaciones entre la influencia de los ideales culturales dominantes en la salud mental y sexual de hombres homosexuales autoidentificados como "osos". Los resultados mostraron una media de edad de 35.91 años, el peso promedio de 104.04 kg con un IMC promedio de 33.22. En relación con los ideales, se identificó que un mayor IMC se asociaba con un incremento en el acoso heterosexual ($r=.24$, $p<.05$). Además, los participantes presentaron una menor búsqueda de apoyo emocional ($r= -.50$, $p<.001$), Se observó que, a mayor edad, existía un mayor apego a los estereotipos de masculinidad ($r=.25$, $p<.01$), y los HSH tendían a buscar parejas que compartieran este mismo estereotipo ($r= .36$, $p<.01$), así mismo, a mayor edad, refirieron menores tasas de apoyo emocional ($r= -.33$, $p<.01$). Respecto a su orientación sexual, la mayoría se identificaron como homosexuales, sin embargo, no compartían abiertamente su orientación ($r= -.28$, $p<.01$). En relación con esto, se observó que una menor identificación social como homosexual se asociaba con un mayor nivel de homofobia internalizada ($r= -.35$, $p<.01$), la cual, a su vez, estaba vinculada a representaciones sociales homonegativas ($r= -.36$, $p < .01$). En cuanto a las prácticas sexuales, manifestaron rechazar parejas afeminadas ($r_{(98)} = .31$, $p < .01$), lo que reflejó un rechazo hacia expresiones femeninas. También se identificaron conductas sexuales de riesgo, como tener múltiples parejas sexuales ocasionales ($r= .26$, $p<.01$), y práctica de sexo sin condón ($r=.34$, $p<.01$). Los HSH reportaron experiencias de microagresiones y acoso heterosexual; a mayor cantidad de estas experiencias, se observaron mayores índices de

ansiedad y depresión ($r=.41, p<.01$), así como un incremento en el consumo de tabaco ($r=.26, p<.01$), alcohol ($r=.39, p<.01$) y mariguana ($r=.27, p<.01$).

Síntesis de estudios relacionados

Los estudios anteriormente analizados fueron desarrollados principalmente en Estados Unidos, Corea, Europa y México, estos últimos forman parte de literatura cualitativa. Estos estudios refieren la población de HSH con influencia estadounidense debido a que los grupos analizados responden a subcategorías como “osos”, “twinks” y “cubs” categorías que en población mexicana es difícil identificar, sin embargo, comparten características físicas con las analizadas en este estudio, tomando en cuenta este aspecto y que la mayoría se identifican como homosexual, lo cual permite considerarlos de forma conjunta.

En relación con la autoestima, se identificó niveles bajos, estos niveles están ligados a factores como críticas sociales que genera en ellos mayor frecuencia de discriminación dada su condición física, ideología sexual e imagen corporal. Estas características detonan en comportamientos ligados a trastornos emocionales como el consumo desmedido de alimentos, inactividad física y la desacreditación personal, juzgándose o percibiéndose en base a estas creencias o ideologías. Se ha identificado que los HSH desarrollan un comportamiento masculino mayormente relacionado con hombres heterosexuales en lo que involucran el rechazo a los HSH con comportamientos afeminados, esto podría ser un mecanismo de defensa ante estas críticas sociales.

Respecto a su imagen corporal, esta se ve condicionada por los estándares sociales que genera comentarios negativos hacia su persona refiriendo una insatisfacción corporal relacionada a su peso corporal, lo cual ha generado en ellos una imagen auto percibida de decepción y tristeza aunada a su baja autoestima, en relación con esto, se ha identificado que algunos han desarrollado mecanismos de defensa como la distorsión de su imagen corporal percibiéndose con un peso corporal diferente al que realmente

tienen, sin embargo, otros HSH identifican esta imagen como preocupante ya que aunada a su identidad sexual se consideran indeseables sexualmente cediendo ante comportamientos riesgosos como múltiples parejas sexuales o relaciones sexuales anales sin uso del condón.

En relación con la actitud hacia el uso del condón, los estudios no mencionan si se realiza indaga directamente sobre este aspecto, se puede identificar que la mayoría de HSH no desarrollan actitudes favorables hacia el uso de este, dado que consideran que los condones son molestos, disminuyen la sensación física, placentera y genera la pérdida de erección con sus parejas sexuales. Estos comportamientos pudieran estar ligados a la inseguridad que presentan aunada a la carente negociación del uso del condón, esto le ha llevado a realizar prácticas sexuales riesgosas.

Con relación a esto se sugiere contar con el apoyo sexual de pareja para sexo seguro, en relación a esto la literatura refiere que muchas veces los HSH son incapaces de buscar apoyo social como resultado de la presión social, acoso heterosexual, esto ha desarrollado en ellos comportamientos como el tener contactos consensuados con su pareja sin el uso del condón, a pesar de que identificar el apoyo de pareja como algo necesario, sin embargo, dada la carencia de autoestima personal y sexual se ha generado en ellos un ocultamiento de su identidad sexual e inclusive desarrollando cuadros de ansiedad, depresión y homofobia internalizada.

Respecto a la búsqueda de sensaciones sexuales, la literatura refiere que este grupo poblacional evidencia muchas características relacionadas con conductas heterosexuales, que reflejan una masculinidad hegemónica. Muchos creen que tener múltiples parejas sexuales les proporciona una mayor aceptación social, incluso si ya están en una relación estable. Sin embargo, a menudo no consideran las consecuencias de sus acciones, como el riesgo asociado a prácticas sexuales sin protección. Además se ha observado que la búsqueda de nuevas experiencias sexuales los lleva a participar en actividades poco comunes, como el *fisting*, *crusing* o *voyerismo*.

En este sentido se puede intuir que los HSH no son eficaces de utilizar de forma efectiva el condón, esto no se ha cuestionado de forma directa, sin embargo, dadas las relaciones entre las múltiples parejas sexuales, el sexo anal sin condón y la actitud ante los mismos se puede discernir que carecen de esta habilidad para protegerse y proteger a su pareja. Así mismo la literatura refiere que el rol sexual es importante dado que cuando un HSH desempeña un rol insertivo tiene mayores oportunidades de utilizar un condón que cuando desempeña un rol receptivo.

Con relación a esto otro factor importante es el consumo de sustancias dado que la literatura refiere que estas se ven involucradas en una mayor búsqueda de múltiples parejas sexuales, aunado a esto se ha reportado que el consumo de tabaco, alcohol y drogas principalmente la mariguana tiende a condicionar el desarrollo de prácticas sexuales riesgosas. A pesar del desarrollo de estas prácticas y los comportamientos referidos queda de manifiesto que los HSH se identifican como homosexuales, sin embargo, sus identidades sexuales y comportamientos son realizados de forma clandestina esto debido a la presión social reportada, sumado a esto tienden a presentar doble estigmatización, principalmente por su identidad sexual y por la percepción del peso lo que manifiestan como homofobia internalizada y estigma del peso corporal.

Se ha identificado que la probabilidad de usar el condón en relación a la pareja sexual se ve limitada al tipo de pareja ya que los HSH refieren sentir mayor atracción por personas con sus mismas características físicas, a pesar de que esto es un factor importante a considerar ya que se percibe que estas parejas son más deseadas al momento de buscar parejas tienden a aceptar cualquier pareja sexual sin importar si esta comparte características similares a las descritas, así mismo refieren que al acceder a múltiples parejas con frecuencia no utilizan el condón por miedo de perder ese contacto sexual.

En este sentido se ha descrito que la conducta sexual puede estar relacionada a diferentes actitudes y comportamientos, evidenciando que el consumo de sustancias

permite un contacto sexual riesgoso así mismo la búsqueda de sensaciones sexuales dentro de este grupo es uno de los elementos que permite incrementar el riesgo dadas las actividades que refieren suelen desarrollar durante un acto sexual, así mismo un factor de importancia es el rechazo auto percibido el cual está relacionado con la permisividad de contactos sexuales sin condón, identificando que estas conductas ponen en riesgo a esta población de desarrollar no solo infecciones de trasmisión sexual sino posibles trastornos físicos, psicológicos y emocionales.

JUSTIFICACIÓN

El estudio de las conductas sexuales de riesgo en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad es fundamental debido a las complejas interacciones entre factores sociales, psicológicos y físicos que aumentan la vulnerabilidad de este grupo a las infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente el VIH/SIDA. Este grupo se enfrenta a un doble estigma, tanto por su orientación sexual como por su exceso de peso corporal, lo que puede influir en su salud sexual y en su capacidad para negociar prácticas sexuales seguras.

El VIH sigue siendo una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel mundial, y América Latina es una de las regiones más afectadas. De acuerdo con los datos del CENSIDA (2022), la prevalencia de VIH es especialmente alta en la población masculina, con los HSH siendo la población más afectada. A pesar de la creciente conciencia sobre la importancia del uso de condón, factores como el consumo de sustancias, la percepción de riesgo disminuida, la discriminación social y la baja autoestima pueden influir negativamente en las conductas sexuales de los HSH, incrementando así su riesgo de exposición al VIH y otras ITS.

En particular, el estigma asociado tanto con la obesidad como con la orientación sexual crea un entorno complejo que afecta la autoestima y la salud mental de los HSH obesos. Estos factores pueden llevar a la adopción de estrategias de afrontamiento

inadecuadas, como la aceptación de relaciones sexuales sin protección para evitar el rechazo social, lo que aumenta el riesgo de transmisión de ITS. Además, la búsqueda de aceptación en plataformas virtuales, un fenómeno cada vez más común, puede proporcionar un espacio donde las conductas sexuales de riesgo se incrementan, especialmente cuando se combinan con el consumo de alcohol o drogas.

El enfoque propuesto, basado en el Modelo de Conducta Integrada, se justifica debido a su capacidad para integrar diversos factores que influyen en las conductas sexuales, tales como la percepción de riesgo, la autoeficacia en el uso del condón, la actitud hacia la protección y las influencias sociales. Este modelo no solo proporciona una estructura para entender las conductas de riesgo, sino que también permite desarrollar intervenciones más efectivas que aborden de manera integral tanto los factores psicológicos como los sociales y físicos que afectan la salud sexual de los HSH con obesidad.

Es urgente la necesidad de profundizar en la comprensión de este fenómeno, ya que existe una falta de estudios que aborden de manera conjunta la interacción de estos factores en la población HSH con obesidad. La información generada a través de este estudio no solo enriquecerá el conocimiento académico, sino que también proporcionará herramientas prácticas para la enfermería y otras disciplinas de la salud, con el objetivo de diseñar intervenciones específicas que reduzcan los riesgos asociados a las ITS, especialmente el VIH/SIDA, en este grupo vulnerable. Asimismo, se contribuirá a la creación de un entorno social más inclusivo y menos estigmatizante, favoreciendo un cambio en las conductas sexuales de los HSH obesos, lo que tendrá un impacto positivo en su salud sexual y bienestar general.

Este modelo incluyó nueve hipótesis que fueron probadas durante la fase cualitativa a través de modelos de ecuaciones estructurales.

HIPÓTESIS

1. Existe relación entre la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social.
2. La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen directamente en la conducta sexual.
3. La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón.
4. La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.
5. Existe relación entre la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón.
6. La percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en la conducta sexual.
7. La percepción de riesgo de VIH, estigma sexual, actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.
8. Existe relación entre el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.
9. El consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la

habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales influyen en la conducta sexual.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el modelo final de conducta sexual para “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con obesidad a partir de un modelo mixto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer relación entre las variables resultantes de las categorías desarrolladas a partir de la exploración cualitativa.
2. Refinar el modelo teórico a partir de las categorías y datos cualitativos obtenidos.
3. Ajustar a través de ecuaciones estructurales modelos de las interrelaciones y efectos directos e indirectos entre los factores psicosociales, creencias y factores proximales obtenidos en el modelo cualitativo de conducta sexual para “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con obesidad.

Es importante mencionar que, tras el segundo objetivo específico, se definieron nuevos conceptos derivados de la fase cualitativa, lo que llevó a la creación de un nuevo modelo. Además, el tercer objetivo específico se abordó en esta misma fase utilizando los nuevos conceptos, lo que permitió, posteriormente, evaluar el modelo.

Definición de Términos

Depresión sexual

Estado de ánimo caracterizado por emociones negativas que afectan la percepción y calidad de vida sexual de una persona. Surge a partir de dificultades para establecer o mantener relaciones íntimas o participar en actividades sexuales, generando sentimientos de insatisfacción, desánimo o tristeza. Se midió a través de la Escala de sexualidad (Snell & Papini, 1989).

Autopercepción de grasa corporal

Interpretación que refleja como el individuo valora y entiende su propio cuerpo, basándose en sus experiencias y creencias. Las cuales se manifiesta en la forma en la que percibe, imagina y siente con respecto a la cantidad de grasa corporal que cree tener. Se midió a través de la Subescala de preocupación por la baja grasa corporal de la Escala de actitudes masculinas hacia el cuerpo (Castillo et al., 2018).

Apoyo social

Es la percepción de recursos y respaldo recibido por la red de personas con las que relaciona un individuo, así como el grado de satisfacción experimentado a partir de las sensaciones de estas representaciones y estímulos. Se midió a través de la Subescala de apoyo social de personas significativas de la Escala multidimensional del apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

Percepción de riesgo de VIH

Evaluación subjetiva sobre el grado de vulnerabilidad considerando la probabilidad de contraer VIH ante diversos comportamientos o situaciones sexuales. Las cuales pueden estar influenciadas por creencias erróneas o desinformación, incrementando el riesgo de comportamientos sexuales no seguros y reduciendo las medidas de protección efectivas. Se midió a través de la Subescala de prácticas sexuales de riesgo de la Escala percepción de riesgo ante el VIH en hombres (Sánchez et al., 2021).

Estigma sexual

Surge de normas culturales que a través de un conjunto de actividades o conductas involucran comportamientos generalmente negativos como discriminación, burlas, violencia o exclusión social los cuales están relacionados con la identidad o conducta sexual de una persona. Se midió a través de la Subescala de estigma percibido de la Escala de estigma sexual de Neilands (Korhonen et al., 2022).

Actitud hacia el condón

Es una evaluación positiva o negativa basada en sentimientos, experiencias o creencias que experimenta una persona ante el uso y manipulación del condón durante una práctica sexual. Se midió a través de la Subescala de placer de la Escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón (Helweg-Larsen & Collins, 1994).

Autoeficacia para uso consistente del condón

Es la confianza y capacidad percibida para llevar y usar de forma correcta y frecuente el condón durante sus relaciones sexuales. Se midió a través de la Subescala uso consistente del condón de la Escala Autoeficacia para el uso del condón (Hanna, 1999).

Consumo de sustancias en las relaciones sexuales

Uso y consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales, ya sea de manera individual o en pareja. Este comportamiento puede influir en la dinámica de la relación, la toma de decisiones y la salud sexual de los involucrados. Se midió a través del Cuestionario de Influencias Situacionales para la Conducta Sexual en HSH (ISCS-HSH) (Moral et al., 2016).

Uso de plataformas digitales para citas

Practica de utilizar sitios web y aplicaciones con el objetivo de conocer, concretar y/o establecer una conversación de carácter sexual o cortejo con la intención de concretar o establecer potenciales parejas románticas o encuentros sexuales. Se midió a través de la pregunta ¿Qué tan frecuente es que tengas relaciones con alguien que conociste en línea?

Intención de la conducta sexual

Disposición conductual manifestada por la persona y determinada por actitudes y creencias para llevar a cabo un comportamiento sexual. Esta intención refleja la motivación y el compromiso de actuar de determinada manera en el ámbito sexual, considerando factores como el deseo y la protección. Se midió a través de la Subescala

de intención del comportamiento de la Escala de fuerza de intenciones de implementación para el uso de condones (Nydegger et al., 2017).

Negociación sobre uso del condón

Estrategia y/o capacidad desarrollada para argumentar, solicitar y proponer la utilización del condón antes de mantener relaciones sexuales. Esta habilidad implica la comunicación efectiva y la creación de un ambiente de confianza, donde ambas partes puedan expresar sus deseos y preocupaciones respecto a la protección sexual. Esto es fundamental para fomentar prácticas sexuales seguras y consensuadas. Se midió a través de la Subescala de argumentos con carga emocional negativa del Cuestionario de estrategias de negociación del uso del preservativo (Gras et al., 2018).

Habilidad sobre uso del condón

Competencia, información y grado de dominio necesarios para manejar y utilizar un condón de manera efectiva durante las relaciones sexuales. Se midió a través de la Escala de problemas y errores en el uso del condón para hombres (M-CUES) (Crosby et al., 2015).

Búsqueda de sensaciones sexuales

Se refiere a la voluntad, interés o propósito por desarrollar acciones o actividades con el objetivo de satisfacer o generar placer erótico o sexual a partir de experiencias y sensaciones nuevas o novedosas. Se midió a través de la Escala de búsqueda de sensaciones sexuales (Kalichman & Rompa, 1995).

Conducta sexual

Práctica y comportamiento sexual relacionado con la actividad sexual de un individuo, estas pueden involucrar desde el uso de métodos de protección, elección de actividades sexuales, como sexo oral, anal y/o vaginal, rol sexual receptivo, insertivo o ambos, factores contextuales como el consumo de sustancias, número y tipo de parejas sexuales (estables, ocasionales o ambos). Refiriendo la decisión del individuo sobre las

estrategias adoptadas para garantizar o no su propio bienestar y protección durante un contacto sexual. Se midió a través del Cuestionario de conducta sexual segura (Dilorio, et al., 1992).

MATERIALES Y MÉTODOS

En este capítulo se describe la metodología del estudio, este capítulo se estructuró en dos fases, una cualitativa y otra cuantitativa. Cada fase se describió y abordó aspectos fundamentales como el diseño, la población, la muestra, el muestreo, los instrumentos de recolección, el procedimiento de recolección y el plan de análisis. Finalmente se presentan las consideraciones éticas para el estudio.

Fase Cualitativa

Diseño de Estudio

Esta investigación se fundamentó en el enfoque cualitativo, utilizando el método de Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). Este método se respaldó en el interaccionismo simbólico para guiar el diseño metodológico, permitiendo que los participantes, a través de sus relatos, expresaran el significado de las situaciones vividas. Este enfoque facilitó la construcción de categorías y el establecimiento de relaciones entre ellas.

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo constituida por HSH obesos, participantes que asistían a asociaciones no gubernamentales, centros de reunión y eventos sociales en Monterrey y su área metropolitana. El muestreo fue de tipo teórico, lo cual nos permitió seleccionar a los participantes que cumplían con los criterios establecidos en la investigación. La muestra estuvo constituida por 20 participantes, número que se consideró idóneo para alcanzar la saturación de los datos.

Criterios de Elegibilidad

Criterios de Inclusión. HSH que se percibieron y comprobaron tener obesidad, que en los últimos 12 meses refirieron haber tenido contacto sexual con al menos otro hombre, ya sea de forma receptiva (ser penetrados), insertiva (penetrar) o ambas, y que reportaron ser mayores de 18 años. Esto se evaluó mediante tres preguntas filtro: ¿Consideras que tienes obesidad?, edad en años cumplidos, y en los últimos 12 meses,

¿Qué tipo de relaciones sexuales tuviste? Con relación a la primera pregunta, la respuesta se comprobó mediante la toma de peso y talla, lo que permitió calcular el IMC, considerando idóneos aquellos participantes que obtuvieron un $IMC \geq 30$. Cabe destacar que aquellos HSH que presentaron un IMC menor a lo considerado se les permitió participar, aunque solo que se les aplicó una cédula resumida de datos (Anexo A), cuidando su confidencialidad y evitando algún grado de discriminación o rechazo.

Criterios de Exclusión. Participantes que no podían hablar o escuchar, cuyo sexo al nacer no fue masculino, y aquellos que mencionaron ser seropositivos. Para el primer criterio este se evaluó a través de la observación, los otros criterios se evaluaron por medio de dos preguntas filtro: ¿Cuál fue tu sexo designado al nacer?, y Actualmente ¿vives con VIH? (Anexo A). Aquellos participantes que reportaron ser de sexo femenino al nacer o vivir con VIH se les permitió participar aplicándoles una cédula resumida de datos (Anexo A), evitando en ellos algún sentimiento de discriminación o rechazo; sin embargo, estos no fueron considerados para el análisis.

Criterios de Eliminación. HSH que no terminaron la entrevista, aquellos que decidieron retirarse del estudio y los que no desearon ser grabados.

Instrumentos de Recolección de Datos Cualitativos

Para la recolección de los datos, se llevó a cabo en dos sesiones. La primera sesión consistió en la aplicación de una cédula de datos personales, la cual se encontraba dividida en dos secciones, una cédula resumida (Anexo A) que integró preguntas filtro como ¿Cuál fue tu sexo designado al nacer?, Actualmente ¿vives con VIH? Estas preguntas permitieron determinar si el participante cumplía con los criterios de elegibilidad. Para aquellos que no cubrieron con estos criterios, solo se les aplicó esa respectiva cédula. Para los participantes que sí cubrieron los criterios, se les proporcionó la cédula completa, que incluyó preguntas sociodemográficas sobre la edad, la escolaridad en años de estudio, el estado civil y aspectos de su sexualidad como la orientación y el género con el que se siente identificados, tipo de parejas y relaciones.

Asimismo, se abordaron variables antropométricas como peso y talla (Anexo B). Durante esta sesión, se le proporcionó información de cómo se llevaría a cabo la segunda sesión y en qué consistiría su participación. Posteriormente, la segunda sesión se programó de forma virtual en una fecha y hora acordada con el participante. Durante esta segunda sesión, se realizó se implementó la técnica de las tarjetas (Anexo C), pero esta estrategia proporcionó información insuficiente para alcanzar la profundidad deseada. Por ello, en la siguiente sesión se optó por realizar una entrevista semiestructurada, enfocada en explorar las percepciones de los participantes sobre los factores relacionados con sus conductas sexuales. La entrevista constó de 12 preguntas (Anexo D).

Procedimiento de Recolección de la Información

Para llevar a cabo esta investigación, se solicitó la colaboración de los miembros de una asociación no gubernamental en Monterrey, Nuevo León. Además, se contó con previa autorización del comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El proceso de recolección se respaldó en la propuesta de Creswell y Poth (2018). La población fue contactada a través del coordinador de la asociación no gubernamental, en la que se estimó que podrían congregarse HSH residentes de Monterrey y su área metropolitana. Estos lugares fueron identificados y ubicados con el apoyo de colegas que trabajan y han trabajado con este grupo poblacional (Anexo I).

Una vez establecidos, se procedió a tener un acercamiento con el responsable, a quien se le presentó el objetivo del proyecto, así mismo, se solicitó de su apoyo en el mismo. Se describió la forma en la que se planteó establecer el contacto con los posibles participantes, así mismo se solicitó un espacio dentro de la institución para poder llevar a cabo las actividades planteadas. Se pidió que este espacio fuera totalmente tranquilo y cerrado para garantizar la confianza y que no existieran distractores que pudieran en su momento desviar o alterar la atención del participante.

El acercamiento al grupo poblacional se realizó mediante la distribución de un folleto informativo en el cual se proporcionó información sobre prevención del VIH. En este mismo folleto se incluyó una ficha con la invitación a participar en el estudio, canjeando dicha ficha por una sesión informativa en la que se les extendía la invitación a participar en el proyecto. Esta actividad fue coordinada y dirigida por el investigador principal. Cabe aclarar que solo se les proporcionó el folleto con la ficha a los participantes que, a simple vista, parecían tener las características requeridas para el estudio, mismos que se citaron para corroborar que fueran candidatos.

Existieron algunos casos en los que algunos participantes se interesaron por el folleto a los cuales se les proporcionó la información, sin embargo, no se les entregó una ficha para canje. Una vez finalizada la invitación, se solicitó a los interesados que presentaron su ficha para el canje que accedieran al área designada por los responsables, donde se llevaron a cabo las actividades. Se planeó dialogar con ellos mediante una conversación común en la que, en primera instancia, se les invitó a una toma de peso y talla. Durante este proceso, se comentaron algunos aspectos del proyecto y la estructura que seguiría. La toma de peso y talla permitió seleccionar a los candidatos potenciales para el estudio.

Los participantes que se mostraron interesados, pero no cumplieron con los criterios de elegibilidad no fueron excluidos del proceso. Se procedió con ellos de forma normal, sin embargo, solo se les proporcionó una pequeña cedula de datos resumida (Anexo A). Esto evitó que de alguna forma se sintieran discriminados o rechazados. Cabe mencionar que estos participantes no fueron considerados para el análisis.

Para los participantes que resultaron interesados y cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos, se les explicó de forma generalizada el propósito de la segunda sesión del estudio. Se acordó el método de participación y se les solicitó firmar el consentimiento informado (Anexo E). Se les notificó que la entrevista sería grabada y se les mencionó que su participación sería totalmente voluntaria, pudiendo retirarse del

estudio en el momento que consideraran necesario, sin que esto repercutiera de alguna manera en su persona. Con todos los participantes y en todo momento se estableció un ambiente de respeto y confianza, actuando de forma natural.

Se enfatizó el anonimato en los datos que se recolectaron y el manejo confidencial de los mismos. Para aquellos que decidieron participar, se procedió a establecer una fecha lo más próxima posible al día en que se llevó a cabo la segunda sesión. Originalmente, las sesiones estaban programadas para ser presenciales; sin embargo, debido a la experiencia obtenida con la prueba piloto, la segunda sesión, que consistía exclusivamente en la entrevista, se realizó mediante una sesión virtual. Este cambio permitió que los participantes se sintieran más cómodos y abiertos para responder a preguntas que podrían considerarse muy personales, al eliminar la tensión de interactuar cara a cara con una persona poco conocida.

Posterior al primer acercamiento, la primera sesión, incluyó la aplicación de la cedula de datos completa, así como toma de peso y talla, estas se mantuvieron como obligatoriamente presencial. Durante la sesión, los candidatos potenciales fueron registrados en una lista utilizando un alias o seudónimo, así como el día y hora en la que acordó idóneo llevar a cabo la segunda sesión. Se estableció que la primera sesión no debería de contemplar más de 20 minutos de duración. Al final de la primera sesión, se explicó que, para realizar la segunda sesión, cada participante debía firmar el consentimiento informado (Anexo E). Se explicó nuevamente el objetivo, los beneficios y los procedimientos que se realizaron en el estudio. Además, se les pidió que firmaran el consentimiento con firma autógrafa (puño y letra).

Se reiteró nuevamente que su participación fue voluntaria y confidencial, por lo que toda la información proporcionada sería tratada con extremo cuidado y únicamente se conoció por el investigador principal y su equipo de trabajo.

Se informó a los participantes que, si en algún momento manifestaran sentirse incómodos o decidían no continuar con el proyecto, tuvieron la posibilidad de retirarse

en el momento que considere necesario, sin que esto tuviera alguna repercusión en su persona o les causara señalamientos o afecciones de algún tipo para ellos. Una vez firmado y entregado el consentimiento, y habiendo quedado claras las indicaciones sobre su participación, se procedió con las actividades. El participante respondió una cédula de datos personales en la que se incluyeron algunas preguntas relacionadas a su sexualidad (Anexo B). En todo momento, el investigador estuvo disponible para resolver cualquier duda.

Para la segunda sesión, se ofreció a los participantes la flexibilidad de llevarla a cabo de forma presencial o mediante un entorno virtual (*Microsoft Teams*). Este enfoque tenía la finalidad de que el participante se posicionara en un entorno de mayor confianza y proporcionara respuestas con mayor profundidad. Para esta sesión, aquellos que optaron por que se desarrollara de forma presencial (cara a cara), utilizaron el mismo lugar que en la primera sesión. Este espacio, que el participante ya conocía, proporcionó la oportunidad de interactuar con sus compañeros al finalizar. La habitación estaba completamente sola, minimizando distracciones y evitando situaciones que pudieran desviar la atención del participante o afectar su concentración y respuestas. Se buscó que el entorno permitiera al participante desarrollarse de manera natural y sentirse cómodo durante la entrevista.

Con relación a esto, el entrevistador optó por desarrollar un comportamiento de forma natural, evitando cuestionar, interrumpir o reaccionar de manera evidente ante el discurso referido por el entrevistado. Se mantuvo una actitud abierta y sensibilizada, mostrando interés en profundizar en los argumentos del participante y permitiendo que la narrativa fluyera de manera libre y sin restricciones.

La entrevista tuvo un tiempo estimado de 40 minutos, sin embargo, este pudo ser inferior o superior. Al iniciar la entrevista, se recordó al participante la experiencia de la primera sesión y se le informó que los datos recabados están bajo resguardo del

investigador. Se explicó que durante la segunda sesión se abordarían cuestiones relacionadas con la experiencia en su conducta sexual vivida.

Se repasaron algunos aspectos que se incorporaron en el consentimiento informado previamente firmado, con el propósito de obtener su consentimiento de forma verbal antes de iniciar la entrevista. Esto también confirmaba su decisión de participar en el estudio y permitía que la sesión fuera grabada en audio para su posterior análisis. Respecto a los participantes que decidieran retirarse o que no aceptaron de forma verbal haber firmado el consentimiento o no estuvieron de acuerdo en ser grabados, no se procedería con la segunda sesión, finalizando su participación en ese momento. En tal caso, los datos recolectados durante la primera sesión fueron eliminados.

Para los participantes que continuaron y autorizaron de forma verbal su participación, se les informó que podrían detener o retirarse de la entrevista en cualquier momento sin enfrentar ninguna repercusión o señalamiento hacia su persona. En caso de aquellos que no se retiraron, se procedió con la grabación y la entrevista conforme a lo planeado, realizando las preguntas establecidas (Anexo D). Al finalizar la entrevista, se agradeció a los participantes por su colaboración en la misma.

Para los participantes que eligieron realizar la segunda sesión en un entorno virtual, se le compartió un correo electrónico a cada participante el cual se realizó exclusivamente para la actividad. Se creó un grupo mediante la plataforma *Microsoft Teams* y *Google Meet* esto a consideración de algunos participantes que desconocían la primera plataforma mencionada, en el cual se estuvieron invitando a todos los participantes que decidieron cual medio utilizar. Al finalizar la primera sesión, se hizo mención sobre el uso de la plataforma de forma general y se les informó cómo se procedería en la sesión.

A cada participante se les proporcionó una hoja en la que se encontraba el correo electrónico y la contraseña necesarios para acceder a la plataforma seleccionada. Además, se les solicito registrar en la hoja la fecha y hora acordada para llevar a cabo la

sesión. De igual forma, se explicó nuevamente en qué consistirá su participación durante la entrevista, así mismo, se hizo mención que la misma sería grabada en audio y tendría una duración aproximada de 40 minutos. Se les informó que, al acceder al correo este recibiría una invitación con el enlace a la sesión en la fecha designada.

Se recomendó a los participantes que, idealmente eligieran un lugar cómodo y alejado de posibles distracciones para llevar a cabo la sesión. Al iniciar la sesión virtual, nuevamente se recordó a los participantes la importancia de estar en un ambiente en el que se sintieran en confianza, sin distractores ni personas que pudieran influir en sus respuestas. También se les aseguró que podían cerrar la sesión; esta opción se propuso en caso de que se sintieran incómodos con las preguntas, no estuvieran en condiciones de responderlas o ya no quisieron seguir con la entrevista, lo que concluyó su participación en el estudio. Otra opción fue de silenciar el micrófono, esto para aquellos que desearon tomar su tiempo para responder, o no quisieron responder en el momento, pero si en más tarde. Una tercera opción fue que tuvieron la libertad de no responder alguna pregunta con la que no se sintieron cómodos o decidieron culminar la sesión y continuarla más tarde o en otro día. Las últimas dos opciones fueron propuestas a los participantes con la intención de que continuaran en el estudio.

Si los participantes decidieron continuar con la sesión virtual, se les recordó el consentimiento informado que habían firmado previamente. Se les pidió que confirmaran verbalmente su acuerdo con los términos del documento y su confirmación de haber firmado dicho consentimiento. Posteriormente, se dio inicio con la entrevista, comenzando con una breve mención sobre la sesión previa. Se procedió con las preguntas establecidas (Anexo D). A cada participante se les recordó que, dando inicio con la entrevista, pudieron para ello previamente se notificó que, si no entendieron alguna pregunta o termino, se alentó a hacerlo con toda confianza. Al finalizar la entrevista, se agradeció a los participantes por su tiempo, participación y se les proporcionó una compensación monetaria. Cabe mencionar que, durante las sesiones, se

contó con el apoyo de un psicólogo quien asistió a cualquier participante que presento inconformidades o que se sintió mal con alguna de las preguntas o alguna situación durante la entrevista. Después de completar ambas sesiones, se agradeció a las autoridades de la institución por su apoyo al proyecto. Los datos recolectados fueron transcritos utilizando el procesador de textos *Microsoft Word*. Una vez finalizadas las transcripciones, se procedió al análisis de los datos mediante el *software* estadístico *MAXQDA* el cual es idóneo para análisis de datos cualitativos. **Plan de Análisis de Datos**

Posteriormente a la recolección de los datos, se procedió a realizar su análisis. Este proceso se constituyó en dos fases. Durante la primera fase, se llevó a cabo la transcripción fiel de las entrevistas a formato digital utilizando el *software* y procesador de textos *Microsoft Word*. En este procedimiento, se realizó un primer análisis y comprensión de cómo se integraban las variables al fenómeno. En la segunda fase, se procedió a codificar los datos descritos en el documento. Para ello, se utilizó el *software* estadístico *MAXQDA* v20.3, en este se establecieron las categorías pertinentes.

Se realizó codificación abierta, con el objetivo de explicar cómo interactuaron las variables en el fenómeno y cómo surgieron las categorías descriptivas. Posteriormente, se llevó a cabo la codificación axial, en la cual se reagruparon los datos obtenidos para relacionarlos con las categorías determinadas y se realizaron cruces de dimensiones, empleando tanto el pensamiento deductivo como inductivo para precisar las categorías propuestas.

Finalmente, se aplicó la codificación selectiva, integrando todas las categorías y relacionándolas con la teoría existente. Los resultados se organizaron en categorías analíticas, las cuales se explicaron a través de un esquema diseñado para facilitar la comprensión integral del fenómeno estudiado. Esta etapa permitió conectar las categorías emergentes con el marco teórico, proporcionando una visión más clara y estructurada del fenómeno en cuestión (Strauss & Corbin, 2002).

Fase Cuantitativa

Diseño del Estudio

El presente estudio adoptó un diseño correlacional y transversal, ya que la medición solo se realizó en un determinado espacio y tiempo (Polit & Tatano, 2018). Asimismo, fue de comprobación de modelo, debido a que de acuerdo con el objetivo se pretende determinar las interrelaciones entre las variables del modelo y comprobar si estas predicen la conducta sexual en HSH con obesidad (Grove & Gray, 2019).

Población, Muestra y Muestreo

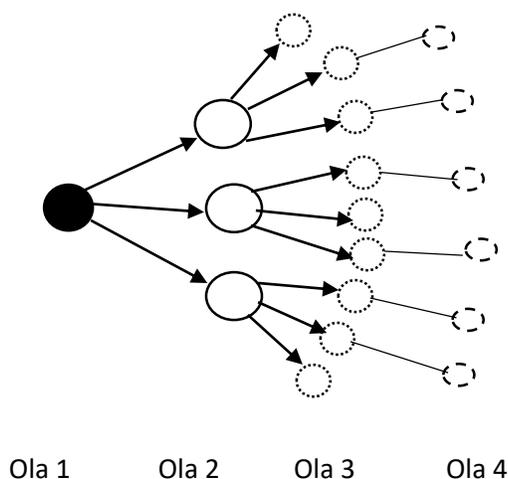
La población estuvo conformada por HSH obesos mayores de 18 años, que al momento de la recolección vivieran en Monterrey, Nuevo León y área metropolitana. El tamaño de la muestra fue de 447 participantes, calculado a través del paquete estadístico *nQuery Advisor*, considerando un nivel de significancia de .05, el coeficiente de determinación de $R^2 = .09$, y una potencia de prueba del 90% considerados para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple considerando 14 variables. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de Muestreo Dirigido por Entrevistados (MDE), la cual destaca por ser la más apropiada y ampliamente recomendada a nivel internacional para desarrollar estudios en poblaciones ocultas o de difícil acceso. Esta técnica resulta especialmente relevante en casos relacionados con la discriminación y factores estigmáticos hacia quienes forman parte de estas poblaciones, como lo es el caso del grupo estudiado (HSH obesos). La técnica MDE ya había sido aplicada en investigaciones de HSH mexicanos, obteniendo resultados favorables (Estrada & Vargas, 2010; Pitpitan et al., 2015; Valdez, 2015; Valles, 2014).

El MDE consistió en seleccionar de una población objetivo, un grupo de personas dispuestas a participar en el estudio, este grupo será conocido como “semilla”, con quienes se estableció el contacto inicial. Luego, se extendió una invitación a este grupo quienes motivaron a otros posibles participantes, como amigos, familiares o conocidos, para esto se capacitó a las semillas con el objetivo de conocer los criterios de elegibilidad. Aquellos que aceptaron la invitación y decidieron participar en el estudio

conformaron un segundo grupo de semillas, repitiéndose el proceso con estos nuevos participantes. Cada nuevo grupo se convirtió en una nueva semilla, con un número predefinido de invitaciones (Figura 3). Este procedimiento se repitió hasta alcanzar un equilibrio en la muestra y completarla (Johnston & Sabin, 2010).

Figura 3

Diseño del proceso MDE



Nota. El proyecto conto con nueve olas en total.

Criterios de Elegibilidad

Criterios de Inclusión. Hombres que biológicamente al nacer fueran asignados con sexo masculino, que presentaron un $IMC \geq 30$, lo cual fue evaluado tomando el peso y la talla lo que permitió calcular su IMC, que, en los últimos 12 meses, hayan referido haber tenido contacto sexual con otros hombres de forma receptiva, insertiva o ambas y que fueran mayores de 18 años. Lo cual fue evaluado con tres preguntas filtro: ¿Cuál fue su sexo designado al nacer?, En el último año ¿Cuántas parejas sexuales hombres ha tenido (incluyendo estables y ocasionales)?, y ¿Cuál es tu Edad (en años cumplidos)? (Anexo F).

Criterios de Eliminación. HSH que refieran ser seropositivo (tenían VIH/Sida) debido a que en este grupo los comportamientos sexuales pueden ser diferentes, ya que tienden a disminuir sus prácticas sexuales debido al miedo de contagiar a sus parejas o

hacer uso inconsciente del condón debido al rechazo que perciben relacionado a esta condición. También los participantes que presentaron un IMC relacionado a sobrepeso, normo peso o bajo peso, estos participantes pueden presentar mejores mecanismos de afrontamiento ante las conductas sexuales riesgosas. Cabe destacar que a los participantes que refirieron alguno de los criterios mencionados se le realizará un cedula de datos corta (Anexo F) integrada por preguntas filtro, así mismo se le realizó revisión de constantes vitales finalizando su participación con ello, de esa forma evitando algún sentimiento de discriminación o rechazo. Finalmente se eliminaron a todo aquel que no terminen el 80% de los cuestionarios aplicados.

Instrumentos de Recolección de Datos Cuantitativos

Factores sociodemográficos, de sexualidad y antropométricos. De manera inicial se aplicó una cédula de datos resumida (Anexo F) integrada con preguntas clave como ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer?, En el último año ¿Cuántas parejas sexuales hombres ha tenido (incluyendo estables y ocasionales) ?, ¿Cuál es tu Edad (en años cumplidos)?, las cuales nos permitieron definir si un HSH obeso es o no idóneo para el estudio, si no cumple con los criterios de elegibilidad solo se aplicara esta cedula y una valoración de las constantes vitales, si cubre con los criterios se complementara esa cedula con una segunda parte en la que se integran preguntas para conocer el estado civil, la escolaridad, orientación sexual, identidad sexual, edad a la que tuvo su primera relación sexual, tipo actual de pareja sexual, así mismo los datos antropométricos como peso y talla (Anexo F), a los que resultaron candidato idóneos se implementó otra cedula (Anexo G).

Depresión sexual. La variable de depresión sexual se midió mediante la escala de sexualidad elaborada por Snell y Papini (1989). Esta escala contiene un total de 28 reactivos divididos en tres dimensiones. Para fines de este trabajo se consideró la subescala de depresión sexual constituida por ocho ítems (2, 5, 8, 17, 20, 23, 26, 29) un ejemplo es: estoy deprimido por los aspectos sexuales de mi vida. Las opciones de

respuesta corresponden a una escala de tipo Likert que va desde: 2 (de acuerdo), 1 (levemente de acuerdo), 0 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), -1 (levemente en desacuerdo) y -2 (desacuerdo). Por el sentido de las respuestas a mayor puntaje, indica mayor acuerdo con las declaraciones. Esta subescala ha reportado un Alpha de Cronbach de .86 (Anexo K).

Autopercepción de grasa corporal. La autopercepción de grasa corporal se midió mediante la subescala de preocupación por la baja grasa corporal de la escala de actitudes masculinas hacia el cuerpo diseñada por Castillo et al. (2018), la cual está constituida por 22 ítems divididos en tres subescalas 1) Musculatura, 2) Preocupación por la baja grasa corporal 3) Altura. Para medir esta variable se utilizó la subescala de preocupación por la baja grasa corporal (2, 4, 8, 13, 14, 20-22) un ejemplo de ítem es: creo que mi cuerpo debe ser más delgado. Consta de una escala tipo Likert con respuestas que van desde 1 a 6, donde 1= Nunca, 2= Raramente, 3= Algunas veces, 4= Frecuentemente, 5= Habitualmente y 6= Siempre. El puntaje reportado va de 8 hasta 48. Las puntuaciones más altas indican una mayor preocupación por bajar la grasa corporal. Esta subescala refirió una fiabilidad de $\alpha = .91$ (Anexo L).

Apoyo social. La variable apoyo social fue evaluada con la Escala multidimensional del apoyo social percibido de Zimet et al. (1988), la cual tiene por objetivo identificar el apoyo social percibido. Esta escala está constituida por 12 ítems divididos en tres dimensiones, a) amigos (6,7,9,12), b) familia (3,4,8,11), c) personas significativas (1,2,5,10), para fines del estudio solo se consideró respuestas de la última subescala, ejemplo de ítems: Hay una persona en especial que está cerca cuando yo estoy en necesidad. La cual se evalúa con una escala de tipo Likert de siete puntos, 1. Totalmente en desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ligeramente en desacuerdo, 4 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 ligeramente de acuerdo, 6. Muy en de acuerdo, 7. Totalmente en de acuerdo. Obteniendo un puntaje mínimo de 4 y máximo de 28, lo que

indica que a mayor puntaje mayor percepción de apoyo social. Se ha obtenido una fiabilidad de $\alpha = .91$ (Anexo M).

Percepción de riesgo de VIH. Según de Sánchez et al. (2021), diseñaron la escala de preocupación con el objetivo de exponer situaciones que probablemente conlleven situaciones negativas en la vida. El instrumento se compone de 26 preguntas las cuales se dividen en tres factores. Para este estudio se consideró solo el primer factor: prácticas sexuales de riesgo integrado por cinco elementos un ejemplo de ítem es: El coito interrumpido se puede considerar un practica de sexo seguro ante la transmisión del VIH. Esta subescala consta de una escala tipo Likert como opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente en de acuerdo (5). Donde 1) totalmente en desacuerdo, 2) en desacuerdo, 3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4) de acuerdo y 5) totalmente de acuerdo. Los puntajes oscilan desde 5 a 25, considerando que, a mayor puntaje, mayor es la es la percepción de riesgo hacia el VIH. Esta subescala reflejo una confiabilidad buena de $\alpha = .86$ (Anexo N)

Estigma sexual. La variable estigma sexual se abordó considerando la escala de Estigma sexual de Neilands elaborada por Korhonen et al. (2022), con el objetivo de evaluar las experiencias de discriminación y estigma percibido en los HSH. Esta escala está constituida por 11 ítems divididos en dos dimensiones, a) estigma percibido (1, 2, 5) y b) estigma representado (3, 4, 6 -11), las opciones de respuesta están diseñadas mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1) nunca, (2) una o dos veces, (3) algunas veces, (4) muchas veces, refiriendo que a mayor puntuación mayor percepción de estigma apoyo percibido. Obteniendo un puntaje mínimo de 3 y máximo de 12. Se ha obtenido una fiabilidad buena de $\alpha = .81$. Para este estudio solo se consideró la segunda subescala (Anexo O).

Actitud hacia el condón. Para medir la variable Actitud hacia el uso del condón se usará la escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón (Helweg-Larsen & Collins, 1994), validada en población colombiana. Esta escala determina la actitud

ante el uso del condón, la experiencia sexual, las intenciones de usar un condón y el uso anterior del condón. Está conformada por 25 ítems divididos en cinco dimensiones, a) la confiabilidad y efectividad de los condones (1-5), b) el placer asociado con uso de condones (6-10), c) el estigma asociado a ser un usuario de condones (11-15), d) la vergüenza asociada con la negociación y el uso de condones (16-20) y e) la vergüenza asociada con la compra de condones (21-25). Para este proyecto solo se utilizó la subescala de placer asociado con uso de condones, el cual integra una escala de tipo Likert y cuenta con cinco opciones de respuesta muy en desacuerdo (1) a muy de acuerdo (5), indicando que a mayor puntaje refiere a actitud positiva ante el uso del condón. Los ítems 4, 5, 7, 8, 10-16, 20-22, 24 y 25 se evalúan a la inversa, es decir muy en desacuerdo (5) a muy de acuerdo (1). La subescala reportó un Alpha de Cronbach de $\alpha = .82$ (Anexo P).

Autoeficacia para uso consistente del condón. La autoeficacia para uso del condón se midió a través de la escala de autoeficacia para el uso del condón desarrollada por Hanna (1999). La escala estuvo constituida por 14 ítems los cuales se distribuyeron en tres subescalas: 1) uso consistente del condón, 2) uso correcto del condón y 3) comunicación para usar el condón. Para este estudio solo se consideró trabajar con la subescala de uso consistente del condón, el cual integro una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, 1) muy inseguro, 2) inseguro, 3) algo seguro, 4) seguro y 5) muy seguro. Con una puntuación mínima de 3 y máxima de 15, a mayor puntaje, mayor es la frecuencia de uso consistente del condón (Anexo M). Esta escala ha reportado Alpha de Cronbach de .81 a .88 (Valdez, 2015). En este estudio reportó $\alpha = .85$ (Anexo Q).

Consumo de sustancias en las relaciones sexuales. Para evaluar la variable de consumo de sustancias durante las relaciones sexuales se consideró el Cuestionario de Influencias Situacionales para la Conducta Sexual en HSH (ISCS_HSH) elaborado y validado en población mexicana por Moral, Valdez y Onofre (2016), esta escala evalúa

la exposición a factores de riesgo a incurrir al desarrollo de conductas sexuales de riesgo. La escala está constituida por 14 ítems dividido en dos dimensiones a) frecuencia de consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual (1-6) (ejemplo: ¿Con qué frecuencia consume alcohol antes de tener sexo?) y b) frecuencia con que se acude a ciertos lugares para conocer parejas (7-14) (ejemplo: ¿Con qué frecuencia visita bares o discotecas para conocer parejas?), en este proyecto solo se consideró la primer dimensión que abordó la frecuencia de consumo de alcohol y drogas estructurado con una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3) y frecuentemente (4), refiriendo que a mayor puntuación mayor será la exposición a situaciones de riesgo. Para este proyecto se consideró solo la primera dimensión. La fiabilidad reportada fue de $\alpha = .88$ para el instrumento en general y $\alpha = .90$ para la primera dimensión y $\alpha = .97$ para la segunda. (Anexo R).

Uso de plataformas digitales para citas. Para evaluar el uso de plataformas digitales para citas, los autores decidieron medir la frecuencia de uso a través de una pregunta incluida en la cédula de datos: "¿Qué tan frecuente es que tengas relaciones con alguien que conociste en línea?". Esta pregunta se estructuró con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Algunas veces) y 4 (Frecuentemente) (Anexo F).

Intención de la conducta sexual. Para medir la variable intención de la conducta sexual se utilizó el cuestionario de medidas de conducta sexual de riesgo (Stacy et al., 2006), este cuestionario se compone de nueve ítems divididos en dos dimensiones, para fines de este proyecto solo se utilizó la escala de intención hacia el uso del condón conformada por cinco reactivos (1-5), una pregunta que integra el cuestionario es ¿qué probabilidad hay de que uses condón con alguien con alguien que ya ha tenido sexo? El cual está constituido por una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta definitivamente si (4), probablemente si (3), probablemente no (2), y definitivamente no (1), con puntajes mínimo de cinco y máximo de veinte. Indicando que a mayor puntaje

mayor es la intención de uso del condón. Esta subescala ha reportado un Alpha de Cronbach de $\alpha = .84$ (Nydegger et al., 2017) (Anexo S).

Negociación hacia el uso del condón. Se utilizó el cuestionario de estrategias de negociación del uso del preservativo de Gras et al. (2018). Esta escala está diseñada para medir la efectividad de diversas propuestas para negociar el uso del condón con la pareja y se compone de 13 reactivos divididos en tres dimensiones: a) Protección de la salud (reactivos 2-4), b) Peticiones no relacionadas con la salud (reactivos 15 y 23), y c) Argumentos con carga emocional negativa (reactivos 5 y 8-10). Este estudio solo consideró la tercera dimensión del cuestionario, que evalúa cuán adecuada es la propuesta mencionada, utilizando una escala de 0 a 10 puntos, donde 0 representa "nada adecuada" y 10 "totalmente adecuada". Al carecer de puntos de corte, se interpreta que un puntaje más alto indica un mayor uso de estrategias para negociar el condón. Esta escala ha reportado una fiabilidad de .84 considerado aceptable (Anexo T).

Habilidad hacia uso del condón. Crosby et al. (2015), diseñaron una escala para evaluar los problemas y errores en el uso del condón en población masculina, compuesta por 16 ítems divididos en dos dimensiones: a) Problemas en el uso del condón (ítems 1, 3, 10, 17, 18) y b) Errores en la manipulación del condón (ítems 15 y 23). Este cuestionario incluye una escala tipo Likert, donde cada reactivo ofrece cuatro opciones de respuesta: 1 = No, 2 = Sí, lo hice en 1 ocasión, 3 = Sí, lo hice en 2 ocasiones, y 4 = Sí, lo hice en las 3 ocasiones. El puntaje varía de 16 a 64. Al no contar con puntos de corte, un puntaje más alto indica una mayor manifestación de problemas y errores en la manipulación y uso del condón. Esta escala ha reportado una fiabilidad de $\alpha = .81$, lo cual se considera aceptable (Anexo U).

Búsqueda de sensaciones sexuales. Se utilizó la escala de búsqueda de sensaciones sexuales de Kalichman y Pompa (1994), que ha sido aplicada en HSH mexicanos (Jiménez, 2018; Valdez, 2015) Esta escala está constituida por 11 ítems y utiliza una estructura de tipo Likert, donde cada reactivo cuenta con cuatro opciones de

respuesta (1 = para nada como yo, 2 = un poco como yo, 3 = principalmente como yo, y 4 = muy parecido a mi), obteniendo un puntaje mínimo de 11 y máximo de 44. Esta escala ha reportado una fiabilidad de $\alpha = .90$ (Anexo V).

Cuestionario de conducta sexual segura. Se utilizó el cuestionario de conducta sexual segura de Dilorio et al. (1992), que consta de 24 reactivos divididos en cinco dimensiones a) Uso del condón integrado por cinco ítems (1,3, 10, 17, 18), b) Coito anal compuesto por dos ítems (15, 23), c) Evitación de fluidos corporales constituido por tres ítems (5, 9, 19), d) Evitación de conductas de riesgo conformado por siete ítems (2, 7, 11, 13, 14, 16, 24) y e) Asertividad que contiene siete ítems (4, 6, 8, 12, 20, 21, 22). Este cuestionario integra una escala tipo Likert, todos los reactivos cuentan con cuatro opciones de respuesta (1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = La mayor parte del tiempo, 4 = Siempre), obteniendo un puntaje mínimo de 24 y máximo de 96. Del total de ítems 15 están redactados de forma positiva (1,3,4,5,6,8,9,10,11,12,16,17,18,19 y 21) y 9 de forma negativa (2,7, 13,14,15, 20, 22,23, 24), estos últimos deben ser codificados de forma inversa. Al carecer de puntos de corte, su interpretación es que, un puntaje más alto indica conductas sexuales más seguras. Esta escala ha reportado una fiabilidad de $\alpha = .81$ considerado aceptable (Anexo W).

Procedimiento de Recolección de la Información

Para desarrollar esta fase de la investigación, se obtuvo la autorización previa del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se solicitó la colaboración de una asociación no gubernamental en Monterrey, Nuevo León, identificada a través de docentes y colegas que han trabajado anteriormente con este grupo poblacional. Se estimó que esta asociación podría congregar a un mayor número de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) residentes en Monterrey y su área metropolitana. A través de estos establecimientos, se pudo ofrecer orientación sobre enfermedades de transmisión sexual y realizar pruebas de detección, además de facilitar encuentros más seguros.

Una vez seleccionados los lugares, se llevó a cabo un acercamiento con el responsable, a quien se presentó el objetivo del proyecto y se expuso la actividad planificada. Se solicitó su apoyo para identificar participantes potenciales que cumplieran con los criterios establecidos. Además, se pidió un espacio dentro del establecimiento, asegurándose de que fuera tranquilo y cerrado para garantizar la confianza y minimizar distracciones que pudieran afectar la concentración de los participantes (Anexo I).

El acercamiento al grupo poblacional se llevó a cabo mediante participantes que actuaron como informantes, lo que facilitó el acceso a otros usuarios que cumplían con los criterios de elegibilidad. La selección de los participantes se realizó utilizando el método de MDE, donde los primeros reclutados o primeros encuestados se consideraron "semillas". Cada grupo de encuestados se trató como una ola, planteando como objetivo que la primera ola integró al menos diez HSH "semillas". A través de estos participantes, se buscó acceder a más personas con características similares, formando así nuevas olas de reclutamiento.

El acercamiento a las primeras semillas se realizó mediante los responsables de la dependencia y algunas semillas iniciales del área de salud, quienes conocían e identificaban a las personas que asistían con frecuencia al establecimiento y que eran considerados potenciales participantes. Se les extendió una invitación para participar en el proyecto, explicándoles el objetivo y ofreciendo más información de manera personal y privada en un espacio que garantizara la privacidad, generando así un ambiente de confianza.

A aquellos que expresaron desinterés se les agradeció su tiempo, mientras que los interesados fueron invitados a acompañarnos al lugar designado por los responsables. Se les informó sobre el objetivo del estudio y las actividades en las que se involucrarían al participar. También se les proporcionó información sobre el consentimiento informado (Anexo H) y, al final, se les entregaron folletos con información útil (Anexo J). Para los

que decidieron participar, se les invitó a realizar un chequeo de peso y talla. Esto nos permitió determinar si el participante cumplía uno de los criterios más importantes del estudio, es decir, tener obesidad.

Si el participante presentó esta condición, se le proporcionó una cédula de datos resumida (Anexo F), que incluía preguntas filtro para evaluar su idoneidad para el estudio. Una vez finalizada la cedula y en caso de no cumplir con los criterios, se finalizó su participación, agradeciéndole por su tiempo y proporcionándole material informativo sobre la prevención del VIH y la salud mental.

Para los participantes que cumplieron con los criterios establecidos, se les proporcionó una cédula de datos (Anexo G) que solicitaba información adicional de interés. A aquellos que cumplían con todos los criterios se les ofreció una breve explicación sobre el proceso de respuesta, y se les recordó la importancia de firmar el consentimiento informado. Se reiteraron el objetivo del estudio, las implicaciones, la duración y la naturaleza de su participación en el llenado de los formularios. Su participación fue aprobada mediante la firma del consentimiento informado (Anexo H).

Para los participantes que firmaron el consentimiento, se les hizo mención que todas las dudas e inquietudes que surgieron fueron resueltas por el investigador. También se explicaron términos o palabras que pudieran no entender. Se enfatizó que su participación fue de forma confidencial y que la información obtenida de los cuestionarios, así como el consentimiento informado, solo fue accesible únicamente para el investigador principal y el director de tesis. Además, se les informó que su participación fue totalmente voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento sin que esto les afectara o se les señalara de alguna manera.

Si decidían retirarse, las respuestas que hubieran proporcionado serían desechadas por el investigador. Se les agradeció su tiempo y participación, y se les ofreció material informativo sobre prevención de VIH y salud mental. Para los participantes que optaron por continuar, se les entregó un sobre que contenía los

instrumentos que debían responder según las indicaciones. Al finalizar, se les pidió que colocaran los documentos de nuevo en el sobre y lo cerraran, el cual sería recogido posteriormente por el investigador, completando así su participación.

Después de aplicar los cuestionarios, se proporcionaron entre 10 y 20 cupones a cada semilla, cada uno de los cuales se utilizó para reclutar nuevas semillas. Este reclutamiento se llevó a cabo en lugares frecuentados por hombres que tienen sexo con hombres (HSH), como bares, organizaciones de la sociedad civil y sitios de encuentros. Se hizo hincapié en que solo aquellos participantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad fueran incluidos. Para ello, se capacitó a las semillas en la selección de participantes potenciales, entregándoles un cupón por cada persona que aceptara participar.

Además, se solicitó que en alguna ocasión se presentaran de manera presencial en el espacio designado donde se realizó la actividad con el primer grupo de semillas. A estos nuevos participantes se les explicó el objetivo del estudio, asegurándoles que su participación sería completamente anónima y que los datos recolectados serían tratados exclusivamente por el investigador principal y el director de tesis, utilizándose únicamente para fines de esta investigación. Cada participante que aceptó formar parte del estudio firmó un consentimiento informado (Anexo H). Este nuevo grupo de semillas se consideró como una segunda ola.

Posterior a esta su contribución se les proporcionó información (Anexo J) y se les entregó un presente como al primer grupo, en este sentido se solicitó repetir el proceso invitando a nuevos participantes, así mismo se continuó con las siguientes olas hasta saturar la muestra estimada. Cabe mencionar que a cada participante se le proporcionó material informativo sobre prevención de VIH y salud mental, así como un obsequio.

Plan de Análisis de Datos

Los datos de este fueron procesados y analizados mediante el paquete estadístico *MAXQDA* versión 20.3, *Analysis of Moment Structures (AMOS)* versión 24.0, y el

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 28.0 para Windows. Para este apartado se propuso realizar el análisis de los datos en dos etapas, las cuales se describen a continuación.

Primera Etapa. Para dar respuesta al objetivo cualitativo se utilizó el análisis de contenido el cual fue desarrollado siguiendo las recomendaciones de Lincoln y Guba (1985), permitiendo desarrollar una forma de análisis dinámica a través de los datos obtenidos de forma verbal y visual para posteriormente ser extraídos en forma de resumen, resultado del contenido de los datos recolectados. Este análisis permite el razonamiento constante de los datos y de forma sistemática con la finalidad de obtener códigos los cuales serán generados de los datos obtenidos permitiendo clasificar la información.

Este proceso se desarrolló desde las primeras etapas de recolección de datos por parte del investigador, accediendo desde fases tempranas ayudar en esta fase permitiendo continuar u orientar hacia el concepto focal durante la recopilación de datos obteniendo fuentes más útiles para el abordaje de las preguntas de investigación, permitiendo respaldar las inferencias obtenidas, otorgando validez y confiabilidad a estas (Miles & Huberman, 1994). Esto implica un conjunto de procedimientos sistemáticos y transparentes, para llevar a cabo este proceso se siguieron los pasos descritos por Zhang y Wildemuth (2009).

Tesch (1990) refiere que durante el proceso de análisis, el investigador tiene la libertad de superponer los pasos propuestos de forma tradicional, permitiendo un procedimiento más flexible y estandarizado. Por lo que, para este estudio se consideraron cuatro pasos, los cuales se describen a continuación.

Algunos de estos pasos se superponen con los procedimientos tradicionales de análisis de contenido cuantitativo (Tesch, 1990), mientras que otros fueron exclusivos de este método. Dependiendo de los objetivos de su estudio, el análisis de contenido puede ser más flexible o estandarizado, pero generalmente se puede dividir en los siguientes

pasos, comenzando con la preparación de los datos y continuando con la redacción de los hallazgos en un informe.

1) Objeto de Análisis. Para este paso, dentro del modelo se definió la postura teórica a partir del constructivismo social en el que se identifica que el sujeto va generando su versión del mundo al mismo tiempo que construye su propia cognición. Esta perspectiva se apoyó en la perspectiva del interaccionismo simbólico, lo que permitió comprender la identidad del individuo.

2) Desarrollo de Preanálisis. Para el segundo momento, se transcribieron las grabaciones en tres ocasiones, posteriormente se compararon cada una de estas para lograr uniformidad en el texto. Durante la primera ronda de transcripciones, se realizó una transcripción de forma literal, incluyendo sonidos, palabras incompletas, repeticiones o con error de pronunciación. En la segunda ronda, se integraron elementos gramaticales, como signos de puntuación en los que se integraron acentos, signos de interrogación y exclamación, así como elementos no verbales percibidos por el investigador. Para las transcripciones subsecuentes se llevaron a cabo de manera más natural, omitiendo aquellos elementos que alteraban el sentido del texto, como palabras repetidas, sonidos realizados por el entrevistado y muletillas orales como “*pues*”, “*amm*”, “*este*”, entre otras. Este enfoque permitió obtener transcripciones más claras y coherentes.

3) La Definición de las Unidades de Análisis. Las unidades de análisis se refieren a segmentos, palabras o grupos palabras identificadas en el texto, las cuales fueron clasificadas, caracterizados y categorizados a partir de los fragmentos del contenido de todas las transcripciones. Se obtuvieron textos mediante los fragmentos del contenido de todas las transcripciones, que posteriormente fueron separados para facilitar su caracterización y posterior categorización y relación. En este procedimiento, se consideraron como unidades de análisis palabras individuales, frases, oraciones e incluso párrafos completos (Hernández, 1994).

4) *Establecimiento de Reglas de Análisis y Códigos de Clasificación.* Al

finalizar este procedimiento, se procedió a categorizar los textos mediante códigos de clasificación, permitiendo desarrollar y establecer las categorías necesarias para el análisis de las entrevistas. Este enfoque también fue utilizado para asegurar la validez del análisis, complementándose con la verificación de las transcripciones.

Segunda Etapa. Los datos se capturaron utilizando el paquete estadístico SPSS, donde se aplicaron tanto estadísticas descriptivas como inferenciales. En la estadística descriptiva, se calcularon frecuencias, porcentajes, así como medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y varianza). Además, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se llevó a cabo una prueba de normalidad utilizando Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la distribución de las variables, lo que permitió decidir si se utilizó estadística paramétrica o no paramétrica.

De acuerdo con los resultados, se utilizó estadística no paramétrica. En primer lugar, se determinó el alfa de cada uno de los instrumentos utilizados. Luego, se buscó la relación entre las variables, aplicando estadística inferencial y utilizando la correlación de Spearman. Posteriormente, se llevaron a cabo modelos de regresión lineal mediante el Método Backward. Finalmente, se resolvieron los objetivos utilizando modelos de ecuaciones estructurales.

Consideraciones Éticas

Este estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2014), considerando el título segundo “Aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en la que se establecen los lineamientos y principios generales a los que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse (Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII). En todo momento se consideró el respeto por la dignidad humana, la protección a los derechos y bienestar de los participantes evitando comentarios o acciones inapropiadas, así mismo recordándoles

que su participación es voluntaria y no deben sentirse obligados a contestar nada con lo que no estuvieran de acuerdo (Artículo 13).

En todo momento se mantuvo el anonimato de los participantes, evitando solicitar datos que permitieron identificarlos, para ello se designó un código asignado por el investigador al cual solo tenía acceso él y su director de tesis (Artículo 16). Para los participantes que decidieron participar se les explico de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, el procedimiento que se desarrolló para obtener información, así mismo se les dio a conocer el consentimiento informado (Anexo E y W), el cual mediante con su firma autógrafa autorizaron su participación en el estudio.

Se enfatizó al participante que aun cuando firmara el consentimiento su participación fue voluntaria dándole el derecho de negarse a participar o contestar algún cuestionario, ofertándole la posibilidad de retirarse cuando lo considere necesario, sin tener alguna repercusión, así mismo, desde el inicio se estuvieron aclarando todas las dudas que tuviera, esto con la finalidad de que comprendieran la información necesaria, lo cual le permitió aceptar o rechazar su participación en el estudio (Artículo 20, Artículo 21, Fracción I, II, III, VI, VII y VIII, Artículo 22, Fracción I, II, III, IV y V). De esta manera se hizo de su conocimiento que la decisión que tomaron respecto a aceptar o rechazar su participación esta no afecto o perjudico en ningún sentido su integridad.

Con relación a esto se les informo que los resultados recopilados durante la investigación fueron tratados con estricta confidencialidad y no fueron utilizados en perjuicio de ellos, ya que solo se les dio una utilidad con fines de investigación (Capítulo V, Artículo 58, fracción I y II) la seguridad y privacidad de estos datos, solo fue conocida y administrada por el investigador principal y su director de tesis, así mismo se hizo uso de folios y códigos con la finalidad de omitir datos que pudieron identificar al participante, con respecto a esto las entrevistas y cuestionarios se aplicaron en un área privada y sin distracciones ambientales o de terceros con la finalidad para

respetar la privacidad y confidencialidad de la información (Artículo 16, Artículo 21, Fracción VII y VIII).

Esta investigación fue considerada de riesgo mínimo, debido a que se obtuvo información mediante entrevistas y la aplicación de cuestionarios, los cuales abordaron aspectos relacionados a la conducta sexual, su peso corporal, imagen corporal y estigmas, las cuales pudieron incomodar o hacer sentir mal a los participantes, estos solo se aplicaron en un solo momento recordando que los resultados fueron utilizados con fines académicos, evitando intervenir o modificar cualquier respuesta proporcionada por el participante.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del estudio el cual consto de dos fases. La primera fase presenta los resultados del estudio cualitativo, la cual está integrada por el siguiente orden características sociodemográficas y antropométricas, posterior a esta se identifican algunas variables relacionadas con la sexualidad de los participantes. Posterior a esta se describen la formulación de códigos que emergieron durante el análisis de las entrevistas, así mismo se identifican y se describen la formulación, agrupación y categorización de estos, así como la descripción de las subcategorías emergentes y el código vivo. Subsecuentemente se presenta una síntesis de resultados cualitativos y finalmente la representación gráfica en forma de modelo.

En la segunda fase se presentan los resultados obtenidos de la parte cuantitativa, describiendo características sociodemográficas de la población, estadística descriptiva donde se analizaron los datos mediante frecuencias y porcentajes, así como las medidas de tendencia central y dispersión de las variables, para ello se apoyó de la prueba de normalidad (Kolmogórov-Smirnov). Posteriormente se presenta la prueba de consistencia interna para cada una de las escalas y subescalas utilizadas en el estudio, así como el Alfa de Cronbach. Subsecuentemente se utilizó estadística inferencial la cual permitió dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas.

Resultados Cualitativos

La muestra final estuvo constituida por veinte HSH con edades comprendidas entre 22 y 38 años. De ellos, doce refirieron identificarse como homosexuales y ocho como bisexuales, así mismo, la mayoría eran solteros (17), y se observó que al menos diez tenían obesidad grado 1, seis con obesidad grado 2, cuatro con obesidad grado 3 (Tabla 1).

Tabla 1*Descripción de datos sociodemográficos y antropométricos*

Participante/ Edad	Estado Civil	Identidad sexual	Ocupación	Años de estudio	IMC identificado
E1: 29 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Trabaja	22	III
E2: 22 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Estudia y Trabaja	20	I
E3: 24 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Estudia y Trabaja	20	I
E4: 37 años	Soltero	Bisexual	Trabaja	23	III
E5: 23 años	Soltero	Bisexual	Estudiante	19	III
E6: 22 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Estudia y Trabaja	16	I
E7: 31 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Estudia y Trabaja	19	III
E8: 26 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Trabaja	24	I
E9: 22 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Estudiante	22	I
E10: 28 años	Soltero	Bisexual	Estudia y Trabaja	22	I
E11: 25 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Trabaja	5	I
E12: 35 años	Soltero	Bisexual	Trabaja	24	II
E13: 38 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Trabaja	25	I
E14: 32 años	Soltero	Bisexual	Trabaja	22	II
E15: 34 años	Soltero	Bisexual	Trabaja	22	I
E16: 31 años	Soltero	Bisexual	Trabaja	22	II
E17: 24 años	Unión Libre	Homosexual/ Gay	Trabaja	5	I
E18: 25 años	Unión Libre	Bisexual	Estudia y Trabaja	21	II
E19: 30 años	Soltero	Homosexual/ Gay	Trabaja	16	II
E20: 35 años	Unión Libre	Homosexual/ gay	Trabaja	20	II

Nota. E1=Entrevistado N°, IMC= Índice de Masa Corporal.

Tabla 2*Descripción de datos relacionados con su sexualidad*

Participante	Tipo de relación sexual	Rol sexual ejercido	Tipo de pareja	Nº de parejas sexuales	Afecciones referidas
E1	Anal y Oral	Versátil	Estables y Ocasional	5	Candidiasis oral
E2	Anal y Oral	Receptivo	Estables y Ocasional	6	Ninguna
E3	Anal y Oral	Insertivo	Estables y Ocasional	8	Ninguna
E4	Anal	Receptivo	Estables y Ocasional	3	Ninguna
E5	Oral	Receptivo	Estables y Ocasional	2	Ninguna
E6	Anal y Oral	Receptivo	Estables y Ocasional	2	Ninguna
E7	Anal	Receptivo	Estables y Ocasional	3	Ninguna
E8	Anal y Oral	Receptivo	Ocasional	2	Ninguna
E9	Anal y Oral	Versátil	Ocasional	5	Candidiasis oral
E10	Anal y Oral	Insertivo	Estables y Ocasional	6	Candidiasis oral
E11	Anal y Oral	Versátil	Estables y Ocasional	5	Ninguna
E12	Anal y Oral	Versátil	Ocasional	12	Candidiasis oral
E13	Anal y Oral	Versátil	Estables y Ocasional	9	Ninguna
E14	Anal y Oral	Versátil	Ocasional	8	Ninguna
E15	Anal y Oral	Insertivo	Estables y Ocasional	13	Ninguna
E16	Anal y Oral	Versátil	Estables y Ocasional	16	Candidiasis oral
E17	Anal	Receptivo	Ocasional	1	Ninguna
E18	Anal y Oral	Insertivo	Estables y Ocasional	12	Candidiasis oral
E19	Anal y Oral	Receptivo	Estables y Ocasional	15	Candidiasis oral
E20	Anal y Oral	Insertivo	Estables y Ocasional	13	Ninguna

Nota. E1=Entrevistado N°1,..., N°= Número.

En relación con sus características sexuales se identificó que el tipo de relación mayormente ejercido en una relación es sexo anal y oral (16), respecto al rol sexual desempeñado por los HSH obesos fue el receptivo (8), se refirió que el tipo de parejas sexuales más recurrentes son estables y ocasionales (14), en este sentido los participantes refirieron al menos haber tenido entre dos y 16 parejas sexuales en el último año, en relación con esto algunos participantes refirieron que una afección presente en el último año fue la candidiasis oral (7) (Tabla 2).

Posterior al análisis de datos sociodemográficos, antropométricos y sexuales, se procedió con el análisis de las transcripciones de cada entrevista, para ello se realizó un análisis de contenido el cual se describe a continuación. 1) Se eligió el objeto de análisis, dentro del modelo se definió la postura teórica a partir del constructivismo social en el que se identifica que el sujeto va generando su versión del mundo al mismo tiempo que construye su propia cognición, esto será apoyado de la perspectiva del interaccionismo simbólico permitiendo comprender la identidad del individuo. 2) Desarrollo de preanálisis, se transcribieron las grabaciones en tres ocasiones, posteriormente comparando las mismas para lograr uniformidad en el texto, para la primer ronda de transcripciones se consideró una transcripción de forma literal, es decir incluyendo sonidos y palabras inacabadas, repetidas o con error de pronunciación, para la segunda ocasión se integraron elementos gramaticales como signos de puntuación en los que se integraron acentos, signos de interrogación, exclamación y elementos no verbales percibidos por el investigador.

Para las transcripciones subsecuentes se realizaron de forma natural, es decir omitiendo elementos que alteraban el sentido del texto como palabras repetidas, sonidos realizados por el entrevistado y muletillas orales como: “*pues*”, “*amm*”, “*este*”, entre otras, estos elementos permitieron tener transcripciones más claras. 3) La definición de las unidades de análisis. Las unidades de análisis refieren a un segmento, palabra o palabras identificadas en el texto, las cuales fueron caracterizadas y categorizadas de

acuerdo con su relación, estos se obtuvieron mediante los fragmentos del contenido de todas las transcripciones, los cuales fueron caracterizados separándolos para posteriormente categorizarlos y relacionarlos entre ellos (Hernández, 1994). Para este procedimiento se consideraron una sola palabra, frase, oración, incluso párrafo completo, siempre que este fragmento o párrafo represente un solo tema, fue considerado como unidades de análisis.

4) Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación. Para asegurar la confiabilidad y validez del análisis aunado a la verificación de las transcripciones. Se siguieron tres pasos; primeramente, se realizó una lectura y relectura de las entrevistas en cinco momentos diferentes, esto permitió determinar las unidades que se analizarían, estas fueron consideradas identificando el significado que estas denotaban. El segundo paso consistió en la fragmentación de todas las entrevistas y la formulación de las unidades de análisis, las cuales fueron desarrolladas mediante lo sugerido por Bardin (1996). La frecuencia identificada de las unidades de análisis permitió la generación de los códigos, dentro de estos se tomó en cuenta la dirección propuesta por las unidades de análisis, en este sentido, se reflejaba de forma direccional o bidireccional, en el primer caso se consideró otorgar signos de acuerdo con la dirección, si era positivo (+) y a los negativos (-), respecto a los factores que refirieron bidireccional se colocó ambos signos.

Para el tercer paso se establecieron los códigos en los cuales se agruparon cada unidad de análisis, cada código fue descrito e interpretado tomando en cuenta la implicación del atributo de cada fenómeno identificado en la segmentación del texto. Cada código identificado fue descrito en el libro de códigos (Anexo X), así como sus relaciones descritas de forma gráfica a continuación.

De acuerdo con la frecuencia de las unidades de análisis se identificaron los siguientes códigos y estos fueron clasificados de acuerdo con el IMC reportado por los participantes, identificando que la mayoría refirió emociones bidireccionales, en relación

con la autoestima todos refirieron tener autoestima negativa esto relacionado con su identidad o prácticas sexuales, así mismo sobre el efecto social percibido, refiriendo que no se sienten aceptados. Algunos códigos en los que coincidieron de forma positiva son hacia el apoyo social emocional percibido generalmente por parte de personas que consideran especiales, así mismo la postura que tienen hacia el condón y la intención de practicar sexo casual esto relacionado con lo positivo que perciben la búsqueda de sensaciones sexuales (Tabla 3).

5) Categorización. Durante este procedimiento, se llevó a cabo la organización de los datos recolectados, teniendo en cuenta los códigos y direcciones pertinentes, con el objetivo de establecer grupos de datos específicos. Cada categoría se estructuró considerando el factor relevante involucrado, con el propósito de proporcionar categorías más claras, concisas y significativas. En este proceso, se lograron definir ocho categorías principales, cada una con sus respectivas subcategorías y códigos asociados, los cuales refuerzan los argumentos presentados en cada una de ellas.

6) Para el proceso final estas categorías fueron presentadas, revisadas y evaluadas por otro investigador, con quien se concretaron y clasificaron cada elemento considerado para cada subcategoría dentro de cada categoría propuesta. A continuación, se presentan las categorías identificadas posterior al proceso de refinamiento y validación.

Categorías y Subcategorías

Categoría 1: Estado Emocional

El estado emocional es un factor considerado de importancia ya que estos pueden influir en otros aspectos de la vida y ser importantes para la toma de decisiones.

Subcategoría 1. Autoestima. Se consideró evaluar la autoestima este identificando en como la falta de emociones positivas en los participantes en relación con sus vivencias.

Respecto a esto se identificó que todos los participantes tenían baja autoestima “*tengo bajones de autoestima*”, E1 “*bajones emocionales que constantemente me tienen en limbo*”, E2 muchos de estos son resultado de presiones sociales o rechazo “*son realmente cuestiones que quieras o no bajan la autoestima*”, E3 “*problemas emocionales*”, E10.

Si bien se ha identificado que la autoestima en los participantes ha sido baja esta ha sido identificada como un factor importante ya que durante el proceso de la entrevista referían que debido a esta deficiencia de autoestima era el cambio de percepción que tenían hacia su persona, así como la poca valoración.

Categoría 2: Autopercepción Corporal

La autopercepción corporal fue definida a partir de la actitud que percibe hacia su cuerpo, las creencias que tiene en relación con su cuerpo y la percepción que tiene hacia su cuerpo con esto identificando la influencia sobre su percepción.

Subcategoría 1. Actitud Corporal. Relacionado a esto se puede percibir la postura que percibe relacionado a su percepción corporal la cual puede ser de tipo positivo o negativo.

Algunos participantes refirieron presentar una actitud positiva hacia su cuerpo “*me agrada mi cuerpo*”, E1 “*me gusta mi cuerpo*”, E2 “*me gusta mucho*”, E4 así mismo algunos participantes refirieron una actitud negativa hacia su cuerpo “*me ocasiona inseguridad*”, E3 “*(frente al espejo) no me gusta que veo*”, E5, “*no es para mí*”, E8. En este sentido se percibe que la actitud varía de participantes cada uno tiene una percepción diferente.

Si bien, un factor clave es la actitud con la que los participantes perciben su forma física. Sin embargo, esta percepción puede estar distorsionada, ya que muchos se sentían satisfechos con su cuerpo a pesar de presentar cierto grado de obesidad. Esto resulta notable, ya que puede dar lugar a creencias erróneas sobre la normalidad de cuerpos similares en cuanto al peso.

Subcategoría 2. Creencia Corporal. Se consideró como alguna idea o pensamiento que refiriera el participante en relación con su perspectiva corporal esta puede ser reportada como positiva o negativa.

Analizando las respuestas se identificó que los participantes perciben ideas relacionadas hacia la aceptación de sus cuerpos como algo normal considerando la tasa actual de personas con Obesidad o simplemente decidieron aceptarse como se perciben. *“hay gente más gorda que yo y yo me percibo delgado ante ellos”, E2, “dejé de preocuparme de eso simplemente decía si podía cambiar cosas las cambiaba, pero si a mí me gustaban y yo me percibía”, E9* así mismo se identificó quienes se preocupan por su físico así como por las presiones sociales y desean ser aceptados *“el hecho de estar delgado me permitirá encajar socialmente”, E4 “no tengo una complexión que pudiéramos decir que la mayoría de la gente acepta como algo estético o algo normal”, E7.* Las creencias percibidas por los participantes difieren de la realidad que viven si bien el incremento de la tasa de obesidad ha incrementado en el país esto no justifica la creencia manifestada, se podría pensar que es una forma de evadir las presiones sociales mencionadas.

Subcategoría 3 Percepción Corporal. En este apartado se enmarcó la postura que los participantes refieren concebir de su apariencia física, la cual puede ser representada como positiva o negativa.

Se percibe que muchos participantes tienen noción de su peso corporal, así mismo expresa sentirse bien con el mismo, *“mi cuerpo es supergrande y pesado”, E2 “considero que mi cuerpo es grande, voluminoso y muy acorde a la realidad varonil”, E14*, sin embargo, están quienes tienen una percepción alterada de la realidad percibiendo su cuerpo como algo totalmente diferente a lo que es *“me percibo algo delgado”, E1 “con un poco de sobrepeso”, E5 “saludable”, E12 “persona promedio”, E15* así mismo están quienes perciben de forma negativa su cuerpo *“no me gusta mi cuerpo”, E10.*

La concepción de la realidad manifestada por la mayoría de los participantes refiere que estos distorsionan su realidad para percibirse con emociones positivas hacia ellos mismos ya que ellos están carentes de estas. Esto podría ser una fuente de motivación, sin embargo, puede distorsionar su realidad o su forma de concebir las cosas en su entorno.

Categoría 3: Redes de Apoyo

Conjunto de características o circunstancias con las que una persona percibe su entendimiento relacionado a su pareja esta aborda desde el apoyo social percibido, la negociación hacia el uso del condón percibido.

Subcategoría 1. Apoyo Social Emocional. Esta subcategoría denota la ayuda psicológica o emocional recibida por parte de algún familiar, amigo o pareja sexual. La cual puede ser referida como nula o con presencia.

Algunos participantes refirieron que el apoyo social principalmente lo percibían de amigos y familiares *“el apoyo social que recibo es muy gratificante”*, E2 *“creo que los amigos son una fuente de apoyo ya que como dicen que los amigos son la familia que uno busca”*, E13 *“estar con una familia hace que todos los pensamientos se vayan, aunque también me pasa cuando estoy con alguien”*, E14 así mismo se percibió que muchos se apoyan en la familia como medio de ocultar socialmente su identidad de género *“la misma convivencia familiar, son muy pocas personas las que saben que soy así y las personas que saben tratamos de no sacar el tema a flote”*, E18.

Respecto al apoyo emocional percibido solo algunos participantes mencionaron recibirlo o al menos identificar estas fuentes de apoyo, sin embargo, estos participantes refieren que durante su infancia vivenciaron escenarios que generaron ciertos traumas o trastornos por lo que se considera que estas fuentes son primordiales en su estilo de vida.

Subcategoría 2. Apoyo Social Actitud de Protección Sexual. Proceso de discusión en el que se llega a un común acuerdo de la utilización sobre el condón previo o durante alguna práctica sexual. Dentro de esta se puede categorizar como negociación

positiva refiriendo que la pareja accede al uso del condón después de un dialogo o negativa donde la pareja no conversa o no accede al uso del condón.

Se identificaron participantes que si tienen una negociación positiva *“si suelo comentarlo con mi pareja siempre”*, E2 *“siempre he tratado de cuidarme y pues también es importante para cuidar a las personas con las que he salido estaré gordito, pero no me quiero morir ahorita”*, E14 así mismo parejas que tienen una postura muy rígida sobre el uso del condón *“creo que no es negociable o sea es sí o sí”*, E5.

Respecto a esto los participantes refieren que muchos consideran primordial el apoyo de pareja para protegerse durante un contacto sexual, llegando a limitar sus encuentros a consecuencia de que no se utilice el condón o en ceder a participar en otras actividades que generen estimulación como la masturbación o solo el contacto físico sin llegar a una penetración.

Subcategoría 3. Apoyo Social Consistente de Protección Sexual. Dentro de esta se identificaron resultados mayormente negativos ante la negociación *“es que uno no llega a negociarlo”*, E1 *“no se llega a la consistencia o convencimiento para cómo se debe de usar”*, E4 *“sabes que yo no suelo negociarlo o sea depende más como de mi pareja”*, E6 *“no se suele hacer como tal una negociación, ya que aunque yo diga en su momento que quiero usarlo y me dicen que no, no me detengo a dialogar, ósea quién quisiera tener sexo con un gordito son muy pocas personas realmente”*, E13.

Los participantes refieren no negociar el uso del condón con sus parejas sexuales, así mismo otros mencionan que a pesar de saber que es incorrecto no colocárselo estos no suelen externarlo al momento de tener encuentros sexuales, tienden a dejar que la pareja tome la iniciativa en caso contrario han llegado a manifestar comportamientos sexuales de riesgo.

Categoría 4: Uso del Condón.

Práctica, manipulación, actitud y autoeficacia la manipulación del condón previo o durante un contacto sexual con la finalidad de tener una práctica más protegida.

Subcategoría 1. Postura Ante el Uso del Condón. Percepción que tienen los participantes ante el uso o manipulación del condón durante un contacto sexual, este podrá ser categorizado como negativa o positiva.

De acuerdo con el análisis de los resultados se identifica que la postura fue en su totalidad positiva ante el uso del condón *“sé que es muy bueno y útil para evitar contagios y enfermedades”*, E1 *“en encuentros casuales donde no se conoce el historial sexual de la pareja”*, E2 *“Es necesario e indispensable más porque a veces se relacionan con protegerse de un VIH”*, E4 *“El uso del condón es una manera responsable de tener relaciones sexuales sea del tipo de orientación sexual que sea”*, E9.

Algo que llamo mucho la atención es la postura que tienen en relación con el uso del condón ya que todos manifiestan una conducta positiva hacia este, refiriendo que es muy importante, así mismo mencionan que son conscientes de los beneficios que tiene el utilizar condones durante un encuentro sexual.

Subcategoría 2. Capacidad de Uso del Condón. Refiere al nivel de circunstancias, condiciones y aptitudes destinadas a el uso y manipulación del condón, en relación con esta se puede referir como capacidad percibida o incapacidad para uso del condón.

Se ha identificado que estos no son capaces de utilizar el condón *“he tenido prácticas sin el uso del condón”*, E6 algunos participantes mencionaron que el hecho de percibirse con un Obesidad les limita sus capacidades de utilizar el condón *“por los rechazos que tengo y por las cuestiones que te comentaba principalmente por mi condición del peso muchas veces pues tiendo a no usarlo por acceder a lo que me piden”*, E10 *“solemos tener contacto sin condón luego siempre ha sido mejor la sensación de piel con piel”*, E19, así mismo una minoría si utilizar el condón *“en todas mis relaciones siempre he sido muy de protegerme siempre”*, E7.

Respecto a esto se puede identificar que a pesar de ser conscientes de los beneficios que los condones refieren ante un encuentro sexual sobre todo si el tipo de encuentro es espontáneo, la mayoría no suele utilizarlo de la forma correcta.

Subcategoría 3. Experiencia de Uso del Condón. Conocimientos o habilidades relacionadas con la manipulación y el uso del condón, esta se puede identificar como experiencias agradables o no agradables.

Los participantes refieren una cantidad similar de experiencia no agradables y experiencia agradable haber experimentado condiciones agradables *“es una de alguna manera una experiencia muy placentera”*, E9 *“favorable”*, E12 así mismo están los que presentaron experiencias no agradables *“te genera un poco de más dolor”*, E6 otros participante mencionaron que no han tenido experiencia o refiere que ha sido diversa con el uso del condón *“no he tenido como esa experiencia”*, E8 *“mi experiencia ha sido diversa, yo a veces lo uso, a veces no”*, E13.

En este sentido, la experiencia referida por los HSH suele ser variable de acuerdo con las experiencias de cada uno, sin embargo, algo en lo que la mayoría coincide es que a pesar de utilizar el condón durante algunos encuentros sexuales estos acaban desistiendo del uso de este.

Categoría 5: Influencia social

Causa determinada de la sociedad que produce un efecto sobre los hombres que tienen sexo con hombres el cual puede ser referido de forma negativa o positiva.

Subcategoría 1. Efecto Social Percibido. Esta refiere a la impresión percibida de acuerdo con un grado de convivencia o experiencia previa al contacto que se tiene bajo su entorno social. Esta fue categorizada en el efecto hacia su imagen corporal y hacia su sexualidad.

Con relación a su sexualidad se percibió que la mayoría recibe el efecto en forma de autorrechazo *“siempre estaré ocultando lo que soy por miedo a decepcionar a mis seres queridos”*, E2 *“va generando inseguridad, incertidumbre y de alguna manera hay*

un rechazo social”, E3 “desearía o me hubiera gustado desear en algún momento ser una persona socialmente que se considere normal una persona heterosexual 100% y no sentir esta atracción hacia los hombres”, E19.

Respecto a su imagen corporal los participantes mencionaron mayormente recibir un efecto negativo *“creo que tanto el bullying me generó un trastorno de ansiedad que calmaba solo con comer”, E1 “físicamente me he rechazado bastantes veces”, E10* estos efectos principalmente son referidos por la presión social identificada *“es motivo para que los hombres que tienen sexo con hombres se oculten”, E13 “me pudieran afectar de forma inconsciente, tal vez mi forma de pensar y de ver las situaciones”, E20.*

De manera general el efecto social sobre los HSH ha referido comportamientos de auto rechazo y asilamiento social *“una constante lucha en donde no te aceptas por fuera por así decirlo y tampoco te aceptas por dentro”, E3 “imagínate rechazan mi complexión física y luego todavía mi preferencia sexual”, E7 “me niego a exhibir mi orientación sexual por múltiples cuestiones principalmente en mi trabajo odian a los homosexuales”, E20.*

El efecto social suele ser entendido de diferente forma, si bien muchos mencionan el nulo interés por los comentarios sociales o las perspectivas que la sociedad tiene sobre su persona, si acaban manifestando algunos comportamientos o conductas relacionadas a estos señalamientos.

Subcategoría 2. Origen de la Percepción. Esto está relacionado a la causa o motivo que inició estas percepciones sociales y sobre todo a la percepción que se ve reflejada en los participantes.

En relación con esto se puede identificar que estas percepciones son referidas de igual forma como factores relacionados a cuestiones de identidad de género y de la perspectiva corporal.

Con relación a la perspectiva de identidad los usuarios refieren como punto de partida el bullying recibido desde edades tempranas *“éramos agredidos por el típico*

bully por el hecho de ser gay”, E1 aunado a esto los usuarios reportaron violencia intrafamiliar *“durante mi niñez sufrí bastante violencia por parte de mis padres”, E18* *“cuestiones relacionadas al bullying y agresiones verbales”, E1.*

En este sentido los factores de origen con relación a la percepción fueron algunos traumas percibidos en la infancia *“después de un evento traumante a manos de mi padrastro.... me generó ciertos trastornos emocionales que me obligaron a refugiarme en los alimentos y pues en personas de mí mismo sexo”, E13* *“las críticas de cierta forma te hacen cuestionarte si lo que haces realmente es correcto”, E2* *“un evento muy traumante a manos del amigo de mi padre... detono para que yo pudiera este tener como una o refugiarme a la comida”, E14.*

El origen de cada percepción social puede ser diferente en cada participante, sin embargo, la mayoría coincide en la presión social desde edades tempranas, así como la cuestión de bullying sufrido por diferentes personas que estuvieron en sus entornos.

Subcategoría 3. Respuesta Social. Efecto que reporta una percepción autoanalizada de la situación que los HSH reportan hacia estas percepciones sociales, estas pueden ser negativas o positivas.

Después de las ya mencionadas circunstancias identificadas por los participantes muchos de ellos refieren presentar una respuesta positiva a la sociedad.

Los usuarios identifican que después de toda la presión social optaron por amarte y quererse a sí mismos *“opte fue mejor aceptarme y quererme como soy”, E1* así mismo a algunos de ellos refieren es complicado ya que unos permanecen en el anonimato *“creo que socialmente los padres o la sociedad no te prepara para este tipo de situaciones”, E1* de igual manera algunos refieren que esto continuara repercutiendo en su autopercepción *“repercute quiera o no en la concepción de cómo me veo”, E4* *“yo creo que la educación en casa primeramente te enseña que es algo a lo que no le debes tener importancia”, E16.*

La respuesta social manifestada por cada participante añade una visión su postura ante estas mismas, en este sentido, se entiende que los comportamientos manifestados por los participantes son consecuencias de las presiones sociales vivenciadas desde edades tempranas.

Categoría 6: Sensaciones Sexuales

Recepción de estímulos sexuales relacionados con las actividades que ejercen los HSH ante una situación determinada o generada para obtener un éxtasis sexual mayor.

Subcategoría 1. Búsqueda de Satisfacción Sexual. Capacidad de generar situaciones en las cuales el participante es participe cuyas acciones tienen la finalidad de producir mayor sensación de satisfacción sexual.

Los participantes refirieron algunas actividades relacionadas a los comportamientos sexuales las cuales suelen ser no tan comunes *“me encanta el sexo en algunos lugares públicos”, E1 “ser masoquista”, E2 “cumplir fetiches como lluvia dorada, fisting, masoquismo”, E4 “juego de roles, fajes, sexo oral”, E8.*

Respecto a este tipo de sensaciones, la búsqueda de esto muchas veces suele ser relacionada con los trastornos vivenciados, sin embargo, las prácticas realizadas durante sus contactos sexuales suele ser no muy usuales por lo que llama la atención la realización de estas.

Subcategoría 2. Actividades de Satisfacción Sexual. Refiere al sentimiento de bienestar o placer percibido relacionado a las actividades realizadas.

Los participantes refieren percibir el dolor como medio de satisfacción y excitación sexual, así como de tener prácticas de riesgo *“en cuestión de la sensación es lo mismo, si se usa o no, en la cuestión de protección es mejor usarlo”, E1 “el dolor me (...) de cierta forma me excita mucho”, E2 “me gusta fungir como contenedor de semen”, E13 “me gusta golpear a mis parejas con el látigo”, E16.*

Estas actividades muchas veces suelen estar relacionadas con las prácticas que detonan para sentir una satisfacción más grande durante los encuentros sexuales, sin

embargo, muchas de estas pueden poner en riesgo a los practicantes ya que suelen generar traumas en el cuerpo.

Categoría 7: Influencia situacional

Refiere a cualquier situación en la que se genere una manipulación e ingestión de sustancias que puedan alterar la percepción de las personas previo o durante un encuentro sexual.

Subcategoría 1. Actitud Ante el Uso de Sustancias. Comportamientos ejercidos hacia la manipulación o uso de sustancias que puedan alterar la percepción como lo es el alcohol y las drogas, estas se definirán como positivas y negativas.

Con relación a esto los participantes detonan actitudes positivas hacia el consumo *“yo si era de estar bajo el efecto de alguna sustancia”*, E9 *“yo si era de estar bajo el efecto de alguna sustancia”*, E15. Así mismo se identificó que no todos estaban a favor del uso del consumo ya que solían identificar el riesgo *“no es buena idea el mezclar alcohol con sexo”*, E3 *“nos perjudican”*, E7 *“no es una relación sana”*, E17.

Respecto a la actitud, la mayoría de los entrevistados refirió tener una actitud positiva al consumo de sustancias con mayor énfasis al consumo de alcohol, con relación a este suelen utilizarlo como vehículo para el desarrollo de un contacto sexual, sin embargo, muchas veces este no es el principal objetivo ya que los entrevistados refieren utilizarlo como medio recreativo.

Subcategoría 2. Efecto y Sensación del Consumo de Sustancias. En este sentido los entrevistados refieren el uso y manipulación de las sustancias con efectos de interacción sexual

Dentro de los efectos percibidos identifican que las sustancias suelen bloquear la percepción de los que las consumen, *“la libido y el éxtasis aumenta consideradamente”*, E1 *“es de alguna manera una experiencia muy placentera”*, E9 así mismo refieren que desarrollan comportamientos muchas veces no consensuados *“ni siquiera mi pareja se puede poner el condón, entonces te digo, la seguridad pasa a segundo plano y no es una*

prioridad”, E13 “siento que toco las estrellas”, E1 “recuerdo que estuve hasta las chanclas no utilice el condón”, E6

El efecto generado por el consumo de sustancias suele ser diverso, los participantes mencionan algunos encuentros, pero la mayoría coincide con otorgarlo a la elevación del éxtasis que muchas veces los conduce a tener relaciones sexuales, así mismo otros refieren que durante un encuentro sexual es la mejor experiencia que han vivenciado, esto referente a las diferentes sensaciones que manifiestan les genera cada una de estas sustancias.

Categoría 8: Situaciones de Riesgo Sexual

Refiere al conjunto de respuestas percibidas de un entorno en el cual se desarrollan las condiciones para ejercer o no un riesgo relacionado a la salud sexual.

Subcategoría 1. Intención de Practicar Sexo Casual. Refiere a la decisión de ejercer un comportamiento sexual con una persona que desconoce.

En este sentido se cuestionó a los HSH para que notificaran cuál era su actitud ante el sexo casual *“es bastante rico”, E1 “es algo ya muy común hoy en día”, E2* y si lo ejercían. Identificando que la mayoría percibió como algo positivo y al menos una vez lo había realizado *“cuando quiero un contacto casual por medio de aplicaciones”, E1 “tengo parejas casuales”, E4 “siempre han sido con amigos, se presta para contactos casuales y sin compromisos”, E6.*

Algunas cuestiones relacionadas con la intención son los tipos de contacto sexuales, los cuales se cuestionó sobre parejas casuales y múltiples parejas, sin embargo, la mayoría de los participantes menciona que el tener encuentros con múltiples parejas suelen verlo como algo muy riesgoso, ni refieren los mismo de los encuentros casuales o cuales refieren los han practicado con mayor frecuencia

Subcategoría 2. Actividades de riesgo. Refiere a una situación en la que se posiciona un HSH durante su práctica sexual. Esta puede ser reportada como negativa o

positiva, así mismo se puede entender como la intención de llevar a cabo dicho comportamiento.

En relación con esto se identificó que los participantes suelen cuestionar a sus parejas previo a un acto sexual esto con la intención de llevar a cabo una práctica segura *“suelo preguntar a la persona sobre su historial sexual”, E2 “cuando se rompe un condón usa otro método sin usar coito, ósea faje, o besos o auto manipulación”, E4 “por lo general no seguir la práctica sin protección”, E8.*

Respecto a las actividades que ponen en riesgo a los HSH estas fueron cuestionadas durante la entrevista con la intención de evidenciar si durante los contactos sexuales estos suelen tener algunas prácticas que permitan identificar si suelen prevenir o al menos tienen la intención de evitar contactos sexuales de riesgo, sin embargo, los resultados son contradictorios. Algunos participantes afirmaron tener la intención de protegerse, mientras que otros revelaron comportamientos que contradicen esa intención, lo que sugiere una compleja interacción entre el deseo de disfrutar y la conciencia de los riesgos.

Síntesis Cualitativa.

Se puede observar que muchos individuos enfrentan desafíos relacionados con su autoestima, la cual puede estar profundamente arraigada en experiencias traumáticas de la infancia, como el acoso escolar o conflictos culturales. Estos eventos impactan significativamente en su desarrollo emocional, restringiendo su capacidad para expresar su identidad sexual de manera plena. El estado emocional de estos individuos emerge como un factor determinante que influye en varios aspectos de sus vidas, incluidas las decisiones relacionadas con su salud sexual

Un componente clave identificado es la baja autoestima, reconocida por todos los participantes en diferentes momentos, influenciada por presiones sociales y experiencias de rechazo. Además, la percepción corporal desempeña un papel fundamental en cómo se ven a sí mismos, con algunas personas mostrando actitudes positivas hacia sus

cuerpos, mientras que otras experimentan una desconexión entre su percepción y la realidad física. Esto sugiere una posible distorsión de la imagen corporal, lo que pudiera afectar significativamente su bienestar emocional y su relación con los demás.

En tiempos de angustia emocional, muchos recurren a su red de apoyo social, que puede incluir amigos, familiares o parejas. Estas redes no solo ofrecen apoyo emocional, sino que también desempeñan un papel vital en la promoción de prácticas sexuales seguras. La apertura y comunicación con estos permite fortalecer la comunicación sobre el uso adecuado del condón y la importancia de dialogar sobre la salud sexual. En momentos de vulnerabilidad emocional, fortalecer estos lazos no solo nos proporciona un refugio emocional, sino que también contribuye significativamente en su bienestar general.

Se identificaron diversos factores que influyen en la adopción de comportamientos sexuales seguros y de riesgo. A pesar de una actitud generalmente positiva hacia el uso del condón, su implementación consistente es un desafío para muchos participantes, quienes enfrentan dificultades para utilizarlo correctamente. El análisis del uso del condón se realizó considerando la actitud, habilidades y experiencia de los individuos. Esto a su vez se mencionó estar relacionado con la capacidad de negociación y la práctica del sexo seguro.

La influencia social se hizo evidente a través del impacto percibido, la fuente de esa percepción y la respuesta social de los participantes. Muchos experimentaron efectos adversos en su autoestima y sexualidad refiriendo como principales fuentes generadoras la presión social y el acoso, lo que resultó en comportamientos de auto rechazo y aislamiento. Los participantes describen estos aspectos como cruciales al momento de llevar a cabo sus prácticas sexuales ya que no se perciben seguros de realizar los cuidados necesarios ante un encuentro sexual. En muchos casos, no son ellos quienes ofrecen el condón, sino que es su pareja quien toma la iniciativa, y rara vez negocian su

uso durante los encuentros íntimos, prefiriendo dejar esa responsabilidad en manos de su compañero.

La exploración de las sensaciones sexuales revela una tendencia hacia la búsqueda de satisfacción a través de prácticas sexuales poco convencionales, algunas de las cuales implicaban riesgos y estaban relacionadas con la excitación sexual, a menudo influenciadas por el consumo de sustancias. Aunque algunos participantes refieren percibir una actitud positiva hacia el consumo de estas sustancias, reconocen los riesgos asociados, como la disminución de la percepción del riesgo durante las relaciones sexuales.

En cuanto a las intenciones sexuales, se observa una preferencia por encuentros casuales y múltiples parejas, lo que conlleva riesgos adicionales para la salud sexual. Muchos participantes buscan experiencias novedosas, a veces participando en prácticas poco convencionales como el *fisting* o la lluvia dorada, las cuales pueden implicar complicaciones para su salud. A pesar de que muchos participantes mostraron una actitud positiva hacia el sexo casual, también se identificaron prácticas sexuales de riesgo y una falta de conciencia sobre la importancia de la protección.

Considerando el análisis cualitativo y las categorías propuestas, se procedió a contrastar los hallazgos con las variables teóricas previamente establecidas. Este proceso tuvo como objetivo identificar aquellas variables que permitieran refinar el modelo para su futura exploración. Se llevó a cabo una revisión cuidadosa, respondiendo así a los objetivos específicos planteados, lo que permitió una comprensión más profunda y una mejor articulación de los conceptos en estudio. Este enfoque asegura que el modelo sea más robusto y relevante.

De acuerdo con el objetivo específico 1, que consistió en establecer relación entre las variables resultante de las categorías desarrolladas a partir de la exploración cualitativa. Para dar respuesta a este objetivo se siguió los pasos propuestos en la metodología de la teoría fundamentada, para ello posteriormente a la definición de las

categorías se derivaron nuevos conceptos a partir de estas los cuales se describen a continuación.

Conceptos del Modelo Cualitativo

Depresión sexual

Este concepto surge a partir de las categorías que involucran los estados emocionales y de autoestima relacionados con su sexualidad. Para este concepto se contemplaron las narrativas de los participantes y los efectos mencionados que los bajones emocionales o situaciones como el rechazo se involucran en sus sentimientos al momento de vivenciar un encuentro sexual. Por lo que se definió como, Estado mental caracterizado por sentimientos generalmente negativos, como depresión, tristeza, decepción, infelicidad o pérdida de interés, en relación con la capacidad, calidad y aspectos sexuales de la vida. Surge a partir de dificultades para relacionarse o concretar una relación o alguna actividad sexual.

Autopercepción de grasa corporal

Este concepto fue formulado a partir de la categoría “*Autopercepción corporal*” a partir de esta se consideraron los aspectos de actitud, creencias y percepciones que los participantes desarrollaban en relación de cómo se involucraban socialmente. Las narrativas permiten evidenciar que los HSH con obesidad presentan diferentes percepciones hacia su cuerpo principalmente a la grasa corporal con la que evidencian diferentes actitudes. Así mismo han demostrado tener creencias relacionadas con su percepción. Es así como este concepto se define como la Representación de la forma y tamaño corporal que una persona construye mentalmente sobre sí misma, considerando la apreciación personal y social, denotando comportamientos positivos o negativos relacionados con lo que cree, desea, siente y experimenta.

Apoyo social

Surge a partir de la categoría “Redes de apoyo”. De acuerdo con las narrativas los participantes lo refieren como acciones o ayuda emocional lo que consideran

gratificante. Así mismo refieren que la persona es considerada como alguien especial y no propiamente su pareja, puede ser algún familiar o amigo. Estas acciones no se ven involucradas cuando se refiere a la protección sexual Definido como la expresión de afecto generalmente positivo que provee o brinda motivación principalmente psicológica por parte de otra persona a quien se considera importante, especial o significativa, quien a través de acciones o estrategias genera consuelo, alegrías y reduce las necesidades de la persona.

Percepción de riesgo de VIH

Surge a partir de la categoría “situación de riesgo sexual”. Incorpora narrativas que involucran el conjunto de respuestas desarrolladas a partir de practicar actividades en las que se ve involucrada su seguridad como el sexo anal sin condón. Por lo que se define como toda sensación experimentada a través de la cual un individuo puede o no concebir una situación que, mediante el desarrollo de actividades sexuales sin el uso del condón o algún dispositivo de protección, expone a la persona a considerar, tener, aceptar o desarrollar comportamientos sexuales que se maximiza la exposición a desarrollar VIH.

Estigma sexual

Este concepto surge de la categoría “influencia social”. De acuerdo con las narrativas de los participantes, lo perciben como impresión o efecto social que repercute en ellos. Partiendo de esta percepción se definió el concepto como la actitud o comportamiento relacionado con la ideología, cultura e interacción con otras personas, quienes a través de conductas generalmente negativas como burlas, agresiones, rechazos o desigualdades generan afecciones en el ámbito sexual y emocional de una persona, permitiendo desarrollar sentimientos de aprobación o desaprobación.

Actitud hacia el condón

Este concepto se propuso a partir de la categoría “uso del condón”. Se define como evaluación positiva o negativa relacionada con la experiencia, emociones o

sensación, con la manipulación o uso del condón, que, ligada al comportamiento, permite aceptar o rechazar el uso de este. De acuerdo con las narrativas, se percibe positivamente el condón, pero esto difiere con el uso de este ya que ante el uso los comentarios son en ambas direcciones.

Autoeficacia para uso consistente del condón

Este concepto surge de la categoría “uso del condón”. Es definido como la capacidad percibida para llevar, usar o manipular de forma correcta y constante el condón durante o previo al contacto sexual. Se ha identificado dentro de las narrativas que estos son capaces de utilizar el condón, sin embargo, existen ocasiones que por factores externos deciden no utilizarlo, lo que los expone a un mayor riesgo a desarrollar alguna infección de transmisión sexual.

Consumo de sustancias en las relaciones sexuales

Surge a partir de la categoría de “influencias situacionales”. Es definido como la ingesta o uso de bebidas alcohólicas o drogas de forma periódica o no previo o durante las relaciones sexuales por parte de uno o ambos miembros. De acuerdo con las experiencias vividas de HSH con obesidad tienen actitudes positivas hacia el consumo de alcohol, refiriendo utilizarlo con frecuencia para cortejar o buscar algún contacto sexual. Así mismo algunos prefieren utilizar las drogas refiriendo que su consumo aumenta la libido. El consumo de estas sustancias menciona que es utilizado como medio recreativo dados los efectos que experimentan con ello.

Uso de plataformas digitales para citas

Este concepto se propone a partir de la categoría de “situaciones de riesgo sexual”. Se define como la manipulación o manejo de medios digitales, generalmente aplicaciones móviles, con el objetivo de encontrar o concretar una cita con una persona conocida o no, estas por lo regular con la finalidad de concretar un encuentro sexual. Los HSH obesos refieren que la presión social, aunada a la cuestión cultural, hace que desarrollen comportamientos en los que se sienten protegidos como buscar parejas

sexuales o buscar con quien conversar lo cual o hacen recurriendo a medios como aplicaciones o plataformas digitales las cuales les permiten el anonimato y la privacidad. Además de posibilitar la frecuencia con la que se presentan los contactos.

Intención de la conducta sexual

Surge de la categoría “situaciones de riesgo sexual”. Es definido como la disposición conductual determinada por la actitud que permite la probabilidad de realizar o desarrollar un comportamiento sexual adecuado o no. De acuerdo con las narrativas los participantes refieren tener intenciones de utilizar un condón durante sus encuentros sexuales, aunque muchas veces no logran concretarlo debido a factores externos principalmente sus parejas quienes llegan a solicitar el no uso del mismo. Dada la presión social naturaleza de la población refieren mayor intención por desarrollar contactos sexuales ocasionales.

Negociación sobre uso del condón

Este concepto surgió de la categoría “redes de apoyo”. Definido como aquellas estrategias utilizadas para proponer un acuerdo en conjunto con la pareja sexual sobre el uso del condón durante o antes de concretar un encuentro sexual. De acuerdo con las narrativas los algunos participantes refieren saber que deben protegerse utilizando el condón, sin embargo, dada la complejidad por conseguir una pareja o el no querer rechazar a una suelen no comentarlo cediendo a tener sexo sin condón en sus encuentros sexuales.

Habilidad sobre uso del condón

Surge a partir de la categoría “uso del condón”. Se definió como el grado de dominio y conocimiento en relación con el uso y manipulación del condón antes o durante una actividad sexual. Las experiencias vividas denotaron que la mayoría desconoce los pasos para colocar un condón, así mismo, algunos refirieron colocarse el condón, sin embargo, en algunos casos suelen desistir del uso de este. Las experiencias

referidas suelen ser diversas agradables como la sensación de experimentar sentirse protegido y no agradables como la sensación experimentada.

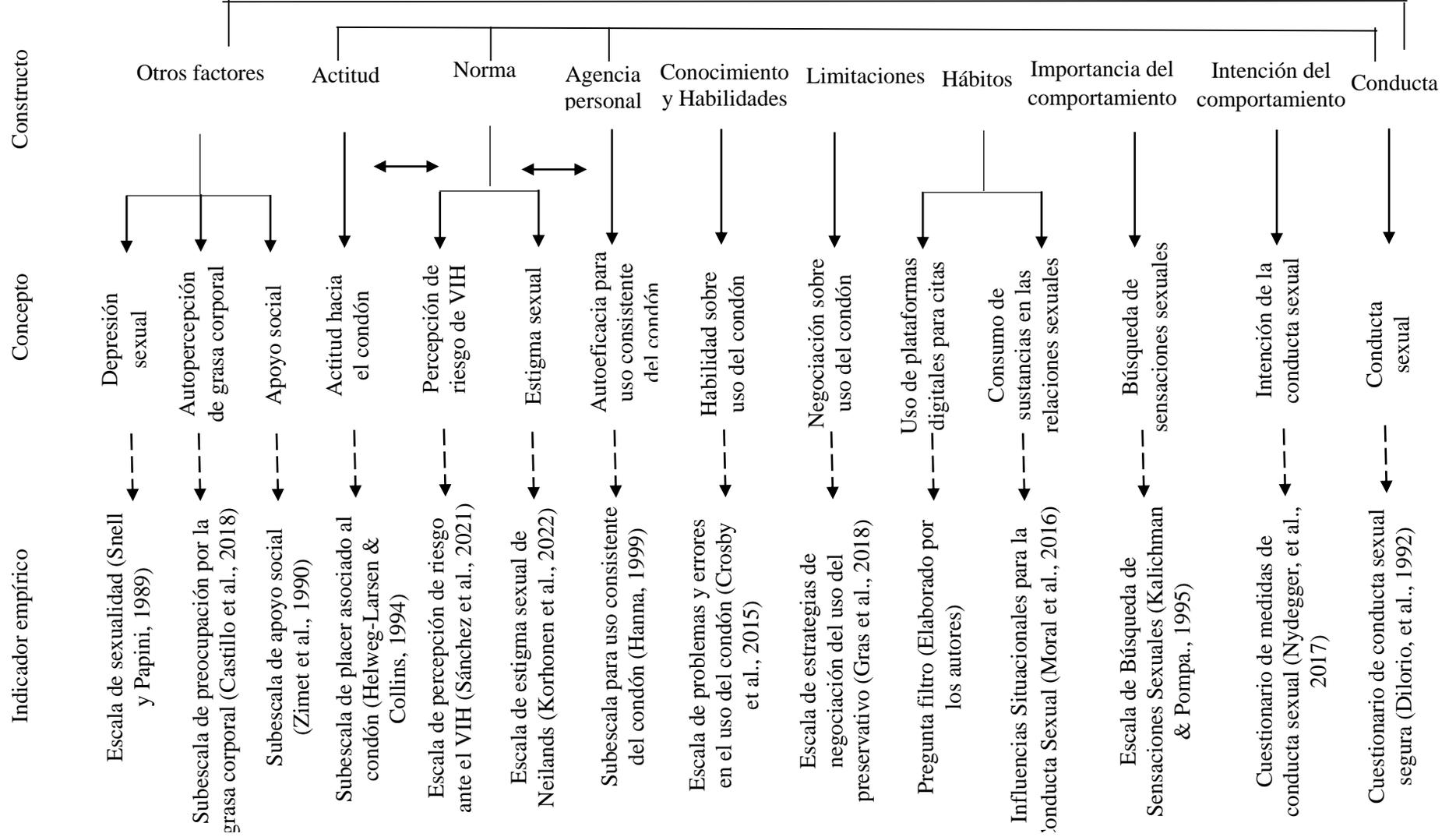
Búsqueda de sensaciones sexuales

Este concepto parte de la categoría “sensaciones sexuales”. Se define como la percepción o apreciación que involucra las emociones e interés por desarrollar nuevas acciones o actividades con el objetivo de satisfacer o generar mayor placer erótico o sexual. Refiere a toda aquella situación generada por un individuo en la que se ven involucradas las sensaciones sexuales. Como encuentros con desconocidos, experimentar sensaciones físicas que generen placer. Así mismo el éxtasis o morbo de llevarlas a cabo en diferentes entornos.

Para responder al objetivo específico 2: Refinar el modelo teórico a partir de las variables resultantes de los datos cualitativos obtenidos. Se consideraron cada categoría a partir de ello se realizó la descripción de conceptos emergentes los cuales se contrastaron con los del modelo teórico, estos se relacionaron en forma de subestructuración teórica lo cual nos permitió categorizar y relacionar los nuevos conceptos conectando el sistema teórico y el sistema empírico.

En relación con el objetivo específico 3: Evaluar a través de ecuaciones estructurales las interrelaciones y efectos directos e indirectos de los factores psicosociales, creencias y factores proximales obtenidos en el modelo cualitativo de conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres con obesidad. Para responder a este objetivo se consideraron los elementos de la subestructuración, a partir de estos se especificaron las nuevas relaciones y categorías del modelo permitiendo desarrollar nueve proposiciones las cuales se mencionan a continuación.

Figura 4
Subestructuración del Modelo cualitativo de Conducta Sexual en “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con Obesidad



Nota. Subestructuración de los nuevos conceptos del modelo de acuerdo con los datos cualitativos.

Una vez clasificados los nuevos conceptos y definidas las relaciones en la subestructuración, se agruparon estos conceptos en tres categorías de variables.

El primer grupo, denominado factores psicosociales, incluye elementos que afectan el comportamiento, la salud y el bienestar, abarcando tanto aspectos psicológicos como sociales. Dentro de este grupo se encuentran las variables de la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social.

El segundo grupo se agrupa bajo el concepto de creencias, que se refiere a las convicciones o ideas que influyen en cómo las personas perciben, actúan y toman decisiones. Este grupo incluye variables como la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el uso del condón y la autoeficacia para su uso consistente.

El tercer grupo, denominado factores proximales, se define como aquellos elementos que tienen un impacto directo e inmediato en el comportamiento sexual, considerando las condiciones y circunstancias específicas que pueden influir en la toma de decisiones. Este grupo abarca variables como el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre el uso del condón, la habilidad para su uso y la búsqueda de sensaciones sexuales.

A partir de las relaciones establecidas en la subestructuración, también surgieron las proposiciones que se describen a continuación:

Proposiciones del Modelo de Conducta Sexual en Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) con Obesidad

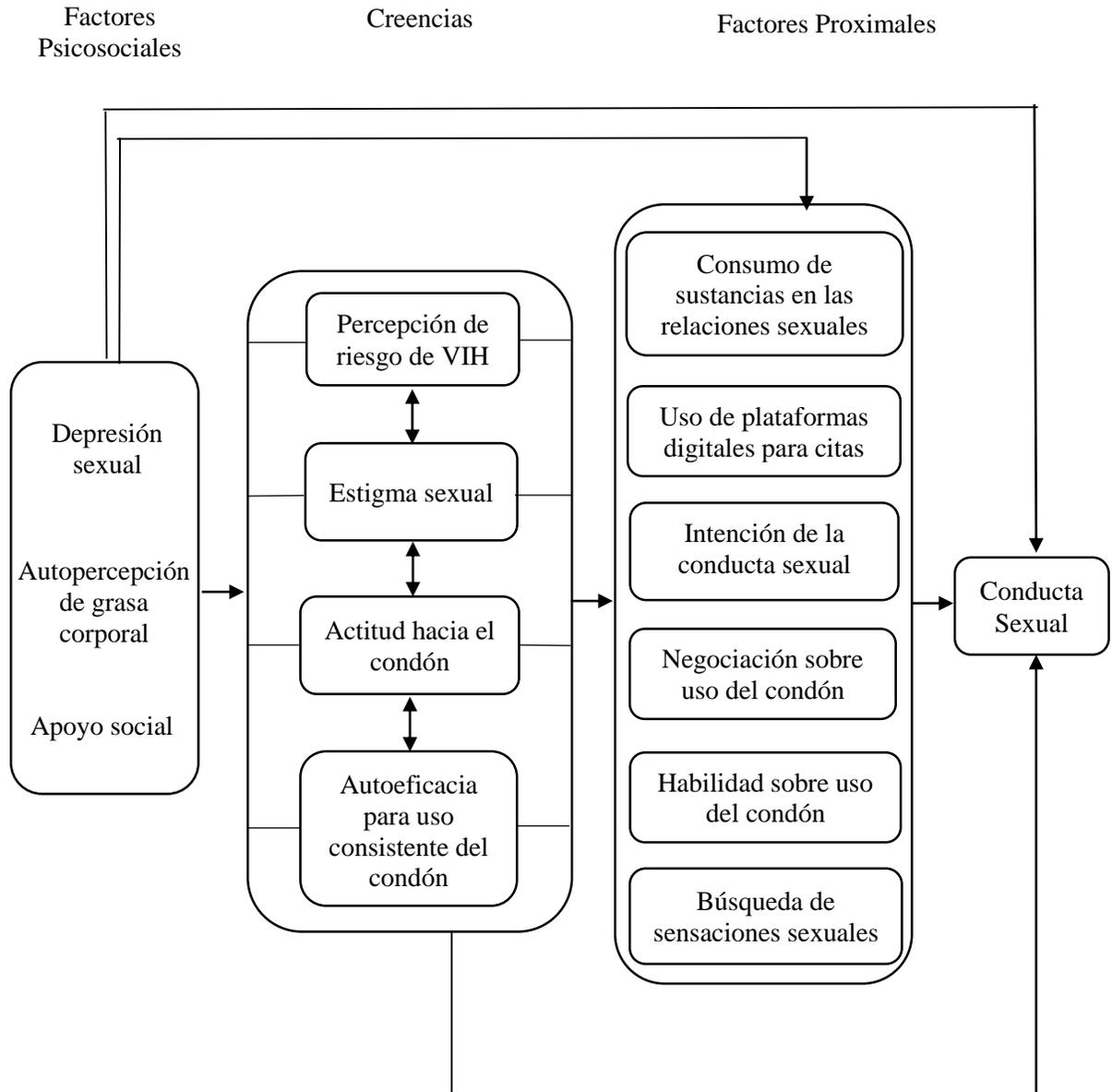
1. Existe relación entre la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social.
2. La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen directamente en la conducta sexual.

3. La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón.
4. La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.
5. Existe relación entre la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón.
6. La percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en la conducta sexual.
7. La percepción de riesgo de VIH, estigma sexual, actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.
8. Existe relación entre el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.
9. El consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales influyen en la conducta sexual.

Posteriormente, a partir de los elementos obtenidos se desarrolló de forma gráfica el nuevo modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres obesos considerando el abordaje cualitativo para establecer las nuevas variables (Figura 5)

Figura 5

Representación gráfica del Modelo cualitativo de Conducta Sexual en “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con Obesidad.



Nota. El modelo muestra la relación entre los conceptos obtenidos del modelo teórico y el análisis cualitativo.

Resultados Cuantitativos

En este apartado se presentan de manera estructurada los resultados cuantitativos de la investigación. Se dio inicio con una descripción general de las características demográficas, antropométricas y de sexualidad de los participantes. Posteriormente, se procedió a detallar las variables del estudio y se evaluó la prueba de normalidad. Subsecuentemente se abordó la consistencia interna de los instrumentos y se realizaron las pruebas de estadística inferencial. Finalmente, se presentaron los resultados de los modelos de ecuaciones estructurales.

Estadística Descriptiva

La muestra final estuvo constituida por 458 participantes. Tras aplicar los criterios de elegibilidad previamente establecidos, se excluyeron 18 participantes, resultando en una muestra definitiva de 440 HSH obesos. Para evaluar los datos antropométricos, se registraron el peso y la altura de cada participante, lo que permitió calcular el índice de masa corporal (IMC) y categorizar a los participantes según el grado de obesidad. De acuerdo con los datos categorizados se identificó que el 76.6% de los participantes tenía obesidad grado I, el 16.6% obesidad grado II y el 6.8% obesidad grado III (Tabla 4). En cuanto a los resultados descriptivos, estos fueron categorizados de acuerdo con el grado de obesidad de los participantes. Identificando que la media del IMC obtenido fue de 31.89 para obesidad I, 36.35 para obesidad II y 43.28 para obesidad III, reportando una media general de 33.41 (Tabla 3).

La edad de los participantes osciló entre los 19 y 49 años, reportando una media general de 31.05 años. Los participantes con obesidad grado III tenían una edad promedio de 33.77 años, mayor que los de los otros grupos, mientras que aquellos con obesidad grado II fueron relativamente más jóvenes. Respecto a los años de estudio, la media general reportada en fue de 17.90, sin diferencias significativas entre los diferentes grados de obesidad (Tabla 3). En relación con el estado civil, el 56.2% de los

encuestados con obesidad II se identificó como soltero, de igual manera 53.3% y 51.6% de los participantes con obesidad III y I, respectivamente. Además el, 33.3% de ellos se identificó que vive en unión libre, este mismo grupo fue referido por los participantes con obesidad II (31.5%) y obesidad I (30.3%) (Tabla 4).

Tabla 3

Características de sociodemográficas, antropométricas y de sexualidad por grado de obesidad

	Obesidad I					
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mediana</i>	<i>RI</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Edad	31.19	6.93	31.00	26.00-36.00	19.00	45.00
Años de estudio	17.94	3,77	18.00	16.00-20.00	5.00	27.00
Índice de Masa Corporal	31.89	1.41	31.74	30.58-32.93	30.00	35.40
Número de parejas sexuales	8.09	4.11	8.00	6.00-10.00	1.00	21.00
	Obesidad II					
Edad	29.29	6.75	28.00	23.00-33.50	19.00	44.00
Años de estudio	17.93	4.75	18.00	14.00-22.00	8.00	26.00
Índice de Masa Corporal	36.35	1.27	36.10	35.32-36.93	35.01	39.76
Número de parejas sexuales	9.86	5.26	8.00	5.00-10.50	1.00	25.00
	Obesidad III					
Edad	33.77	5.61	33.00	30.75-38.25	20.00	49.00
Años de estudio	17.33	5.02	18.00	13.00-20.25	8.00	26.00
Índice de Masa Corporal	43.28	5.09	40.39	40.24-45.25	40.08	56.34
Número de parejas sexuales	11.67	6.45	9.00	6.00-15.50	2.00	27.00
	Población total					
Edad	31.05	6.88	30.50	26.00-36.00	19.00	49.00
Años de estudio	17.90	4.03	18.00	15.00-21.00	5.00	27.00
Índice de Masa Corporal	33.41	3.65	32.47	30.83-34.85	30.10	56.34
Número de parejas sexuales	8.40	4.55	8.00	6.00-10.00	1.00	27.00

Nota. $n= 440$, *DE*= Desviación estándar, *RI*= Rango intercuartílico.

Respecto a los datos relacionados con su orientación sexual, el 43.4% de los participantes se identificaron como homosexuales, el 33.6% como heterosexuales, y el

23% con otra orientación. En relación con el género con el que se identifican, el 30.2% se identificó como cisgénero, mientras que el 29.1% no se definió claramente con algún género y el 21.8% prefirieron no etiquetarse. En relación con el tipo de pareja sexual, el 30.7% mencionó tener parejas masculinas ocasionales, siendo esta práctica más común entre aquellos con obesidad grado I. Por otro lado, el 28.9% informó buscar parejas masculinas ocasionales aun cuando contaban con una pareja sexual estable, este tipo de situaciones se frecuentó más en HSH con obesidad II y III. De acuerdo con el tipo de relaciones sexuales ejercidas, el 67.4% de los participantes con obesidad I refirió ejercer sexo anal y oral, este porcentaje se ve incrementado en participantes con obesidad II (72.6%) y disminuir en participantes con obesidad III (56.8%), así mismo este último grupo refirió desarrollar más practicas anales, orales y vaginales (33.3%) en comparación con los otros participantes con menor IMC.

En cuanto al rol desempeñado en un encuentro sexual, el 36.4% mencionó ejercer ambos roles (insertivo y receptivo), el 32.7% identificó solo tener practicas receptivas, y el 30.9% como insertivo (Tabla 4). En relación con el número de parejas sexuales en el último año, el promedio referido fue de ocho, con un aumento del número de parejas a un mayor índice de masa corporal entre los participantes (Tabla 3). Respecto a la presencia de alguna infección de transmisión sexual, el 85.5% de los participantes afirmó no haber tenido ninguna, mientras que el 10% respondió desconocer si había tenido alguna. Otro grupo de participantes reportó que sí habían tenido una infección o no estaban seguros, algunos confundieron los piojos con una ITS (Tabla 4).

Se llevó a cabo la prueba de chi cuadrado para analizar la asociación entre las variables sociodemográficas y de sexualidad en relación con las categorías de obesidad. Se encontró una asociación significativa de los diferentes grados de obesidad con el tipo de relaciones sexuales ($\chi^2=38.53, p<.01$), lo que sugiere que a medida que varían las prácticas de sexo anal, oral y vaginal, también lo hacen los niveles de obesidad. Otra asociación fue hacia el tipo de pareja sexual ($\chi^2=34.33, p<.01$), lo que indica que el

grado de obesidad puede influir en la preferencia por tener parejas estables, ocasionales o una combinación de ambas. De acuerdo con los resultados, los participantes con mayor obesidad tienden a tener parejas estables de ambos sexos. Respecto a la frecuencia de encuentros con personas conocidas en línea esta evidencia asociación con los grados de obesidad ($\chi^2=32.34, p<.01$) lo que sugiere que los participantes con un mayor grado de obesidad desarrollan patrones de interacción diferentes en comparación con aquellos de menor obesidad.

Por otro lado se observó una asociación significativa entre la identidad sexual ($\chi^2=16.77, p<.05$), y la presencia de infecciones de transmisión sexual ($\chi^2=16.72, p<.05$), en relación con los diferentes grados de obesidad. Esto podría referir que la identidad sexual podría tener implicación sobre el grado de obesidad, aunque la mayoría de los participantes habían referido no haberse definido, la mayoría de aquellos con obesidad I y II reportaron identificarse como cisgénero. Por otro lado, aunque la mayoría de los participantes no reportó infecciones de transmisión sexual, una pequeña proporción reconoció haberlas tenido o no estaba segura de haberlas manifestado. Estos resultados evidencian una relación significativa con los grados de obesidad. Esto puede indicar que los patrones de comportamiento sexual, el nivel de conocimiento sobre las ITS y el acceso a atención médica pueden variar entre los diferentes grupos de obesidad.

Tabla 4

Características sociodemográficas y de sexualidad por grado de obesidad

Variable	Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III		χ^2
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Grado de IMC	337	76.6	73	16.6	30	6.8	2.61
Estado civil							
Soltero	174	51.6	41	56.2	16	53.3	
Casado	36	10.7	5	6.8	2	6.7	
Viudo	7	2.1	1	1.4	-	-	
Divorciado	18	5.3	3	4.1	2	6.7	
Unión libre	102	30.3	23	31.5	10	33.3	

(Continúa)

Tabla 4*Características sociodemográficas y de sexualidad por grado de obesidad*

(Continuación)

Variable	Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III		χ^2
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Orientación sexual							7.49
Heterosexual	120	35.6	21	28.8	7	23.3	
Homosexual	141	41.8	38	52.1	12	40.0	
Bisexual	49	14.5	11	15.1	8	26.7	
Asexual	27	8.1	3	4.0	3	10.0	
Identidad Sexual							16.77*
Travesti	16	4.7	9	12.3	1	3.3	
Cisgénero	108	32.0	20	27.4	5	16.7	
Queer	14	4.2	2	2.7	3	10.0	
Prefiero no etiquetarme	72	21.4	16	21.9	8	26.7	
No me he definido	95	28.2	20	27.4	13	43.3	
No binario	32	9.5	6	8.2	-	-	
Tipo de pareja sexual							34.33**
Estable hombre	26	7.6	3	4.1	-	-	
Estable ambos	7	2.1	5	6.8	5	16.6	
Estable hombre y ocasional hombre	93	27.5	26	35.6	8	26.7	
Estable hombre y ocasional ambos	7	2.1	1	1.4	-	-	
Estable mujer y ocasional hombre	37	11.0	4	5.5	3	10.0	
Estable mujer y ocasional ambos	10	3.0	2	2.7	2	6.7	
Estable ambos y ocasional hombre	7	2.1	3	4.1	-	-	
Estable ambos y ocasional ambos	31	9.2	4	5.5	4	13.3	
Ocasional hombre	104	30.9	25	34.3	6	20.0	
Ocasional ambos	15	4.5	-	-	2	6.7	
Tipo de rol sexual							5.76
Insertivo	111	32.9	17	23.3	8	26.7	
Receptivo	112	33.2	25	34.2	7	23.3	
Ambos	114	33.9	31	42.5	15	50.0	
Tipo de relaciones sexuales							38.53**
Anal	2	.6	2	2.7	2	6.6	
Oral	-	-	1	1.4	-	-	
Anal y Oral	227	67.4	53	72.6	17	56.8	
Anal y Vaginal	-	-	-	-	1	3.3	

(Continúa)

Tabla 4*Características sociodemográficas y de sexualidad por grado de obesidad*

(Continuación)

Variable	Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III		χ^2
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Anal, Oral y Vaginal	108	32.0	17	23.3	10	33.3	
Frecuencia de relaciones con personas que conocieron en línea							32.34*
Nunca	45	13.4	4	5.5	-	-	
Raramente	121	35.9	21	28.8	6	20.0	
Algunas veces	109	32.3	22	30.1	7	23.3	
Frecuentemente	62	18.4	26	35.6	17	56.7	
Presencia de infección de transmisión sexual							16.72*
Ninguna	291	86.4	57	78.1	22	73.3	
Candidiasis	10	3.0	3	4.1	-	-	
Gonorrea	4	1.2	1	1.4	1	3.3	
Desconozco	14	4.2	6	8.2	4	13.3	
Piojos/Ladillas	18	5.3	5	6.8	2	6.7	
Sífilis	-	-	1	1.4	1	3.3	

Nota. $n=440$, f = frecuencia, %= porcentaje, * = $p<.05$, ** = $p<.01$

Con relación a los resultados descriptivos se evaluaron las frecuencias y porcentajes, medidas de dispersión y de tendencia central de las variables descritas en el modelo. Respecto a la variable depresión sexual presento una media de 11.64, lo que refiere que los participantes tienen elevados grados de depresión, en relación con la auto percepción de grasa corporal se obtuvo una media de 30.01, lo que sugiere que los participantes son conscientes de su tipo de cuerpo y reflejan más actitudes corporales negativas. El apoyo social reportó una media de 17.50, indicando que perciben contar con alguien cercano. En las variables de creencias, más de la mitad de los participantes refirieron percibir riesgo a desarrollar VIH, respecto al estigma sexual se detectó una media de 6.82, lo que refiere que los participantes medianamente perciben el estigma.

De acuerdo con la actitud hacia el condón los participantes reportaron una media de 22.2, lo que se puede interpretar como una mayoría de los participantes presentó una actitud positiva hacia el condón. Respecto a la autoeficacia para uso consistente del condón, la media identificada fue de 9.75, lo que sugiere que los participantes pueden

ser eficaces para utilizar un condón en un encuentro sexual. Respecto a las variables proximales a la conducta, el consumo de sustancias en las relaciones sexuales identificó una media de 16.65, lo que puede referir a que más de la mitad de los participantes consume alcohol o drogas previo a sus contactos sexuales, con relación al uso de plataformas digitales para citas se percibió una media ligeramente superior al parámetro establecido teóricamente.

En cuanto a la intención de la conducta sexual, se obtuvo una media de 11.80, lo que indica que los participantes mostraron una clara intención de desarrollar su actividad sexual. En relación con la negociación del uso del condón, se registró un puntaje superior a la media, lo que sugiere que la mayoría de los encuestados tiende a negociar su uso. Sin embargo, se observó que muchos carecían de habilidades adecuadas para utilizar el condón de manera efectiva. En lo que respecta a la búsqueda de sensaciones sexuales, los participantes manifestaron una tendencia a buscar experiencias sexuales estimulantes. Por último, se identificó que la mayoría de los participantes ejercía su conducta sexual de manera regular, lo que refuerza la importancia de estos aspectos en el contexto del estudio. (Tabla 5).

Tabla 5

Descripción de las variables del modelo

Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Depresión sexual	11.64	11.00	5.59	-16	16
Autopercepción de grasa corporal	30.01	30.00	7.41	8	48
Apoyo social	17.50	17.50	6.07	4	28
Percepción de riesgo de VIH	11.27	11.00	4.15	5	25
Estigma sexual	6.82	7.00	2.36	3	12
Actitud hacia el condón	22.22	23.00	4.46	5	35
Autoeficacia para uso consistente del condón	9.75	10.00	2.98	3	15
Consumo de sustancias en las relaciones sexuales	16.65	16.00	4.16	6	24
Uso de plataformas digitales para citas	2.68	3.00	.959	1	4
Intención de la conducta sexual	11.80	12.00	3.67	5	20

(Continúa)

Tabla 5*Descripción de las variables del modelo (Continuación)*

Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Negociación sobre uso del condón	28.10	29.00	7.00	4	40
Habilidad sobre uso del condón	40.86	41.00	7.78	16	64
Búsqueda de sensaciones sexuales	28.54	29.00	7.18	11	44
Conducta sexual	52.47	52.00	9.26	24	96

Nota. n= 440, DE= Desviación estándar.

Prueba de Normalidad

Después del análisis descriptivo de los datos, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para evaluar la distribución normal de los datos. Asimismo, se identificó la estadística descriptiva de las escalas utilizadas, así como de las variables sociodemográficas, antropométricas y de sexualidad. Los resultados indicaron que los datos no presentaron una distribución normal, lo que justificó el uso de técnicas de estadística no paramétrica para el análisis posterior. Este enfoque permite un tratamiento adecuado de los datos, garantizando la validez de los resultados obtenidos (Tabla 6).

Tabla 6*Estadística descriptiva y resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)*

Variable	Descriptivos						Normalidad	
	Media	DE	Min.	Max.	S/EE	C/EE	D ^a	p
Edad	31.05	6.88	19	49	.35	-.52	.07	<.001
Años de estudio	17.90	4.03	5	24	-.26	-.012	.10	<.001
Peso corporal	102.17	13.67	58.10	139.60	.34	-.238	.17	<.001
IMC	33.41	3.65	30.10	56.34	2.63	10.57	.46	<.001
Parejas sexuales	8.40	4.55	1	27	1.11	2.02	.17	<.001
Depresión sexual	15.49	4.16	8	40	.20	-.14	.09	<.001
Autopercepción de grasa corporal	26.68	6.73	8	42	-.06	-.31	.05	.004
Apoyo social	17.50	6.07	4	28	-.16	-.76	.07	<.001
Percepción de riesgo de VIH	11.27	4.15	5	23	.47	-.48	.10	<.001

(Continúa)

Tabla 6*Estadística descriptiva y resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)*

(Continuación)

<i>Variable</i>	Descriptivos						Normalidad	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>S/EE</i>	<i>C/EE</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Estigma sexual	6.82	2.36	3	12	.36	-.46	.11	<.001
Actitud hacia el condón	16.14	5.46	5	35	1.07	3.23	.12	<.001
Autoeficacia para uso consistente del condón	9.75	2.98	3	15	-.14	-.61	.09	<.001
Consumo de sustancias en las relaciones sexuales	16.65	4.16	6	24	-.01	-.48	.07	<.001
Consumo de alcohol en las relaciones sexuales	9.27	2.06	3	12	-.37	-.24	.15	<.001
Consumo de drogas en las relaciones sexuales	7.38	2.74	3	12	.30	-.95	.13	<.001
Uso de plataformas digitales para citas	2.68	.95	1	4	-.08	-.99	.20	<.001
Intención de la conducta sexual	7.45	2.52	5	20	-.08	-.75	.17	<.001
Negociación sobre uso del condón	28.10	7.00	4	40	-.89	1.04	.10	<.001
Habilidad sobre uso del condón	40.86	7.78	16	63	-.32	.21	.07	<.001
Búsqueda de sensaciones sexuales	28.54	7.18	11	44	-.10	-.29	.08	<.001
Conducta sexual segura	49.74	9.06	24	85	.59	1.02	.08	<.001

Nota. *DE* = desviación Estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo, *S* = Sesgo, *EE* = Error Estándar, *C* = Curtosis, *D^a* = Estadístico de Prueba de Normalidad de K-S con corrección de Lilliefors, ****p*<.001, ***p*<.01, **p*<.05 IMC = Índice de Masa Corporal.

Consistencia de los Instrumentos

La Tabla 7 presenta la consistencia interna de cada escala y subescala utilizada en este estudio. Se llevó a cabo un análisis de confiabilidad en cada instrumento, los cuales contaban con escalas tipo Likert, reportando coeficientes del Alpha de Cronbach. Es importante destacar que la mayoría de los instrumentos mostró valores que oscilan entre aceptables y buenos, lo que sugiere una adecuada fiabilidad en las mediciones realizadas (Grove & Gray, 2019).

Tabla7

Consistencia interna de los instrumentos

Variables	Reactivos	α
Depresión sexual (DS)	8	.87
Autopercepción de grasa corporal (SGC)	8	.82
Apoyo social (SAS)	4	.91
Percepción de riesgo de VIH (SPR)	5	.86
Estigma sexual (SEP)	3	.81
Actitud hacia el condón (SPAC)	5	.82
Autoeficacia para uso consistente del condón (SUCC)	3	.85
Consumo de sustancias en las relaciones sexuales (ISCS)	6	.88
Consumo de alcohol	3	.90
Consumo de drogas	3	.97
Negociación para uso del condón (SACEN)	4	.84
Habilidad sobre uso del condón (EPEUC)	16	.81
Problemas en el uso del condón	7	.83
Errores en el uso del condón	9	.86
Búsqueda de sensaciones sexuales (EBSS)	11	.90
Intención de la conducta sexual (MCS)	5	.84
Conducta sexual segura (CCSS)	24	.80
Uso del condón	5	.83
Coito anal	2	.80
Evitación de fluidos corporales	3	.80
Evitación de conductas de riesgo	7	.81
Asertividad	7	.82

Nota. α = Alpha de Cronbach.

Estadística Inferencial

Posterior a las pruebas descriptivas, a continuación, se presentan los elementos considerados en el modelo, así mismo, se identifican las relaciones internas del modelo (Tabla 8). De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede identificar que a mayor depresión sexual mayor es la conducta sexual. Asimismo, se observa que un aumento en la auto percepción de grasa corporal está asociado con un incremento en la depresión sexual. Por otro lado, se encontró que una mayor percepción de apoyo social se relaciona con una disminución tanto de la depresión sexual como de la auto percepción de grasa corporal.

En relación con la percepción de riesgo de VIH, se identificó que una mayor percepción de riesgo de VIH se asocia con un incremento en la depresión sexual, el apoyo social y la conducta sexual. Respecto al estigma sexual, los resultados refieren que a mayor estigma sexual mayor es la percepción de riesgo a desarrollar VIH y mayor es el apoyo social percibido. En cuanto a la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón, se observó que una actitud más positiva hacia su uso se asocia con una menor auto percepción de grasa corporal y un menor estigma sexual, además de un mayor apoyo social.

En cuanto a la autoeficacia para uso consistente del condón se identificó que, a mayor consistencia, menor es la percepción de riesgo a desarrollar VIH y mayor es el apoyo social percibido. Con relación a las variables proximales a la conducta sexual, el consumo de sustancias se categorizo como consumo de alcohol y drogas previas a un acto sexual, mostró que un mayor consumo de alcohol se correlaciona con una mayor auto percepción de grasa corporal, un mayor apoyo social y una mayor percepción de riesgo de VIH. Respecto al consumo de drogas se identificó que, a mayor consumo de estas, también aumenta el consumo de alcohol, el estigma sexual y la percepción de riesgo de VIH, mientras que la auto percepción de grasa corporal tiende a disminuir.

Con respecto al uso de plataformas digitales para citas, se evidenció que un mayor uso de estas plataformas está asociado con un incremento en la depresión sexual, el apoyo social, la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual y el consumo de alcohol y drogas. Así mismo, se observó que la actitud hacia el uso del condón y la autoeficacia para su uso consistente disminuyen, así como la conducta sexual en general. En relación con la intención de la conducta sexual, se encontró que una mayor intención de conducta sexual se relaciona directamente con un aumento en la práctica de dicha conducta.

Los resultados relacionados con la negociación sobre el uso del condón revelan que, a mayor negociación, mayor es la conducta sexual, la intención de la conducta sexual, así como un incremento en el estigma sexual. Respecto con la habilidad sobre el uso del condón se identificó que, a mayor habilidad, mayor actitud hacia el uso del condón, mayor autoeficacia para un uso consistente del condón, aumenta el uso de plataformas digitales para citas y la negociación sobre el uso del condón. Además, se evidenció una menor autopercepción de grasa corporal, una reducción en la percepción de riesgo de VIH, y menor percepción del estigma sexual, así como en el consumo de alcohol y drogas.

Con relación a las sensaciones sexuales, se identificó que, a mayor búsqueda de sensaciones sexuales, mayor es el desarrollo de la conducta sexual. Además, se percibe un mayor riesgo de desarrollar VIH, así como un incremento en el estigma sexual y el uso de plataformas digitales para citas. También se observa una menor negociación para el uso del condón, así como una disminución en la habilidad sobre el uso del condón y la autoeficacia para su uso consistente del condón. Estos hallazgos resaltan la complejidad de las relaciones entre estas variables en el contexto sexual.

Tabla 8
Correlación entre factores del modelo hacia la conducta sexual

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Conducta sexual segura	1														
2 Depresión sexual	.187**	1													
3 Autopercepción de grasa corporal	.028	.213**	1												
4 Apoyo social	.026	-.370**	-.246**	1											
5 Percepción de riesgo de VIH	.120*	.302**	.026	.358**	1										
6 Estigma sexual	.008	.069	-.083	.358**	.354**	1									
7 Actitud hacia el uso del condón	.059	-.091	-.095*	-.156**	-.063	-.286**	1								
8 Autoeficacia para uso consistente del condón	.091	.076	.053	.235**	-.255**	.078	.088	1							
9 Consumo de alcohol	-.067	.045	.124*	.121*	.183**	.084	-.088	-.010	1						
10 Consumo de drogas	-.023	-.078	-.112*	-.054	.152**	.133**	-.027	-.081	.483**	1					
11 Uso de plataformas digitales para citas	-.326**	.109*	-.027	.131*	.187*	.113*	-.232**	-.117*	.174*	.109*	1				
12 Intención de la conducta sexual	.418**	-.018	.075	-.075	-.042	.007	.092	.001	.072	.015	.061	1			
13 Negociación para uso del condón	.230**	-.029	.044	.054	-.022	.102*	-.039	.038	.004	-.002	.006	.188**	1		
14 Habilidad sobre uso del condón	-.048	-.055	-.203**	-.026	.107*	.244**	.345**	.320**	-.154**	-.256**	.096*	-.007	.214**	1	
15 Búsqueda de sensaciones sexuales	.189**	.035	.047	.218**	.275**	.213**	-.075	-.132**	.045	.090	.271**	.046	-.100*	-.173**	1

Nota. **= $p < .01$, *= $p < .05$

Modelos de Regresión

Para identificar la influencia de las variables sobre la conducta sexual se realizó un modelo de regresión lineal múltiple considerando como variables independientes todas las variables constituidas en el modelo y como dependiente la conducta sexual. En la tabla 9 se pueden observar los coeficientes de la regresión final, identificando que el apoyo social, la actitud hacia el condón, la autoeficacia hacia el uso del condón y la intención de la conducta sexual tienen efecto sobre la conducta sexual.

Este modelo demostró una $R^2=.22$, $F_{(4,30)}=17.21$, $P<.01$. Respecto al resultado identificado se puede concluir que las creencias referidas (actitud hacia el condón, autoeficacia para uso consistente del condón) en el modelo, así como algunos factores proximales (la habilidad sobre el uso del condón, negociación sobre uso del condón, la intención de la conducta sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas) influyen de forma significativa sobre la conducta sexual.

Tabla 9

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	45.48	3.38	-	<.001
Depresión sexual	-.16	.10	-.08	.12
Autopercepción de grasa corporal	-.09	.06	-.06	.15
Apoyo social	.14	.08	.10	.04
Percepción de riesgo de VIH	.13	.10	.16	.21
Estigma sexual	-.14	.19	-.05	.47
Actitud hacia el condón	.19	.08	.12	.01
Autoeficacia para uso consistente del condón	.34	.14	.12	.01

(Continúa)

Tabla 9

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward” (Continuación)

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Consumo de sustancias	-.12	.11	-.10	.17
Uso de plataformas digitales para citas	-.69	.45	-.07	.12
Negociación sobre uso del condón	.09	.08	.05	.13
Habilidades sobre uso del condón	.15	.06	-.10	.06
Búsqueda de sensaciones sexuales	.09	.06	.08	.31
Intención de la conducta sexual	.30	.16	.13	.04

Nota. Variable dependiente: Conducta sexual.

Para el modelo subsecuente se consideraron los factores proximales como variables independientes, así la conducta sexual fue determinada como variable dependiente. En la tabla 10 se describen los coeficientes que reportaron tener efecto sobre la conducta sexual. El modelo evidencio una $R^2=.19$, $F_{(217)}=19.57$, $P<.01$. Respecto a los resultados se identifica que, a mayor uso de plataformas e intención de la conducta sexual, mayor es la manifestación de una conducta sexual.

Tabla 10

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables proximales y la conducta sexual segura “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	52.04	2.97	-	<.001
Consumo de sustancias	-.18	.10	-.10	.12
Uso de plataformas digitales para citas	.74	.45	-.11	.06
Negociación sobre uso del condón	.07	.05	.06	.32

(Continúa)

Tabla 10

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables proximales y la conducta sexual segura “Método Backward” (Continuación)

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Habilidades sobre uso del condón	.18	.06	.14	<.01
Búsqueda de sensaciones sexuales	.11	.06	.10	.05
Intención de la conducta sexual	.33	.16	.11	.04

Nota. Variable dependiente: Conducta sexual.

Con relación al tercer modelo, en este se consideraron los elementos propuestos como creencias en el modelo teórico, estos como variables independientes, como variable dependiente fue la conducta sexual. Los resultados proponen que la percepción de riesgo de VIH tiene efecto negativo sobre la conducta sexual y la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón tienen un efecto positivo hacia la conducta sexual. Este modelo mostró una $R^2=.20$, $F_{(350)}=9.74$, $P<.01$ (Tabla 11).

Tabla 11

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	54.96	2.87	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	.16	.19	.09	.12
Estigma sexual	-.13	.10	-.08	.15
Actitud hacia el condón	.24	.08	.14	<.01
Autoeficacia para uso consistente del condón	.37	.14	.12	.01

Nota. Variable dependiente: Conducta sexual.

Respecto a la tabla 12 se puede identificar el cuarto modelo que integra los factores psicosociales como variables independientes y la conducta sexual como variable dependiente. Este modelo reveló una $R^2=.06$, $F_{(180)}=3.42$, $P<.01$. En el modelo se puede identificar que la preocupación sexual refiere influir en la conducta sexual.

Tabla 12

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la conducta sexual segura “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	46.25	2.33	-	.00
Depresión sexual	.15	.10	.09	.11
Autopercepción de grasa corporal	.10	.06	.07	.24
Apoyo social	.12	.07	.08	.13

Nota. Variable dependiente: Conducta sexual.

Se desarrollaron diversos modelos de regresión lineal para analizar la relación entre las variables. En cada caso, se utilizó como variable dependiente aquellas que podían ser explicadas, lo que permitió comprender cómo se interrelacionan entre sí. A continuación se describen los modelos, y las tablas correspondientes a cada uno de ellos se encuentran en el Anexo Y.

Para integrar el quinto modelo, se identificaron los elementos que integran las creencias en el modelo teórico como variables independientes, como variable dependiente fue la intención de la conducta sexual. En los resultados propuestos por el modelo se puede percibir que ninguna de las variables independientes tiene influencia sobre la intención de la conducta sexual. Este modelo determinó una $R^2 = .04$, $F_{(60)} = 2.53$ $P <.01$. En el sexto modelo actuaron como variables independientes las variables que integran al grupo de creencias, como variable dependiente se consideró el consumo de sustancias. El modelo evidenció los siguientes datos $R^2 = .13$, $F_{(109)} = 6.31$ $P <.01$.

De acuerdo con los resultados propuestos se puede percibir que, a mayor percepción de riesgo y mayor presencia de estigma sexual, mayor es el consumo de sustancias. El siguiente modelo considero las variables del grupo de creencias, como variable independiente se consideró el uso de plataformas digitales para citas la cual presento los siguientes resultados $R^2 = .08$, $F_{(240)} = 2.02$ $P < .01$. Respecto a estos resultados se puede observar que, a mayor percepción de riesgo de VIH, mayor es el uso de plataformas digitales para citas. En la tabla 23 se puede identificar las regresiones entre las variables de creencias hacia la negociación sobre uso del condón, reportando que el estigma sexual y la actitud hacia el condón tienen efecto sobre la negociación sobre uso del condón, con una $R^2 = .11$, $F_{(267)} = 6.18$ $P < .01$. Identificando que, a mayor actitud hacia el condón, mayor es la negociación sobre uso del condón. En otro sentido a mayor estigma sexual percibido, menor es la negociación sobre uso del condón.

Para el noveno modelo actuaron como variables independientes el grupo de creencias fungiendo como variable dependiente la habilidad sobre uso del condón. Los resultados revelaron una $R^2 = .12$, $F_{(145)} = 7.82$ $P < .01$ indicando que, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón tienen un efecto positivo sobre habilidad sobre el uso del condón. El estigma sexual presento un efecto significativo pero negativo hacia la habilidad sobre el uso del condón. Por lo cual se puede percibir que, a mayor actitud hacia el condón y autoeficacia para uso consistente del condón, mayor es la habilidad sobre el uso del condón. Pero a mayor estigma sexual, menor es la habilidad sobre el uso del condón.

El siguiente modelo utilizó como variables independientes las creencias, así mismo la variable dependiente fue la búsqueda de sensaciones sexuales. Los resultados reportados en el modelo $R^2 = .10$, $F_{(80)} = 4.18$, $P < .01$ refirieron que el estigma sexual y la actitud hacia el condón, tienen un efecto positivo sobre la búsqueda de sensaciones sexuales. Por lo que se puede interpretar que, a mayor estigma sexual y actitud hacia el

condón, mayor es la búsqueda de sensaciones sexuales. El onceavo modelo contempló las variables psicosociales como independientes y la percepción de riesgo de VIH como variable dependiente. Tras analizar la regresión se identificó $R^2=.07$, $F_{(190)}=2.47$, $P<.01$, que el apoyo social tiene efecto sobre la percepción de riesgo de VIH. Interpretando que, a mayor percepción de apoyo social, menor es la percepción de riesgo de VIH.

Para el doceavo modelo se usaron las variables psicosociales como independientes y como variable dependiente el estigma sexual. Obteniendo los siguientes resultados $R^2=.07$, $F_{(210)}=2.47$, $P<.01$, el apoyo social presentó un efecto significativo pero negativo hacia el estigma sexual. Esto se puede interpretar que a mayor apoyo social menor es el estigma sexual percibido. El treceavo modelo integró como variables independientes las referidas como psicosociales, en este sentido la variable actitud hacia el condón fungió como dependiente. En relación con esto se identificaron los siguientes resultados $R^2=.11$, $F_{(170)}=9.32$, $P<.01$, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social reportaron efectos sobre la actitud hacia el condón. Percibiendo que, a mayor autopercepción de grasa corporal, menor es la actitud hacia el condón. En este sentido a mayor apoyo social, mayor es la actitud hacia el condón.

El último modelo diseñado, el grupo de variables de los factores psicosociales actuó como variables independientes, como variable dependiente la autoeficacia para uso consistente del condón. De acuerdo con los resultados referidos $R^2=.06$, $F_{(45)}=5.29$, $P<.01$, el apoyo social tuvo un efecto positivo hacia la autoeficacia para uso consistente del condón. Lo que se interpreta como a mayor apoyo social percibido, mayor es la autoeficacia para uso consistente del condón.

Modelos de Ecuaciones Estructurales

A continuación, se describen los constructos, variables, descripciones y medidas utilizadas para integrar el modelo, proporcionando una visión detallada de sus componentes clave. Cada tabla organiza los elementos del modelo en categorías específicas, lo que facilita la comprensión de su estructura y organización. Posteriormente, se presentan los análisis realizados mediante Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE), los cuales permiten evaluar y poner a prueba las hipótesis planteadas. Este análisis tiene en cuenta las variables asociadas a los factores psicosociales, las creencias y los factores proximales del modelo cualitativo de Conducta Sexual en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad. Este enfoque metodológico ofrece una comprensión más profunda y precisa de las interrelaciones entre los factores investigados y su impacto en la conducta sexual (Anexo Z). Finalmente, se identifican los elementos clave de cada factor.

Tabla 13

Variables observables de factores psicosociales

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Depresión sexual	SDS_01	Estoy deprimido por los aspectos sexuales de mi vida.	1. De acuerdo	.73
	SDS_03	Estoy decepcionado por la calidad de mi vida sexual.	2. Levemente de acuerdo	
	SDS_04	Me siento deprimido por mi vida sexual.	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
	SDS_07	Me siento triste cuando pienso en mis experiencias sexuales	4. Levemente en desacuerdo	
Autopercepción de grasa corporal	SGC_01	Creo que mi cuerpo debe ser más delgado	5. Desacuerdo	.88
	SGC_03	Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido	1. Nunca	
	SGC_04	Creo que tengo demasiada grasa en mi cuerpo	2. Raramente	
	SGC_05	Creo que mis abdominales no son lo suficientemente delgados	3. Algunas veces	
	SGC_07	¿Te has sentido alguna vez excesivamente grande o redondo)?	4. Frecuentemente	
			5. Habitualmente	
			6. Siempre	

(Continúa)

Tabla 13*Variables observables de factores psicosociales (Continuación)*

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Apoyo social	SAS_01	Hay una persona en especial que está cerca cuando yo estoy en necesidad	1. Totalmente en desacuerdo	.91
	SAS_02	Hay una persona en especial con la cual yo puedo compartir mis alegrías y mis penas (lamentos).	2. Muy en desacuerdo	
	SAS_03	Yo tengo una persona en especial la cual es verdaderamente una fuente de consuelo para mí	3. Ligeramente en desacuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Ligeramente de acuerdo 6. Muy de acuerdo 7. Totalmente de acuerdo	

Nota. α = Alfa de Cronbach.

En la tabla 14 se identifican los elementos que resultaron significativos de los constructos percepción de riesgo de VIH, estigma sexual, actitud hacia el condón y autoeficacia para el uso consistente del condón. Así mismo se consideraron el nivel de significancia reportado por cada constructo.

Tabla 14*Variables observables de creencias*

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Percepción de riesgo de VIH	SPR_02	El coito interrumpido se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH.	1. Totalmente en desacuerdo	.86
	SPR_03	Tener sexo anal sin protección se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH.	2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
	SPR_04	En caso de que una persona se haya infectado de VIH puede tener sexo sin protección sin preocuparse por este virus.	4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	

(Continúa)

Tabla 14*Variables observables de creencias (Continuación)*

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
	SPR_05	Aceptar un encuentro sexual sin protección tras consumir alguna droga es una práctica de sexo seguro.		
Estigma sexual	SEP_01	Creo que mi cuerpo debe ser más delgado	1. Nunca	.81
	SEP_02	Me siento satisfecho con la definición de mis abdominales	2. Una o dos veces 3. Algunas veces	
	SEP_03	Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido	4. Muchas veces	
Actitud hacia el condón	SPAC_01	El uso de condón es una interrupción de los juegos previos.	1. Totalmente en desacuerdo	.74
	SPAC_02	Los condones arruinan el acto sexual.	2. Muy en desacuerdo 3. Ligeramente en desacuerdo	
	SPAC_05	Los condones son incómodos para ambas partes.	4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Ligeramente de acuerdo 6. Muy de acuerdo 7. Totalmente de acuerdo	
Autoeficacia para el uso consistente del condón	SUCC_01	Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.	1. Muy inseguro	.85
	SUCC_02	Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	2. Inseguro 3. Algo seguro 4. Seguro	
	SUCC_03	Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	5. Muy seguro	

Nota. α = Alfa de Cronbach.

En la tabla 15 se identifican los elementos que resultaron significativos de los constructos consumo de sustancias, uso de plataformas digitales para citas, Negociación sobre uso del condón, habilidad sobre uso del condón, búsqueda de sensaciones sexuales e intención de la conducta sexual. Así mismo se consideraron el nivel de significancia reportado por cada constructo.

Tabla 15

Variables observables de factores proximales

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Consumo de sustancias	ISCS_01	¿Con qué frecuencia consume alcohol antes de tener sexo?	a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. Frecuentemente	.89
	ISCS_02	¿Con qué frecuencia tu pareja consume alcohol antes de tener sexo?		
	ISCS_03	¿Con qué frecuencia tú y tu pareja consumen alcohol antes de tener sexo?		
	ISCS_04	¿Con qué frecuencia consume drogas antes de tener sexo?		
	ISCS_05	¿Con qué frecuencia tu pareja consume drogas antes de tener sexo?		
	ISCS_06	¿Con qué frecuencia tú y tu pareja consumen drogas antes de tener sexo?		
Uso de plataformas digitales para citas	FrecRelLin	¿Qué tan frecuente es que tengas relaciones sexuales con alguien que conociste en línea?	a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. Frecuentemente	
Negociación sobre uso del condón	SACEN_02	Si me quieres respetarás que quiera utilizarlo	Escala del 1 al 10	.85
	SACEN_03	No somos pareja estable	1. Nada adecuada	
	SACEN_04	Sin preservativo no hay sexo	10. Totalmente adecuada	

(Continúa)

Tabla 15*Variables observables de factores proximales (Continuación)*

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Habilidad sobre uso del condón	EPEUC_01	¿Verifico que el condón no tenga daños visibles en el empaque antes de abrirlo?	1. No	.81
	EPEUC_02	¿Coloco en el lado incorrecto hacia arriba y tuvo que darle la vuelta?	2. Sí, lo hice 1 ocasión	
	EPEUC_03	¿Dejó espacio en la punta del condón cuando te lo colocaste?	3. Sí, lo hice en 2 ocasiones	
	EPEUC_04	¿Extrae el aire después de ponerlo?	4. Sí, lo hice en las 3 ocasiones	
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS_01	Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes.	1. Para nada como yo	.91
	EBSS_02	Las sensaciones físicas son lo más importante al tener relaciones sexuales	2. Un poco como yo	
	EBSS_03	Me gusta la sensación de las relaciones sexuales sin condón	3. Parcialmente como yo	
	EBSS_04	Mis compañeros sexuales probablemente piensan que soy una persona que toma riesgos	4. Muy parecido a mí	
Intención de la conducta sexual	MCS_01	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien con quien nunca ha tenido sexo?	1. Definitivamente no	.87
	MCS_02	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien que conoció hace poco tiempo?	2. Probablemente no	
	MCS_03	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien que usted sabe que tenía otras parejas sexuales?	3. Probablemente sí	
			4. Definitivamente sí	

Nota. α = Alfa de Cronbach.

En la tabla 16 se identifican los elementos que resultaron significativos de los constructos conducta sexual. Así mismo se consideró el nivel de significancia reportado para este constructo.

Posterior a la selección de las variables esta fueron sometidas al análisis de ecuaciones estructurales.

Tabla 16

Variables observables de conducta sexual

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Conducta sexual	CCSS_03	Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares (como tocar/besar/agasajar)	1. Nunca 2. A veces 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	.80
	CCSS_08	Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozco el historial sexual		
	CCSS_10	Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual		
	CCSS_17	Si sé que una cita puede conducir a una relación sexual, tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro		
	CCSS_18	Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin condón, me niego a tener relaciones sexuales		

Nota. α = Alfa de Cronbach.

Después de seleccionar las variables observables, se incorporaron a través de Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE). Para la construcción de estos modelos se empleó el método de máxima verosimilitud, dado que los datos no presentaron significancia significativa en análisis preliminares. Cada modelo fue ajustado utilizando

estimadores estandarizados y máxima verosimilitud, una técnica que es especialmente adecuada para garantizar la estabilidad y reducir el riesgo de sesgo en los modelos.

Este enfoque metodológico facilitó la construcción de modelos más precisos y simplificados, optimizando la interpretación de las relaciones entre las variables. A continuación, se presentan los análisis realizados mediante MEE, los cuales están diseñados para responder a los objetivos y las hipótesis planteadas en el estudio. Estos análisis proporcionan una visión detallada de cómo las variables se interrelacionan y contribuyen a una comprensión más clara de los fenómenos investigados.

Hipótesis 1: Existe relación entre la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social

Para responder a la Hipótesis 1, se llevó a cabo un análisis mediante Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE), en el cual se examinaron las relaciones entre las variables correspondientes a los factores psicosociales. Los resultados revelaron una relación bidireccional entre los tres elementos clave del modelo. En particular, se observó que el apoyo social mostró una mayor influencia sobre la depresión sexual y la autopercepción de grasa corporal (Tabla 17).

Tabla 17

Relaciones entre variables, modelo 1 (inicial)

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Autopercepción de grasa corporal	←→ Depresión sexual	.03	.04
Apoyo social	←→ Depresión sexual	.21	<.001
Apoyo social	←→ Autopercepción de grasa corporal	.32	<.001

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 18 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, junto con el coeficiente R^2 correspondiente a cada una. Estas cargas

factoriales reflejan la magnitud y dirección de la relación entre las variables observables y los constructos subyacentes del modelo.

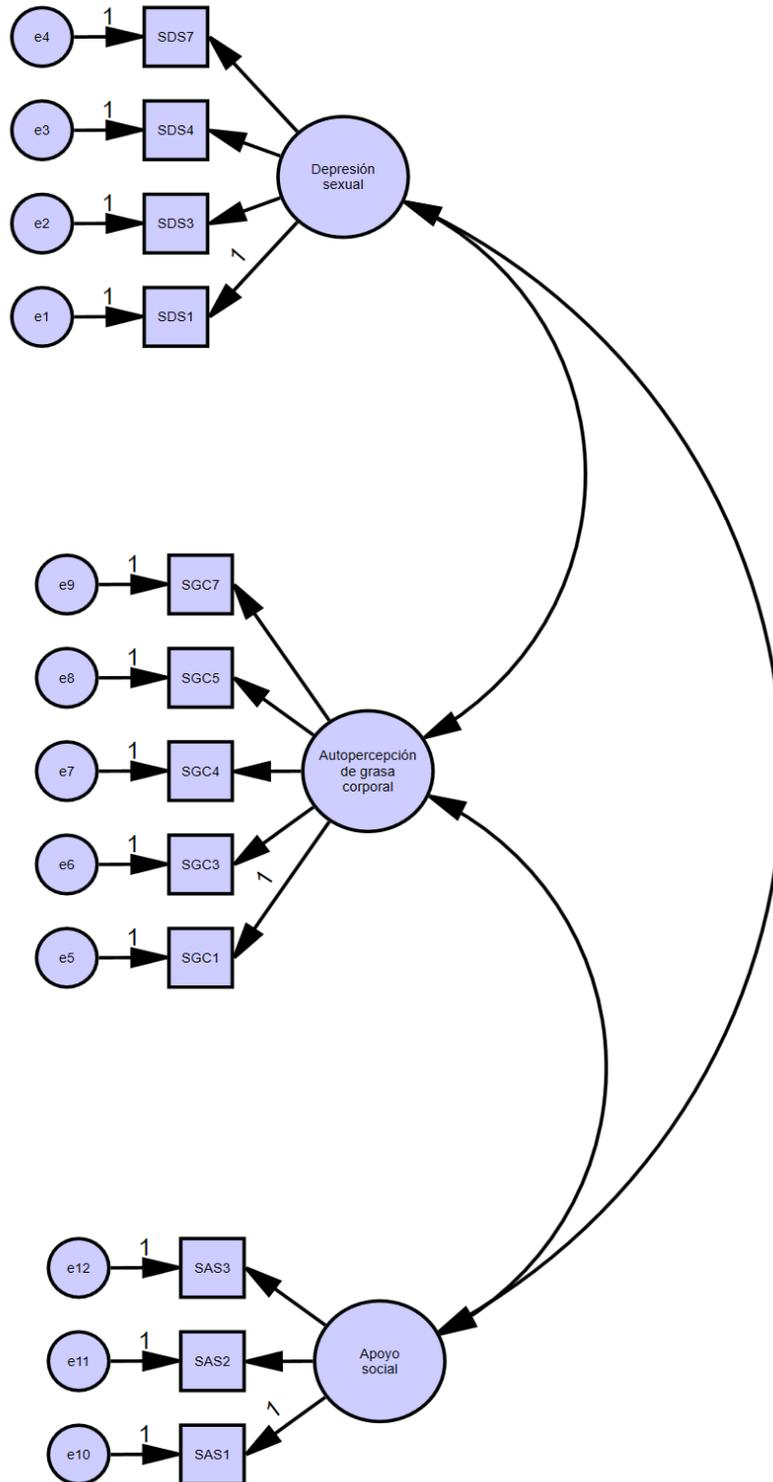
Tabla 18

Modelo 1 Factores psicosociales

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Depresión sexual	SDS1	.77	.59
	SDS3	.85	.72
	SDS4	.76	.58
Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Autopercepción de grasa corporal	SDS7	.68	.47
	SGC1	.62	.39
	SGC3	.75	.56
	SGC4	.72	.52
	SGC5	.62	.38
	SGC7	.56	.31
Apoyo social	SAS1	.86	.75
	SAS2	.93	.87
	SAS3	.82	.67

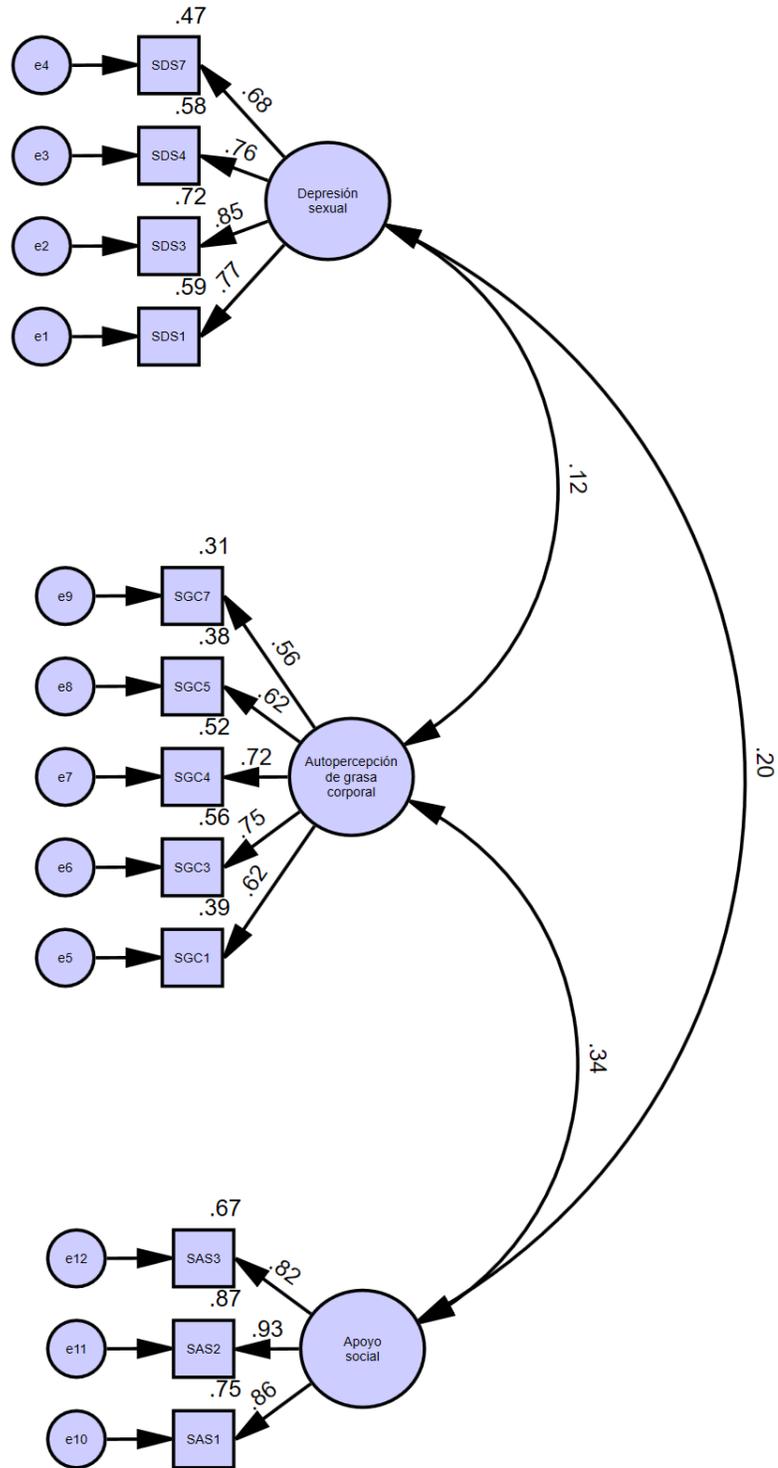
Nota. R^2 =Correlación múltiple cuadrada.

A continuación, se presenta el modelo inicial, seguido del modelo final ajustado. Según lo postulado en la Hipótesis 1, los resultados permiten comprobar la existencia de relaciones significativas entre la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social. Al comparar ambos modelos, se puede observar cómo el ajuste final confirma y refina las relaciones propuestas, proporcionando evidencia adicional sobre la interacción entre estos factores. Este análisis permite validar la hipótesis y ofrece una visión más precisa de las dinámicas entre las variables estudiadas.

Figura 6.*Modelo 1 inicial, Factores psicosociales.*

Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 7.
Modelo 1 Final, Factores psicosociales.



Nota. Se identificaron los siguientes resultados del modelo 1. $\chi^2_{(51)}=105.79, p<.01, \chi^2/gl=2.07, CFI=.97, GFI=.96, RMSEA=.05, SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 2: La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen directamente en la conducta sexual.

Para dar respuesta a la hipótesis 2, se llevó a cabo un análisis mediante MEE, en el que se examinaron las relaciones directas entre los factores psicosociales y la conducta sexual. Los resultados revelaron una relación significativa entre la depresión sexual y la conducta sexual. En contraste, no se observó un impacto significativo de la autopercepción de grasa corporal ni del apoyo social sobre la conducta sexual. Estos hallazgos sugieren que, dentro del modelo evaluado, la depresión sexual es el único factor psicosocial que tiene una influencia directa y notable en la conducta sexual, mientras que los otros factores investigados no muestran un efecto significativo sobre la conducta sexual (Tabla 19).

Tabla 19

Modelo 2 Factores psicosociales

	VARIABLES	ESTIMACIÓN	<i>p</i>
Conducta sexual	←-- Depresión sexual	.07	.04
Conducta sexual	←-- Autopercepción de grasa corporal	-.01	.20
Conducta sexual	←-- Apoyo social	.05	.39

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 20 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores psicosociales y la conducta sexual. Las cargas factoriales indican la fuerza y dirección de la relación entre cada variable observable y los constructos subyacentes en el modelo.

Tabla 20

Modelo 2: Factores psicosociales y conducta sexual

CONSTRUCTO	VARIABLE OBSERVABLE	CARGA FACTORIAL	R^2
Depresión sexual	SDS1	.77	.58
	SDS3	.85	.73
	SDS4	.76	.56
	SDS7	.68	.45

(Continúa)

Tabla 20*Modelo 2: Factores psicosociales y conducta sexual (Continuación)*

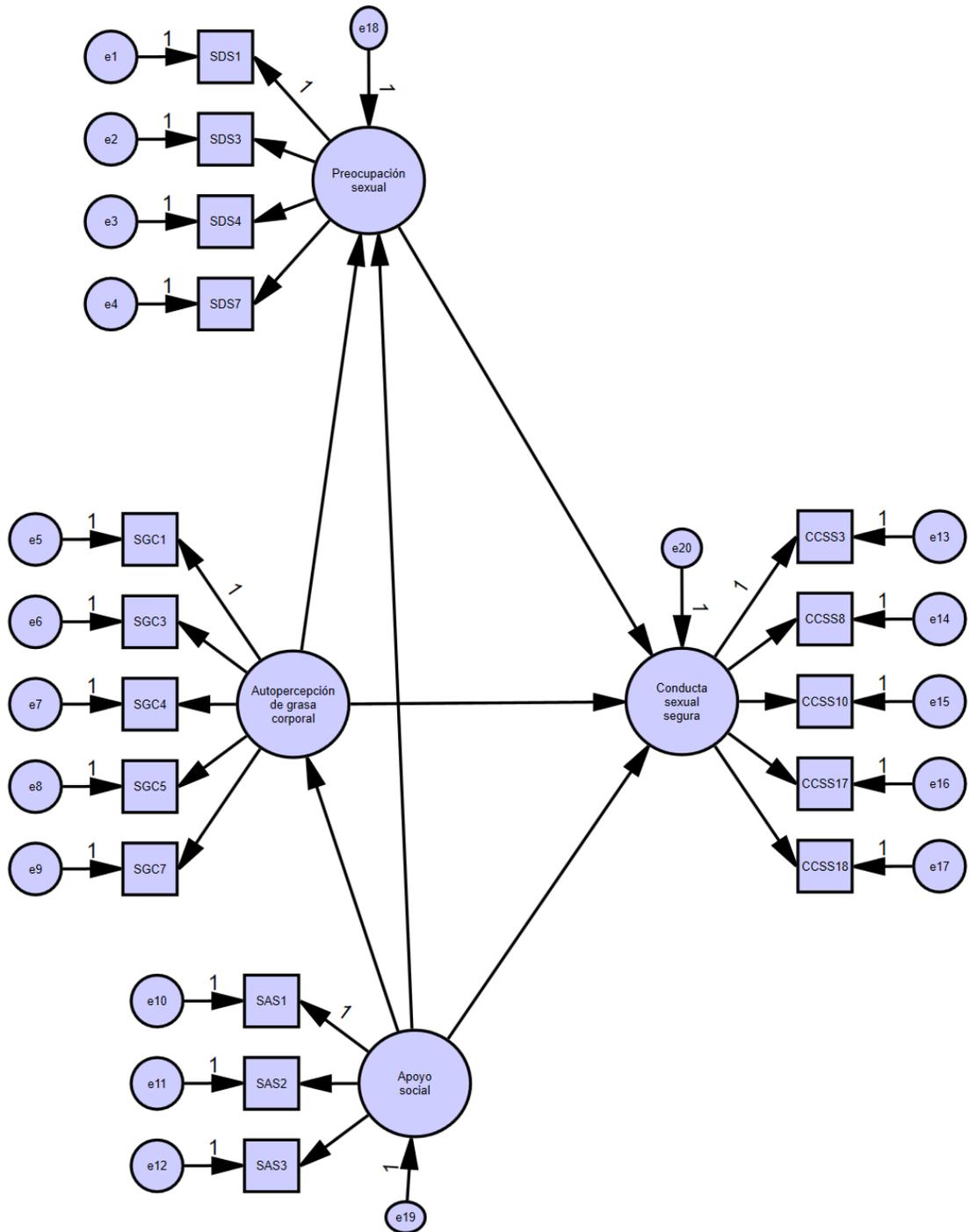
Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Autopercepción de grasa corporal	SGC1	.62	.37
	SGC3	.75	.55
	SGC4	.72	.51
	SGC5	.62	.39
	SGC7	.56	.31
Apoyo social	SAS1	.86	.75
	SAS2	.93	.85
	SAS3	.82	.67
Conducta sexual	CCSS3	.59	.35
	CCSS8	.42	.18
	CCSS10	.71	.50
	CCSS17	.79	.62
	CCSS18	.80	.63

Nota. R^2 = Correlación múltiple cuadrada.

De acuerdo con lo postulado se evidencia que la hipótesis 2 se cumplió, sin embargo, solo la depresión sexual y el apoyo social se relacionaron de forma directa con la conducta sexual. Respecto a las cargas factoriales de las variables observables se identificó que todas presentaron adecuada explicación de los factores que se integraron en el modelo. A continuación, se presenta el modelo inicial 2, para posteriormente observar el modelo final ajustado.

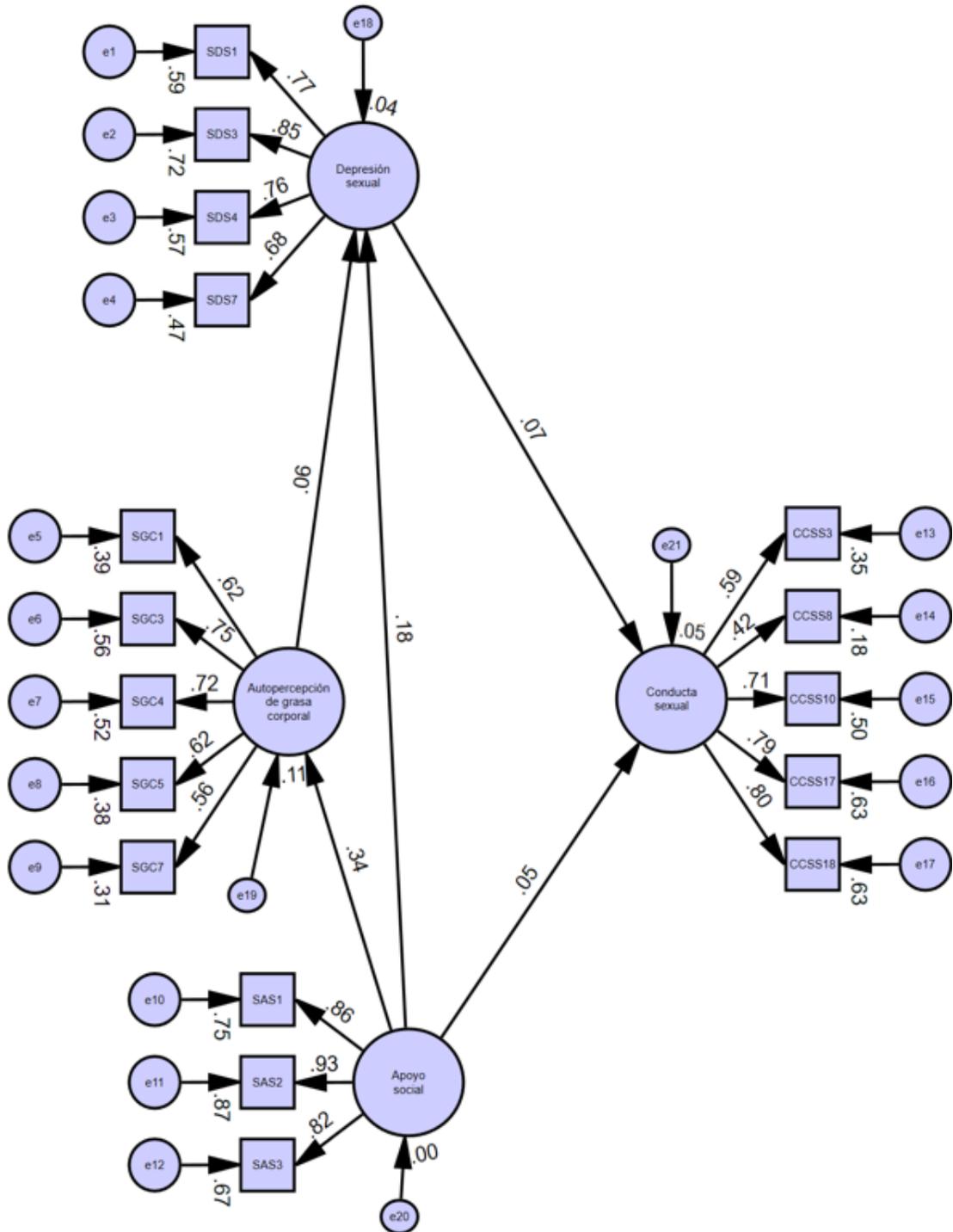
Figura 8.

Modelo 2 inicial, Factores psicosociales y conducta sexual.



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 9.
Modelo 2 Final, Factores psicosociales y conducta sexual.



Nota. Se identificaron los siguientes resultados del modelo 2. $\chi^2_{(114)}=214.13, p<.01, \chi^2/gl=1.87, CFI=.96, GFI=.95, RMSEA=.04, SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 3: La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón.

Para responder a la hipótesis se realizó un MEE que integró los factores psicosociales y las creencias (Modelo 3). En la Tabla 38 se describen las relaciones identificadas entre las variables del Modelo 1. Los hallazgos muestran que la depresión sexual está asociada con la percepción de riesgo de VIH. Asimismo, se encontró una relación significativa entre el apoyo social y el estigma sexual, siendo este último negativamente asociado con la actitud hacia el uso del condón. En este sentido, tanto la percepción de riesgo de VIH como la actitud hacia el condón se relacionan con la autoeficacia para el uso consistente del condón y con la conducta sexual (Tabla 21).

Tabla 21

Relaciones entre variables, modelo 3 (inicial)

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Percepción de riesgo de VIH	←←← Depresión sexual	.136	.01
Percepción de riesgo de VIH	←←← Autopercepción de grasa corporal	.087	.15
Percepción de riesgo de VIH	←←← Apoyo social	.103	.07
Estigma sexual	←←← Depresión sexual	.053	.63
Estigma sexual	←←← Autopercepción de grasa corporal	-.082	.17
Estigma sexual	←←← Apoyo social	.140	.01
Estigma sexual	←←← Percepción de riesgo de VIH	.228	<.000
Actitud hacia el condón	←←← Depresión sexual	.029	.79
Actitud hacia el condón	←←← Autopercepción de grasa corporal	-.096	.42
Actitud hacia el condón	←←← Apoyo social	-.103	.07
Actitud hacia el condón	←←← Percepción de riesgo de VIH	.188	.07
Actitud hacia el condón	←←← Estigma sexual	-.346	.01
Autoeficacia para uso consistente del condón	←←← Depresión sexual	-.011	.80

(Continúa)

Tabla 21*Relaciones entre variables, modelo 3 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Autoeficacia para uso consistente del condón	←-- Autopercepción de grasa corporal	.073	.18
Autoeficacia para uso consistente del condón	←-- Apoyo social	.039	.16
Autoeficacia para uso consistente del condón	←-- Percepción de riesgo de VIH	.123	.02
Autoeficacia para uso consistente del condón	←-- Estigma sexual	.078	.22
Autoeficacia para uso consistente del condón	←-- Actitud hacia el condón	.065	.02
Conducta sexual	←-- Depresión sexual	.038	.27
Conducta sexual	←-- Autopercepción de grasa corporal	-.015	.76
Conducta sexual	←-- Apoyo social	.019	.36
Conducta sexual	←-- Percepción de riesgo de VIH	.158	.17
Conducta sexual	←-- Estigma sexual	.058	.89
Conducta sexual	←-- Actitud hacia el condón	.040	.04
Conducta sexual	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	.050	.20

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 22 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores psicosociales y las creencias.

Tabla 22*Modelo 3: Factores psicosociales y creencias*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Depresión sexual	SDS1	.77	.59
	SDS3	.86	.73
	SDS4	.75	.56
	SDS7	.67	.46
Autopercepción de grasa corporal	SGC1	.61	.38
	SGC3	.75	.56
	SGC4	.72	.52
	SGC5	.63	.39
	SGC7	.56	.32

(Continúa)

Tabla 22*Modelo 3: Factores psicosociales y creencias (Continuación)*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Apoyo social	SAS1	.87	.75
	SAS2	.93	.86
	SAS3	.82	.68
Percepción de riesgo de VIH	SPR2	.69	.48
	SPR3	.83	.69
	SPR4	.78	.61
	SPR5	.75	.56
	SEP1	.71	.51
Estigma sexual	SEP2	.76	.57
	SEP3	.83	.69
	SPAC1	.89	.79
Actitud hacia el condón	SPAC2	.82	.67
	SPAC5	.83	.69
	SUCC1	.64	.41
Autoeficacia para uso consistente del condón	SUCC2	.97	.94
	SUCC3	.84	.70
Conducta sexual	CCSS3	.59	.35
	CCSS8	.43	.18
	CCSS10	.71	.51
	CCSS17	.79	.62
	CCSS18	.80	.64

Nota. R²=Correlación múltiple cuadrada.

Se identificó un efecto directo y positivo entre la depresión sexual y la percepción de riesgo de VIH ($\lambda=.14, p<.01$). Además, se observó un efecto de menor magnitud hacia la conducta sexual ($\lambda=.07, p<.05$). En cuanto a la autopercepción de grasa corporal, se encontró un efecto directo y positivo sobre la percepción de riesgo de VIH ($\lambda=.08, p<.05$), así como una relación positiva con la autoeficacia para el uso consistente del condón ($\lambda=.07, p<.05$). También se identificó un efecto directo pero negativo sobre el estigma sexual ($\lambda= -.08, p<.05$) y la actitud hacia el condón. Por otro lado, en relación con el apoyo social, se observó un efecto directo y positivo sobre la percepción de riesgo de VIH ($\lambda= .10, p<.05$). En este sentido, se encontró una relación

significativa con el estigma sexual ($\lambda = .14, p < .01$) y con la autoeficacia para el uso consistente del condón ($\lambda = .07, p < .05$). Así mismo, se determinó un efecto directo pero negativo sobre la actitud hacia el condón ($\lambda = -.10, p < .05$) (Tabla 23).

En relación con los efectos indirectos, se identificaron efectos bajos y sin significancia estadística de la depresión sexual sobre el estigma sexual ($\lambda = .03, p > .05$). Asimismo, se observó un efecto indirecto sobre la autoeficacia para el uso consistente del condón ($\lambda = .02, p > .05$), que a su vez impactó en la conducta sexual ($\lambda = .02, p > .05$). Por otro lado, la depresión sexual tuvo un efecto indirecto sobre la actitud hacia el condón y también evidenció una relación con la conducta sexual ($\lambda = .03, p > .05$). En cuanto a la autopercepción de grasa corporal, se encontraron efectos bajos sobre el estigma sexual ($\lambda = .02, p > .05$); este mismo predictor mostró una relación con la actitud hacia el condón ($\lambda = .01, p > .05$) y, finalmente, también se identificó una relación con la conducta sexual ($\lambda = .01, p > .05$). Además, el apoyo social mostró efectos débiles sobre el estigma sexual ($\lambda = .02, p > .05$), y se encontró otra asociación débil con la autoeficacia para el uso consistente del condón ($\lambda = .01, p > .05$). Así mismo, se evidenció un efecto débil y negativo sobre la actitud hacia el condón ($\lambda = -.01, p > .05$) (Tabla 23).

Todos los efectos indirectos que se reportaron en la Tabla 23, para el modelo final no se consideraron aquellos menores a .05 dada su bajo efecto sobre cada predictor.

De acuerdo con los datos obtenidos del modelo, se acepta la hipótesis, ya que se encontró una relación significativa entre la depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón. A continuación, se presenta el Modelo 3 inicial, que ilustra las posibles relaciones entre las variables estudiadas. Posteriormente, se exhibe el modelo final ajustado, el cual refleja las relaciones modificadas de acuerdo con los resultados del análisis. La comparación entre el modelo inicial y el modelo final ajustado permite evaluar y comprender de

manera más clara cómo interactúan las variables y cómo afectan la conducta sexual en el contexto del estudio.

Tabla 23

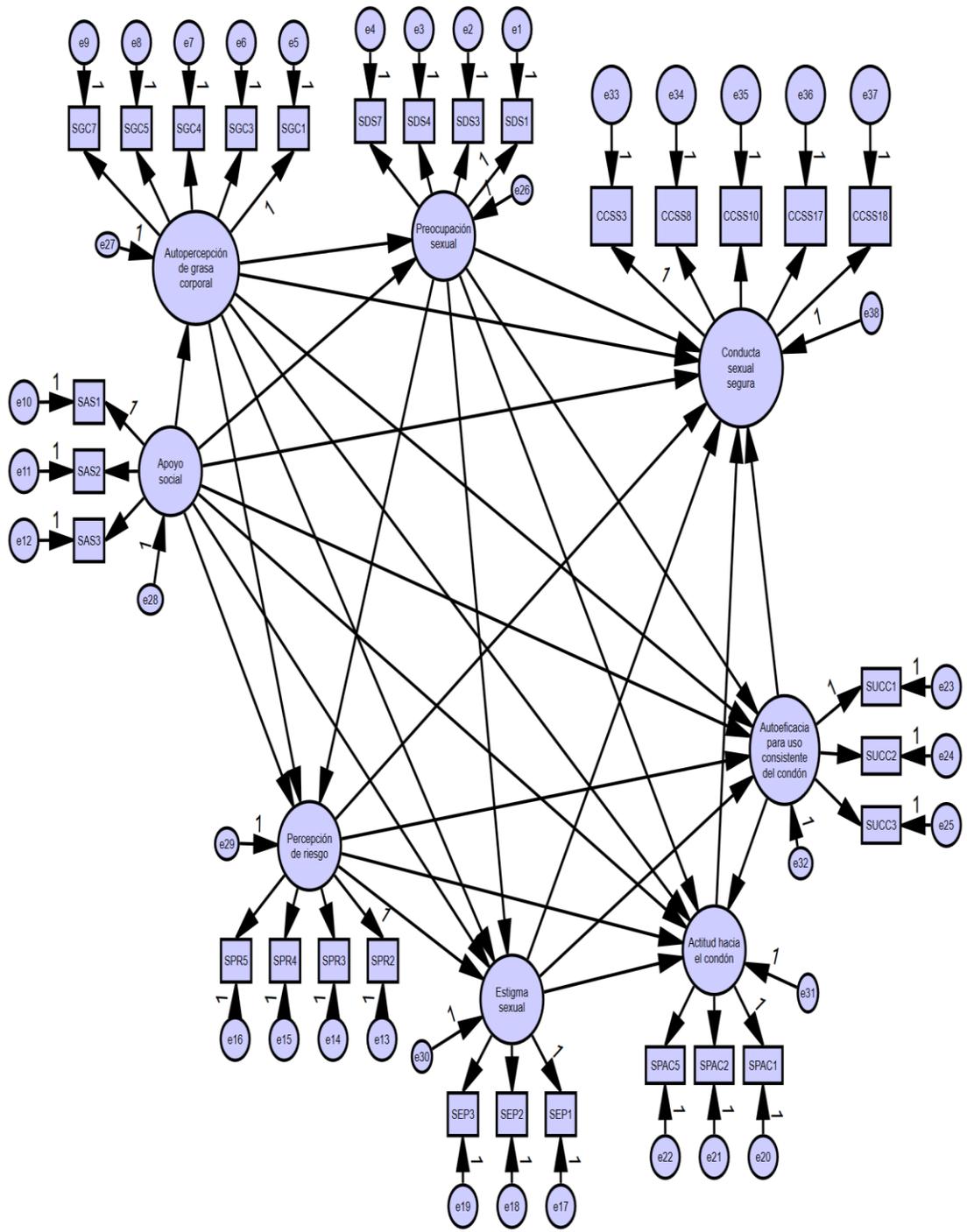
Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras

Predictor		Directo	Indirecto	Total
Depresión sexual	Percepción de riesgo de VIH	.14**	-	.14**
	Estigma sexual	.02	.03	.05
	Actitud hacia el condón	.01	-	.01
	Autoeficacia para uso consistente del condón	-.01	.02	.01
	Conducta sexual	.07*	.02	.09*
Autopercepción de grasa corporal	Percepción de riesgo de VIH	.08*	-	.08*
	Estigma sexual	-.08*	.02	-.06
	Actitud hacia el condón	-.04	.01	-.03
	Autoeficacia para uso consistente del condón	.07*	-	.07
	Conducta sexual	-.01	.01	-
Apoyo social	Percepción de riesgo de VIH	.10*	-	.10*
	Estigma sexual	.14**	.02	.16**
	Actitud hacia el condón	-.10*	-.01	-.11*
	Autoeficacia para uso consistente del condón	.07*	.01	.08
	Conducta sexual	.05	-	.05

Nota. **= $p < .01$, * = $p < .05$.

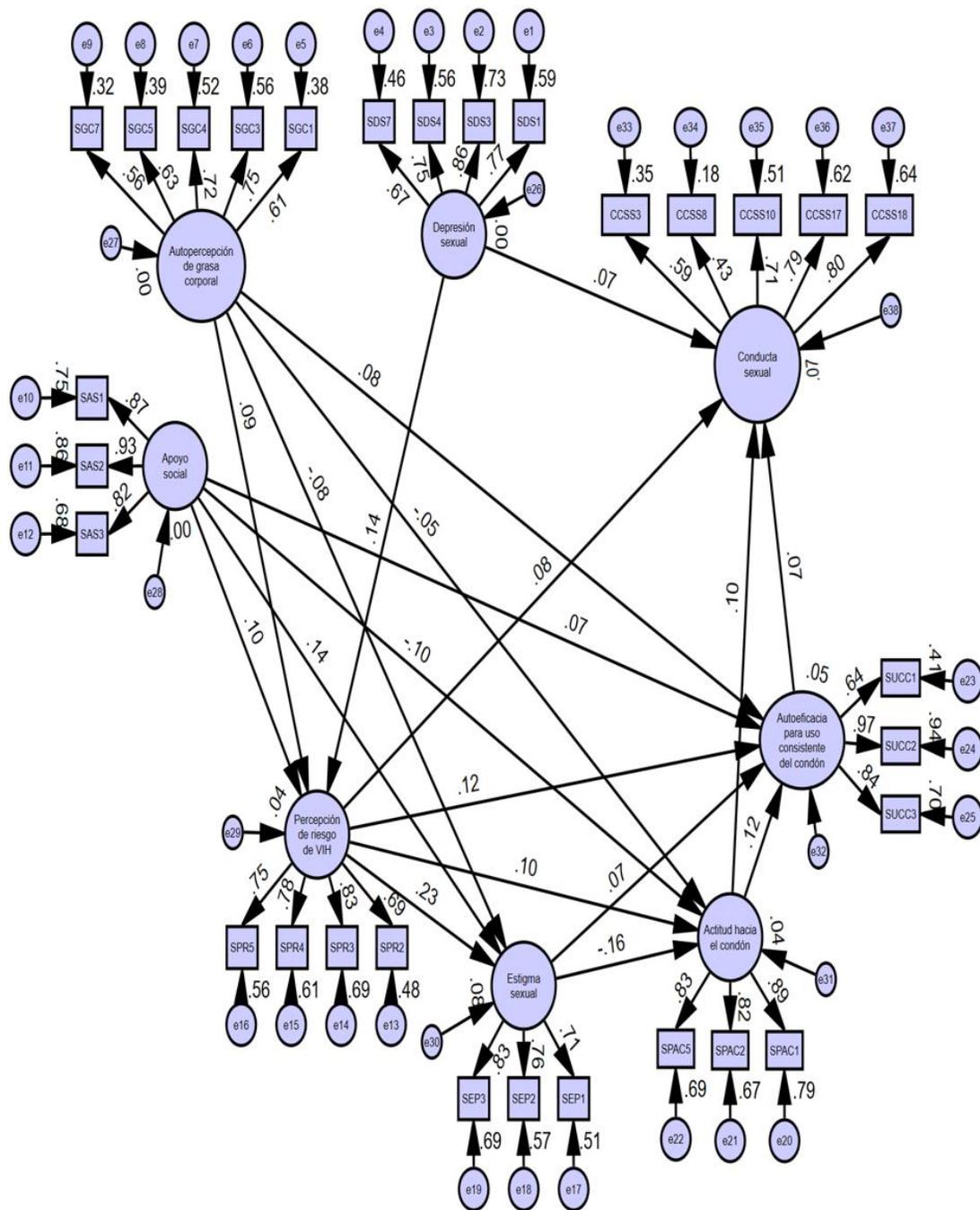
Figura 10.

Modelo 3 inicial, Factores psicosociales, creencias y conducta sexual



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 11.
Modelo 3 Final, Factores psicosociales, creencias y conducta sexual



Nota. Se identificaron los siguientes resultados del modelo 3, $\chi^2_{(386)}=723.23$, $p<.01$, $\chi^2/gl=1.87$, $CFI=.95$, $GFI=.91$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.06$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 4: La depresión sexual, la autopercepción de grasa corporal y el apoyo social influyen en el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.

Para dar respuesta a la hipótesis 4, se diseñó un modelo de ecuaciones estructurales que integró los factores psicosociales y proximales en relación con la conducta sexual (Modelo 4). Se identificó que la autopercepción de grasa corporal influye en el consumo de alcohol y drogas. En particular, el consumo de drogas mostró una relación directa y negativa con el consumo de alcohol. Este último refirió una relación directa y negativa hacia el consumo de drogas. Respecto con la depresión sexual, el apoyo social, el consumo de alcohol y el consumo de drogas se relacionaron con el uso de plataformas digitales para citas. El apoyo social y la intención de la conducta sexual se relacionaron con la negociación sobre uso del condón. El apoyo social, consumo de alcohol, el uso de plataformas digitales para citas y la intención de la conducta sexual influyen sobre la habilidad sobre uso del condón. El uso de plataformas influyó sobre la búsqueda de sensaciones sexuales y la conducta sexual. La intención de la conducta sexual se relacionó con la conducta sexual (Tabla 24).

Tabla 24

Relaciones entre variables, modelo 4 (inicial)

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Consumo de alcohol	←←← Depresión sexual	.013	.76
Consumo de alcohol	←←← Autopercepción de grasa corporal	.135	.00
Consumo de alcohol	←←← Apoyo social	-.003	.91
Consumo de drogas	←←← Depresión sexual	-.077	.15
Consumo de drogas	←←← Autopercepción de grasa corporal	-.207	.00
Consumo de drogas	←←← Apoyo social	-.054	.11
Consumo de drogas	←←← Consumo de alcohol	.829	<.00
Uso de plataformas digitales para citas	←←← Depresión sexual	.133	.03

(Continúa)

Tabla 24*Relaciones entre variables, modelo 4 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Uso de plataformas digitales para citas	←←← Autopercepción de grasa corporal	-.053	.47
Uso de plataformas digitales para citas	←←← Apoyo social	.077	.04
Uso de plataformas digitales para citas	←←← Consumo de alcohol	.217	.02
Uso de plataformas digitales para citas	←←← Consumo de drogas	.112	.04
Intención de la conducta sexual	←←← Depresión sexual	-.004	.93
Intención de la conducta sexual	←←← Autopercepción de grasa corporal	.106	.11
Intención de la conducta sexual	←←← Apoyo social	-.024	.49
Intención de la conducta sexual	←←← Consumo de alcohol	.017	.84
Intención de la conducta sexual	←←← Consumo de drogas	-.001	.98
Intención de la conducta sexual	←←← Uso de plataformas digitales para citas	.022	.94
Negociación sobre uso del condón	←←← Depresión sexual	-.138	.24
Negociación sobre uso del condón	←←← Autopercepción de grasa corporal	-.109	.43
Negociación sobre uso del condón	←←← Apoyo social	.182	.01
Negociación sobre uso del condón	←←← Consumo de alcohol	.087	.55
Negociación sobre uso del condón	←←← Consumo de drogas	.076	.52
Negociación sobre uso del condón	←←← Uso de plataformas digitales para citas	-.012	.89
Negociación sobre uso del condón	←←← Intención de la conducta sexual	.314	.00
Habilidad sobre uso del condón	←←← Depresión sexual	.008	.90
Habilidad sobre uso del condón	←←← Autopercepción de grasa corporal	.012	.87
Habilidad sobre uso del condón	←←← Apoyo social	-.104	.00
Habilidad sobre uso del condón	←←← Consumo de alcohol	.234	.01

(Continúa)

Tabla 24*Relaciones entre variables, modelo 4 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Habilidad sobre uso del condón	←←← Consumo de drogas	-.091	.16
Habilidad sobre uso del condón	←←← Uso de plataformas digitales para citas	.103	.03
Habilidad sobre uso del condón	←←← Intención de la conducta sexual	-.127	.05
Habilidad sobre uso del condón	←←← Negociación sobre uso del condón	.139	.13
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Depresión sexual	-.076	.16
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Autopercepción de grasa corporal	.047	.47
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Apoyo social	.061	.06
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Consumo de alcohol	-.007	.93
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Consumo de drogas	.039	.49
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Uso de plataformas digitales para citas	.201	.00
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Intención de la conducta sexual	.001	.98
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Negociación sobre uso del condón	.106	.36
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Habilidad sobre uso del condón	-.074	.23
Conducta sexual	←←← Depresión sexual	.063	.07
Conducta sexual	←←← Autopercepción de grasa corporal	-.013	.76
Conducta sexual	←←← Apoyo social	.027	.22
Conducta sexual	←←← Consumo de alcohol	-.067	.23
Conducta sexual	←←← Consumo de drogas	.037	.30
Conducta sexual	←←← Uso de plataformas digitales para citas	-.100	<.00
Conducta sexual	←←← Intención de la conducta sexual	.107	.01
Conducta sexual	←←← Negociación sobre uso del condón	.003	.83
Conducta sexual	←←← Habilidad sobre uso del condón	-.007	.79
Conducta sexual	←←← Búsqueda de sensaciones sexuales	.031	.37

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 25 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores psicosociales y los factores proximales.

Tabla 25

Modelo 4: Factores psicosociales y los factores proximales

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Depresión sexual	SDS1	.85	.59
	SDS3	.77	.72
	SDS4	.76	.58
	SDS7	.68	.46
Autopercepción de grasa corporal	SGC1	.63	.39
	SGC3	.76	.57
	SGC4	.71	.51
	SGC5	.61	.37
Apoyo social	SGC7	.55	.31
	SAS1	.87	.75
	SAS2	.93	.87
Consumo de alcohol	SAS3	.82	.67
	ISCSA1	.80	.64
	ISCSA2	.92	.84
Consumo de drogas	ISCSA3	.82	.68
	ISCSD4	.85	.72
	ISCSD5	.88	.78
Uso de plataformas digitales para citas	ISCSD6	.93	.87
	UPD	1.00	.07
Intención de la conducta sexual	MCS1	.93	.86
	MCS2	.94	.89
	MCS3	.86	.74
Negociación sobre uso del condón	SACEN2	.74	.55
	SACEN3	.96	.93
	SACEN4	.73	.53
Habilidad sobre uso del condón	EPEUC1	.92	.85
	EPEUC2	.94	.88
	EPEUC3	.96	.91
	EPEUC4	.91	.82
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS1	.82	.66
	EBSS2	.88	.77
	EBSS3	.82	.68
	EBSS4	.68	.46

(Continúa)

Tabla 25*Modelo 4: Factores psicosociales y los factores proximales (Continuación)*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Conducta sexual	CCSS3	.59	.35
	CCSS8	.43	.19
	CCSS10	.71	.50
	CCSS17	.79	.62
	CCSS18	.80	.63

Nota. R²=Correlación múltiple cuadrada.

En relación con los efectos directos identificados en el presente modelo, se encontró que la depresión sexual tiene un efecto directo y positivo sobre el uso de plataformas digitales para citas ($\lambda = .11, p < .05$) y sobre la conducta sexual ($\lambda = .10, p < .05$). Sin embargo, también se observó un efecto negativo en el consumo de drogas ($\lambda = -.07, p < .05$), y otro efecto negativo en la negociación sobre el uso del condón ($\lambda = -.07, p < .05$). Por otro lado, la autopercepción de grasa corporal demostró un efecto directo y positivo en el consumo de alcohol ($\lambda = .16, p < .01$), en este sentido, otro efecto directo fue hacia la intención de conducta sexual ($\lambda = .08, p < .05$). No obstante, se identificó un efecto negativo significativo hacia el consumo de drogas ($\lambda = -.17, p < .01$).

En cuanto al apoyo social, se observó una relación directa y positiva con la negociación sobre el uso del condón ($\lambda = .13, p < .01$), la búsqueda de sensaciones sexuales ($\lambda = .11, p < .05$), el uso de plataformas digitales para citas ($\lambda = .09, p < .05$) y la conducta sexual ($\lambda = .08, p < .05$). En esta misma variable, también se identificaron efectos negativos asociados a este factor, incluyendo la habilidad en el uso del condón ($\lambda = -.13, p < .01$) y el consumo de drogas ($\lambda = .08, p < .05$) (Tabla 26).

De acuerdo con los efectos indirectos, el modelo reportó que la depresión sexual tiene un efecto negativo y pequeño sobre la conducta sexual ($\lambda = -.02, p > .05$). En relación con la autopercepción de grasa corporal, se identificó un efecto indirecto positivo sobre el consumo de drogas ($\lambda = .09, p < .05$), así como sobre el uso de

plataformas digitales para citas ($\lambda = .02, p > .05$) y la negociación sobre el uso del condón ($\lambda = .01, p > .05$). Respecto al apoyo social, se evidenció un efecto positivo sobre el consumo de alcohol ($\lambda = .05, p > .05$), y también se identificaron efectos hacia la intención de conducta sexual ($\lambda = .03, p > .05$) y el uso de plataformas digitales para citas ($\lambda = .01, p > .05$). Además, se observaron pequeños efectos negativos en relación con el consumo de drogas ($\lambda = -.04, p > .05$), la negociación sobre el uso del condón ($\lambda = -.02, p > .05$) y la conducta sexual ($\lambda = -.01, p > .05$).

La mayoría de los efectos indirectos reportados en la Tabla 43 no fueron incluidos en el modelo final debido a su bajo impacto sobre las variables consideradas. Esta decisión se fundamenta en el limitado efecto que estos efectos indirectos tenían en el modelo, así como en la necesidad de mantener la claridad y la relevancia de los efectos directos más significativos. Al excluir estos efectos indirectos, se logró simplificar el modelo y centrarse en las relaciones más relevantes y significativas. Los efectos obtenidos se describen a continuación.

Tabla 26

Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras

Predictor		Directo	Indirecto	Total
Depresión sexual	Consumo de alcohol	.01	-	.01
	Consumo de drogas	-.07*	-	-.07*
	Uso de plataformas digitales para citas	.11*	-	.11*
	Intención de la conducta sexual	-	-	-
	Negociación sobre uso del condón	-.07*	-	-.07*
	Habilidad sobre uso del condón	.01	-	.01
	Búsqueda de sensaciones sexuales	-.01	-	-.01
	Conducta sexual	.10*	-.02	.08*
Autopercepción de grasa corporal	Consumo de alcohol	.16**	-	.16**
	Consumo de drogas	-.17**	.09*	-.08*

(Continúa)

Tabla 26*Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras (Continuación)*

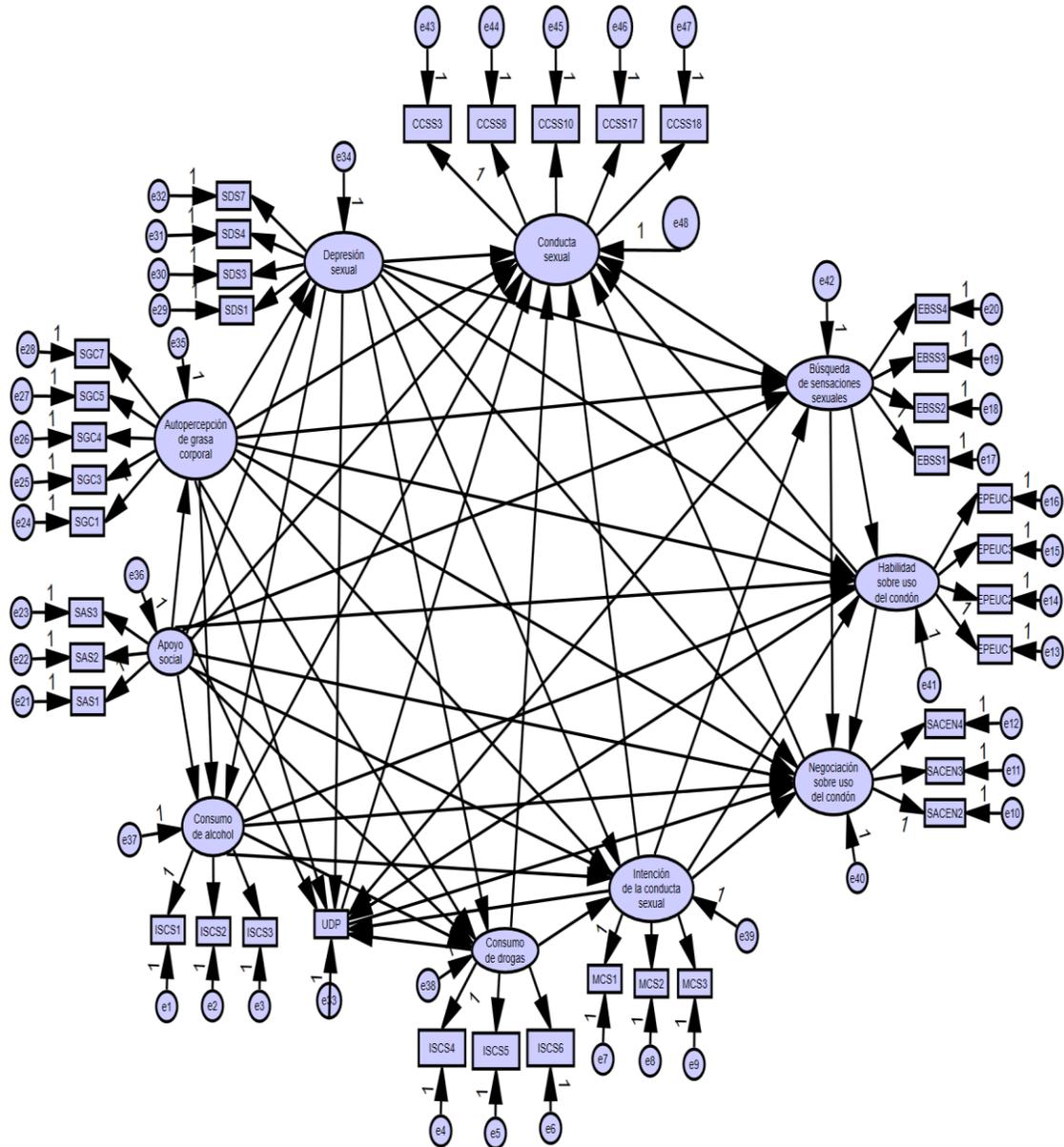
Predictor		Directo	Indirecto	Total
Autopercepción de grasa corporal	Uso de plataformas digitales para citas	-.04	.02	-.02
	Intención de la conducta sexual	.08*	-	.08*
	Negociación sobre uso del condón	-.04	.01	-.03
	Habilidad sobre uso del condón	.02	-	.03
	Búsqueda de sensaciones sexuales	.04	-	.04
	Conducta sexual	-.01	-	-.01
Apoyo social	Consumo de alcohol	-	.05	.05
	Consumo de drogas	-.08*	-.04	-.12**
	Uso de plataformas digitales para citas	.09*	.01	.10*
	Intención de la conducta sexual	-.04	.03	-.01
	Negociación sobre uso del condón	.13**	-.02	.11*
	Habilidad sobre uso del condón	-.13**	-	-.13**
	Búsqueda de sensaciones sexuales	.11*	-	.11*
	Conducta sexual	.08*	-.01	.07*

Nota. ** = $p < .01$, * = $p < .05$.

A continuación, se presenta el modelo inicial 4, para posteriormente observar el modelo final ajustado.

Figura 12

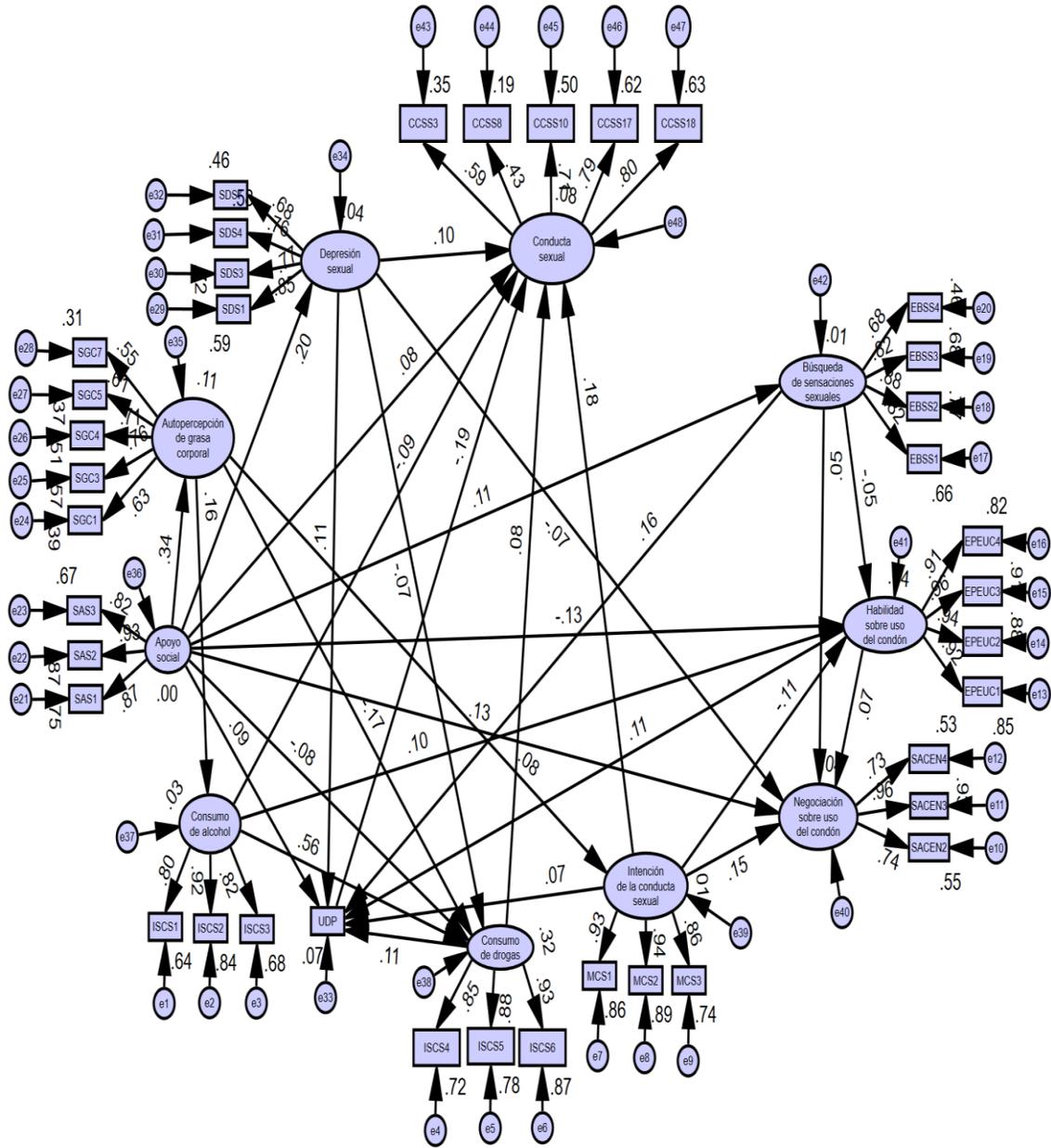
Modelo 4 inicial, Factores psicosociales, factores proximales y conducta sexual



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 13

Modelo 4 Final, Factores psicosociales factores proximales y conducta sexual



Nota. Se identificaron los siguientes resultados del modelo 4 $\chi^2_{(636)}=1092.58, p<.01, \chi^2/gl=1.71, CFI=.95, GFI=.90, RMSEA=.05, SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 5: Existe relación entre la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón.

Respecto a la hipótesis planteada, se elaboró un MEE que incorporó las variables de creencias para explorar sus relaciones. Con el objetivo de dar respuesta a la misma se exploraron las estimaciones del modelo identificando que el estigma sexual y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen sobre la percepción de riesgo de VIH. En este sentido el estigma sexual se relacionó de forma negativa con la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón presento una correlación positiva con la actitud hacia el condón (Tabla 27).

Tabla 27

Relaciones entre variables, modelo 5 (inicial)

	Variabes	Estimación	<i>p</i>
Percepción de riesgo de VIH	← -- Estigma sexual	.26	<.001
Percepción de riesgo de VIH	← -- Actitud hacia el condón	.03	.21
Percepción de riesgo de VIH	← -- Autoeficacia para uso consistente del condón	.13	.01
Estigma sexual	← -- Actitud hacia el condón	-.33	<.01
Estigma sexual	← -- Autoeficacia para uso consistente del condón	.08	.09
Actitud hacia el condón	← -- Autoeficacia para uso consistente del condón	.22	.02

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 28 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores psicosociales y los factores proximales.

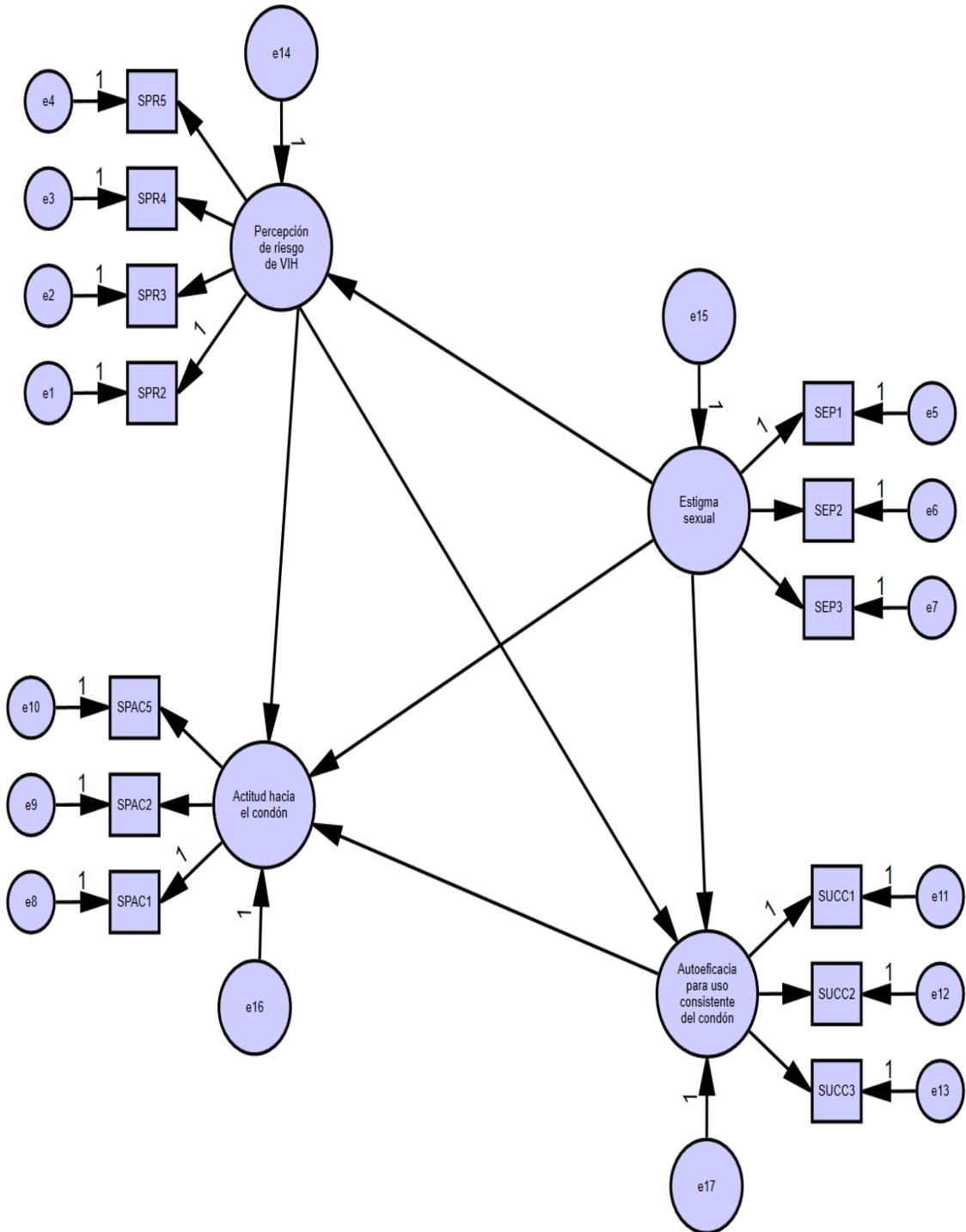
Tabla 28*Modelo 5: Creencias*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Percepción de riesgo de VIH	SPR2	.69	.47
	SPR3	.83	.69
	SPR4	.79	.62
	SPR5	.75	.56
Estigma sexual	SEP1	.71	.51
	SEP2	.76	.58
	SEP3	.83	.69
Actitud hacia el condón	SPAC1	.89	.79
	SPAC2	.82	.67
	SPAC5	.83	.69
Autoeficacia para uso consistente del condón	SUCC1	.64	.41
	SUCC2	.97	.95
	SUCC3	.84	.70

Nota. R^2 =Correlación múltiple cuadrada.

Figura 14

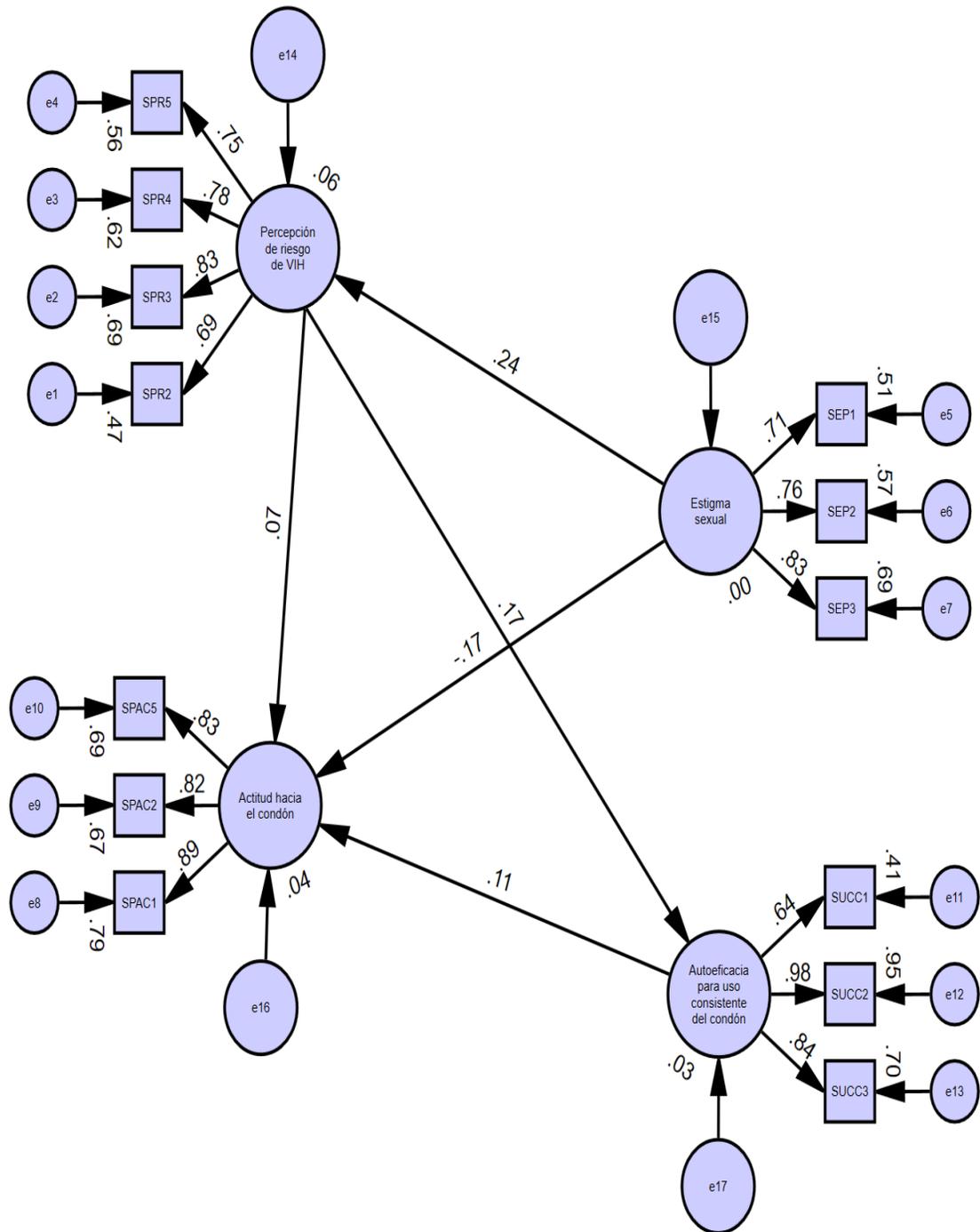
Modelo 5 inicial, Creencias



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 15

Modelo 5 Final, Creencias



Nota. Se identificaron los siguientes resultados del modelo 5 $\chi^2_{(60)} = 130.84, p < .001, \chi^2/df = 2.18, CFI = .97, GFI = .96, RMSEA = .05, SRMR = .04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 6: La percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en la conducta sexual.

En respuesta a la Hipótesis 6, se diseñó un Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) que integró las variables del grupo de creencias en relación con la conducta sexual (modelo 6). El análisis de este modelo reveló que únicamente la actitud hacia el condón y la autoeficacia para el uso consistente del condón mostraron una relación significativa con la conducta sexual (Tabla 29).

Tabla 29

Relaciones entre variables, modelo 6 (inicial)

Variables		Estimación	<i>p</i>
Conducta sexual	←-- Percepción de riesgo de VIH	.06	.10
Conducta sexual	←-- Estigma sexual	.01	.99
Conducta sexual	←-- Actitud hacia el condón	.13	.04
Conducta sexual	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	.05	.04

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 30 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R² correspondiente a cada relación entre los factores psicosociales y los factores proximales.

Tabla 30

Modelo 6: Creencias y conducta sexual

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Percepción de riesgo de VIH	SPR2	.69	.47
	SPR3	.83	.69
	SPR4	.79	.62
	SPR5	.75	.56
Estigma sexual	SEP1	.71	.51
	SEP2	.76	.58
	SEP3	.83	.69
Actitud hacia el condón	SPAC1	.89	.79
	SPAC2	.82	.67
	SPAC5	.83	.69

(Continúa)

Tabla 30*Modelo 6: Creencias y conducta sexual (Continuación)*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Autoeficacia para uso consistente del condón	SUCC1	.64	.42
	SUCC2	.97	.94
Conducta sexual	SUCC3	.84	.70
	CCSS3	.59	.35
	CCSS8	.43	.18
	CCSS10	.71	.51
	CCSS17	.79	.62
	CCSS18	.80	.64

Nota. R²=Correlación múltiple cuadrada.

De acuerdo con los efectos directos, se identificó que la percepción de riesgo de VIH ($\lambda = .10, p < .01$), la actitud hacia el condón ($\lambda = .10, p < .05$) y la autoeficacia para uso consistente del condón ($\lambda = .10, p < .05$) tienen efecto directo y positivo sobre la conducta sexual. Asimismo, se observó un efecto indirecto bajo entre la autoeficacia para el uso consistente del condón y la conducta sexual ($\lambda = .03, p > .05$) (Tabla 31).

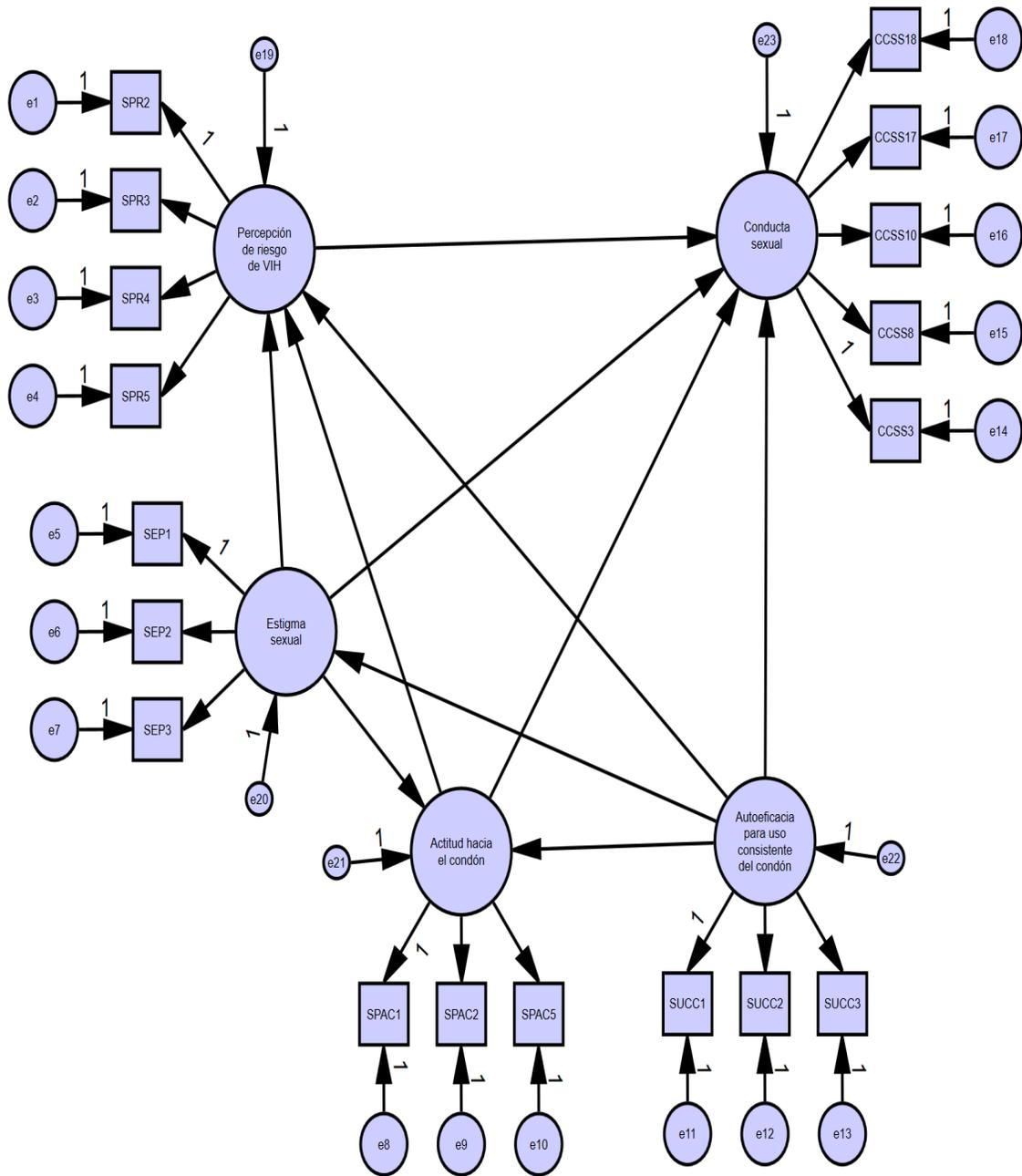
Tabla 31*Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras*

Predictor		Directo	Indirecto	Total
Conducta sexual	Percepción de riesgo de VIH	.10**	-	.10**
	Estigma sexual	-	-	-
	Actitud hacia el condón	.10**	-	.10**
	Autoeficacia para uso consistente del condón	.07*	.03	.10*

Nota. ** = $p < .01$, * = $p < .05$.

Figura 16

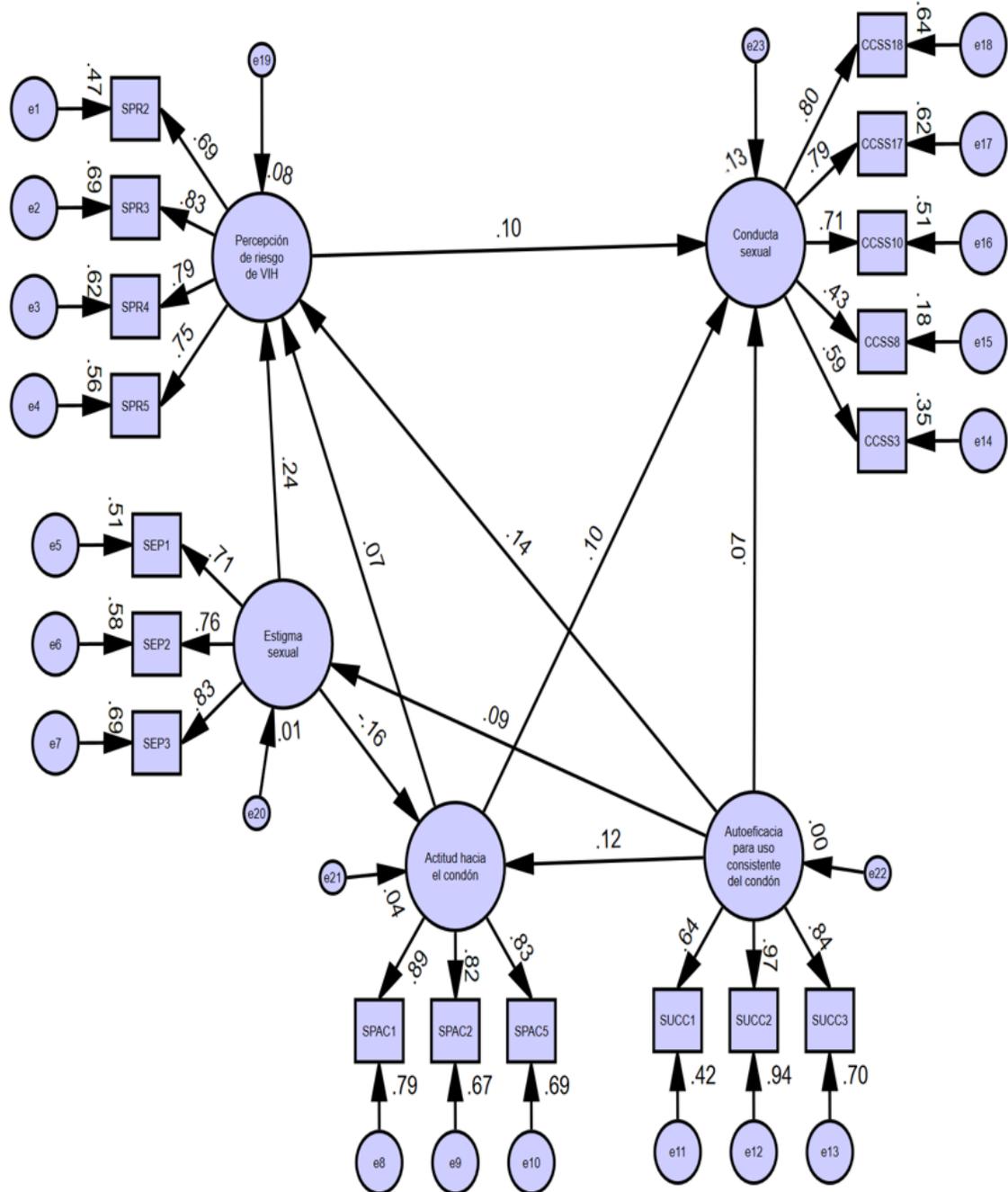
Modelo 6 inicial, Creencias y conducta sexual



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 17

Modelo 6 Final, Creencias y conducta sexual



Nota. Se identificaron los siguientes resultados $\chi^2_{(126)}=246.93$, $p<.001$, $\chi^2/gf=1.96$, $CFI=.96$, $GFI=.94$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 7. La percepción de riesgo de VIH, estigma sexual, actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.

Respondiendo a la hipótesis 7, se diseñó un MEE sobre el grupo de variables de creencias y los factores proximales. Este modelo permitió identificar que la percepción de riesgo de VIH y la actitud hacia el condón influyen en el consumo de alcohol. En este sentido el estigma sexual, la actitud hacia el uso del condón, la autoeficacia para uso consistente del condón y el consumo de alcohol se relacionaron con el consumo de drogas. Se identificó que la percepción de riesgo de VIH se asoció al uso de plataformas sexuales para citas. Así mismo la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la actitud hacia el condón y la intención de la conducta sexual se correlacionaron con la negociación sobre uso del condón (Tabla 32).

En este sentido se identificó que la intención de la conducta sexual influye en la habilidad sobre uso del condón. Otro aspecto identificado fue que la percepción de riesgo de VIH, la actitud hacia el condón, la autoeficacia para uso consistente del condón y el uso de plataformas digitales para citas se relacionaron con la búsqueda de sensaciones sexuales. En este sentido se evidencio que la percepción de riesgo de VIH, el uso de plataformas sexuales para citas y la intención de la conducta sexual se correlacionaron con la conducta sexual (Tabla 32).

Tabla 32

Relaciones entre variables, modelo 7 (inicial)

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Consumo de alcohol	←←← Percepción de riesgo de VIH	.185	<.001
Consumo de alcohol	←←← Estigma sexual	.070	.10
Consumo de alcohol	←←← Actitud hacia el condón	-.071	<.01
Consumo de alcohol	←←← Autoeficacia para uso consistente del condón	-.057	.20

(Continúa)

Tabla 32*Relaciones entre variables, modelo 7 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Consumo de drogas	←-- Percepción de riesgo de VIH	.050	.17
Consumo de drogas	←-- Estigma sexual	.18	.01
Consumo de drogas	←-- Actitud hacia el condón	-.069	.03
Consumo de drogas	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	-.115	.04
Consumo de drogas	←-- Consumo de alcohol	.763	.04
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Percepción de riesgo de VIH	.212	<.01
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Estigma sexual	.055	.51
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Actitud hacia el condón	-.070	.05
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	.096	.15
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Consumo de alcohol	.161	.09
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Consumo de drogas	.064	.21
Intención de la conducta sexual	←-- Percepción de riesgo de VIH	-.008	.90
Intención de la conducta sexual	←-- Estigma sexual	.020	.80
Intención de la conducta sexual	←-- Actitud hacia el condón	.063	.07
Intención de la conducta sexual	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	-.019	.75
Intención de la conducta sexual	←-- Consumo de alcohol	.070	.42
Intención de la conducta sexual	←-- Consumo de drogas	-.030	.60
Intención de la conducta sexual	←-- Uso de plataformas digitales para citas	.060	.17
Negociación para uso del condón	←-- Percepción de riesgo de VIH	-.300	.02
Negociación para uso del condón	←-- Estigma sexual	.486	<.01
Negociación para uso del condón	←-- Actitud hacia el condón	-.193	<.01
Negociación para uso del condón	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	.061	.61
Negociación para uso del condón	←-- Consumo de alcohol	-.012	.94

(Continúa)

Tabla 32*Relaciones entre variables, modelo 7 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Negociación para uso del condón	←←← Consumo de drogas	.063	.57
Negociación para uso del condón	←←← Uso de plataformas digitales para citas	-.002	.98
Negociación para uso del condón	←←← Intención de la conducta sexual	.308	<.01
Habilidad sobre uso del condón	←←← Percepción de riesgo de VIH	.048	.53
Habilidad sobre uso del condón	←←← Estigma sexual	.085	.32
Habilidad sobre uso del condón	←←← Actitud hacia el condón	-.025	.53
Habilidad sobre uso del condón	←←← Autoeficacia para uso consistente del condón	-.012	.86
Habilidad sobre uso del condón	←←← Consumo de alcohol	.162	.09
Habilidad sobre uso del condón	←←← Consumo de drogas	-.072	.25
Habilidad sobre uso del condón	←←← Uso de plataformas digitales para citas	.076	.12
Habilidad sobre uso del condón	←←← Intención de la conducta sexual	-.122	.02
Habilidad sobre uso del condón	←←← Negociación para uso del condón	.029	.31
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Percepción de riesgo de VIH	.167	<.01
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Estigma sexual	.089	.22
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Actitud hacia el condón	-.088	<.01
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Autoeficacia para uso consistente del condón	.128	.02
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Consumo de alcohol	-.058	.48
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Consumo de drogas	.007	.88
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Uso de plataformas digitales para citas	.093	.02
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Intención de la conducta sexual	-.132	.06
Búsqueda de sensaciones sexuales	←←← Negociación para uso del condón	.029	.31

(Continúa)

Tabla 32*Relaciones entre variables, modelo 7 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Búsqueda de sensaciones sexuales	← -- Habilidad sobre uso del condón	-.073	.08

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 33 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre las creencias y los factores proximales.

Tabla 33*Modelo 7: Creencias y Factores proximales*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Percepción de riesgo de VIH	SPR2	.69	.48
	SPR3	.83	.68
	SPR4	.79	.62
	SPR5	.75	.56
Estigma sexual	SEP1	.71	.50
	SEP2	.77	.59
	SEP3	.83	.68
Actitud hacia el condón	SPAC1	.89	.79
	SPAC2	.82	.67
	SPAC5	.83	.69
Autoeficacia para uso consistente del condón	SUCC1	.64	.42
	SUCC2	.97	.94
	SUCC3	.84	.71
Consumo de alcohol	ISCS1	.80	.64
	ISCS2	.92	.84
	ISCS3	.83	.68
	ISCS4	.85	.72
Consumo de drogas	ISCS5	.89	.79
	ISCS6	.93	.86
Intención de la conducta sexual	MCS1	.93	.86
	MCS2	.94	.89
	MCS3	.86	.74
Negociación sobre uso del condón	SACEN2	.53	.53
	SACEN3	.97	.97
	SACEN4	.51	.51
Habilidad sobre uso del condón	EPEUC1	.92	.85
	EPEUC2	.94	.87
	EPEUC3	.96	.91
	EPEUC4	.91	.82

(Continúa)

Tabla 33*Modelo 7: Creencias y Factores proximales*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS1	.82	.67
	EBSS2	.87	.76
	EBSS3	.82	.68
	EBSS4	.68	.46

Nota. R²=Correlación múltiple cuadrada.

En relación con los efectos directos, el presente modelo identificó que la percepción de riesgo de VIH tiene un efecto directo y positivo sobre el consumo de alcohol ($\lambda = .19, p < .01$), la búsqueda de sensaciones sexuales ($\lambda = .18, p < .01$), uso de plataformas digitales para citas ($\lambda = .19, p < .01$) y la conducta sexual ($\lambda = .11, p < .05$). Así mismo, se identificó una relación directa pero negativa con la negociación para uso del condón ($\lambda = -.26, p < .01$). Respecto al estigma sexual se evidencio un efecto directo y positivo sobre el consumo de alcohol ($\lambda = .07, p < .05$), el consumo de drogas ($\lambda = .18, p < .01$), la negociación para uso del condón ($\lambda = .52, p < .01$), la habilidad sobre el uso del condón ($\lambda = .10, p < .05$) y la búsqueda de sensaciones sexuales ($\lambda = .09, p < .05$).

Con relación a la actitud hacia el condón se identificó un efecto positivo sobre el consumo de drogas ($\lambda = .07, p < .07$). Así mismo, se presentaron efectos negativos hacia el consumo de alcohol ($\lambda = -.07, p < .05$), uso de plataformas digitales para citas ($\lambda = -.06, p < .05$), negociación para uso del condón ($\lambda = -.19, p < .01$) y búsqueda de sensaciones sexuales ($\lambda = -.09, p < .05$). Por otro lado, la autoeficacia para uso consistente del condón evidencio efecto sobre el uso de plataformas digitales para citas ($\lambda = .09, p < .05$), la búsqueda de sensaciones sexuales ($\lambda = .14, p < .05$) y la conducta sexual ($\lambda = .07, p < .05$). En este sentido se identificó efecto negativo hacia el consumo de alcohol ($\lambda = -.06, p < .05$) y también al consumo de drogas ($\lambda = -.11, p < .05$).

Todos los efectos directos e indirectos se reportaron en la Tabla 34, para el modelo final no se consideraron aquellos menores a .05 dada su bajo efecto sobre la otra variable.

Tabla 34*Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras*

		Directo	Indirecto	Total
Percepción de riesgo de VIH	Consumo de alcohol	.21**	-.02	.19**
	Consumo de drogas	.04	.09*	.13*
	Uso de plataformas digitales para citas	.14**	.04	.18**
	Intención de la conducta sexual	-.02	.02	.00
Percepción de riesgo de VIH	Negociación para uso del condón	-.11*	-.01	-.12*
	Habilidad sobre uso del condón	.02	.01	.04
	Búsqueda de sensaciones sexuales	.16**	.01	.17**
	Consumo de alcohol	.07	.07	.14**
Estigma sexual	Consumo de drogas	.12*	.06	.18**
	Uso de plataformas digitales para citas	.04	.08*	.12*
	Intención de la conducta sexual	.01	-.01	.00
	Negociación para uso del condón	.19**	-	.19**
	Habilidad sobre uso del condón	.06	.02	.06
	Búsqueda de sensaciones sexuales	.07	.06	.13**

(Continúa)

Tabla 34*Efecto directo, indirecto y total de las variables predictoras (Continuación)*

		Directo	Indirecto	Total	
Actitud hacia el condón	Consumo de alcohol	-.15**	-	-.15**	
	Consumo de drogas	.09*	-.07	.02	
	Uso de plataformas digitales para citas	-.08*	-.03	-.11*	
	Intención de la conducta sexual	.04	-.04	-	
	Negociación para uso del condón	-.15**	-	-.15**	
	Habilidad sobre uso del condón	-.01	-.04	-.02	
	Búsqueda de sensaciones sexuales	-.15**	.01	-.15**	
	Autoeficacia para uso consistente del condón	Consumo de alcohol	-.06	-.01	-.07
		Consumo de drogas	-.08*	-.02	-.10*
Uso de plataformas digitales para citas		.09*	-.01	.08*	
Intención de la conducta sexual		-.02	.02	.00	
Negociación para uso del condón		.02	-.02	.00	
Habilidad sobre uso del condón		-.02	.02	.00	
Búsqueda de sensaciones sexuales		.12**	.03	.12**	

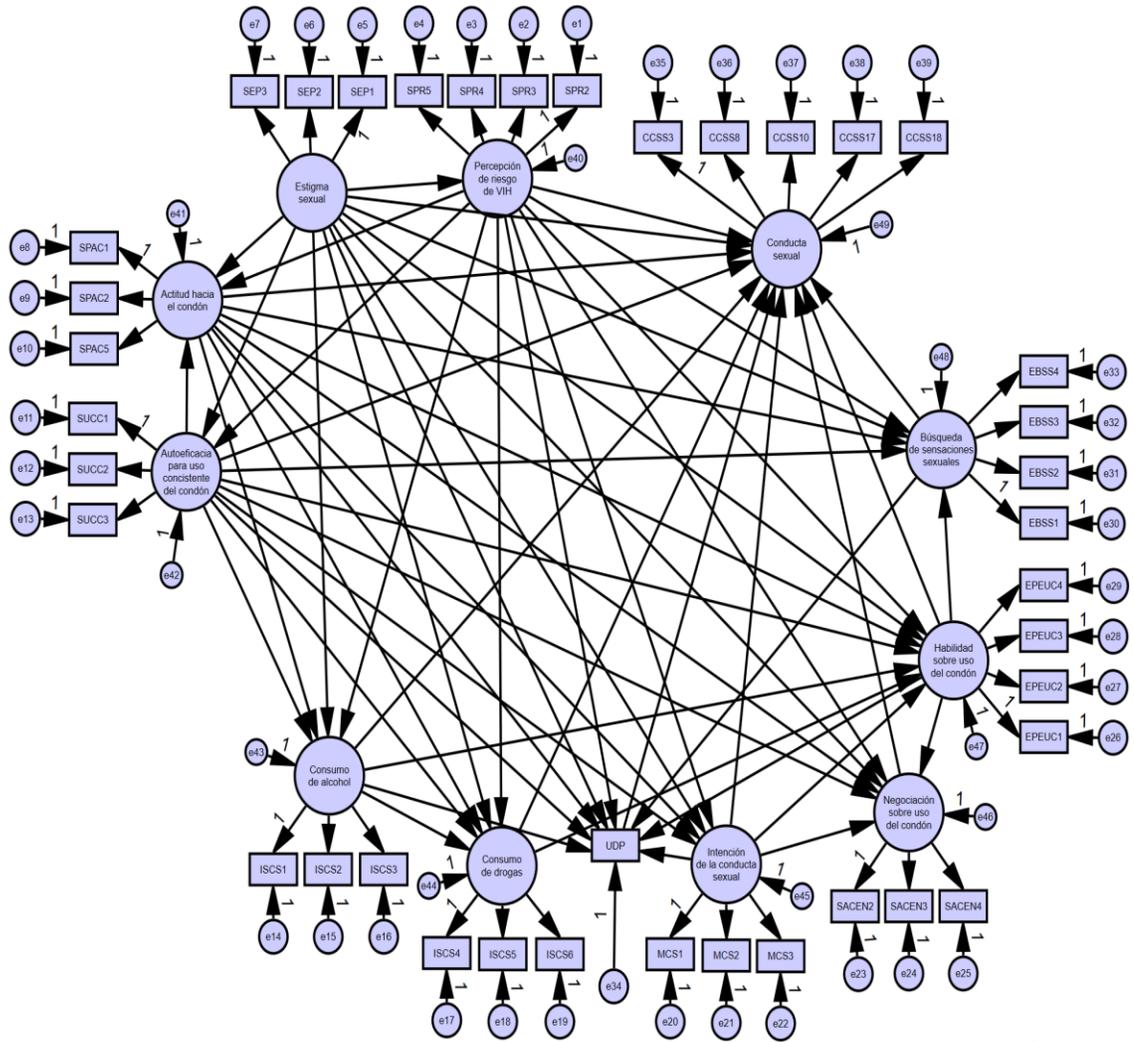
Nota. **= $p < .01$, * = $p < .05$.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se acepta la Hipótesis 7. Sin embargo, es importante señalar que no todas las variables presentaron una relación significativa

entre sí. A pesar de esto, se identificaron relaciones tanto directas como indirectas entre los diferentes grupos de variables.

Figura 18

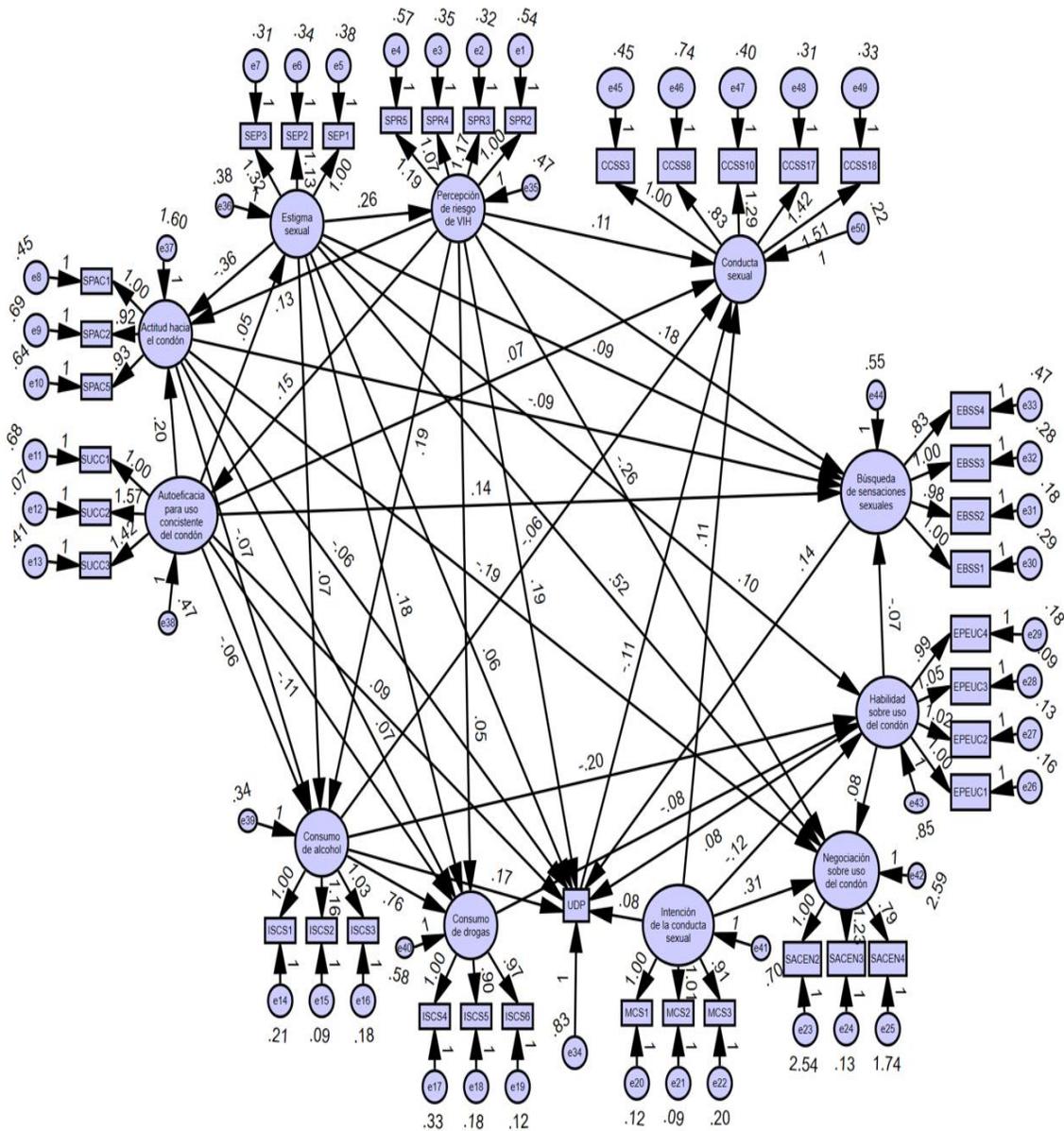
Modelo 7 inicial, Creencias, factores proximales y conducta sexual



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 19

Modelo 7 Final, Factores psicosociales y conducta sexual



Nota. El modelo evidencio lo siguiente $\chi^2_{(661)}=1244.02$, $p<.001$, $\chi^2/gf=1.88$, $CFI=.95$, $GFI=.90$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 8. Existe relación entre el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales.

De acuerdo con la hipótesis 8, se buscó la relación entre las variables proximales del modelo, para ello se construyó un MEE. De acuerdo con los resultados se identificó que el consumo de alcohol influye sobre el consumo de drogas, el uso de plataformas digitales para citas y la habilidad sobre uso del condón. Así mismo, se encontró relación entre la intención de la conducta sexual con la negociación sobre el uso del condón y la habilidad sobre uso del condón. De igual manera, la búsqueda de sensaciones sexuales se correlacionó con el uso de plataformas digitales para citas (Tabla 35).

Tabla 35

Relaciones entre variables, modelo 8 (inicial)

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Consumo de drogas	←-- Consumo de alcohol	.780	<.001
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Consumo de alcohol	.225	.01
Negociación sobre uso del condón	←-- Consumo de alcohol	.027	.84
Habilidad sobre uso del condón	←-- Consumo de alcohol	.206	.02
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Consumo de drogas	.011	.86
Negociación sobre uso del condón	←-- Consumo de drogas	.043	.63
Habilidad sobre uso del condón	←-- Consumo de drogas	-.064	.30
Consumo de alcohol	←-- Intención de la conducta sexual	.018	.63

(Continúa)

Tabla 35*Relaciones entre variables, modelo 8 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Consumo de drogas	←-- Intención de la conducta sexual	-.015	.75
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Intención de la conducta sexual	.070	.20
Negociación sobre uso del condón	←-- Intención de la conducta sexual	.235	<.001
Habilidad sobre uso del condón	←-- Intención de la conducta sexual	-.121	.02
Búsqueda de sensaciones sexuales	←-- Intención de la conducta sexual	.005	.91
Negociación sobre uso del condón	←-- Habilidad sobre uso del condón	.085	.24
Uso de plataformas digitales para citas	←-- Búsqueda de sensaciones sexuales	.208	<.001

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 36 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores proximales.

Tabla 36*Modelo 8: Factores proximales y conducta sexual*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Consumo de sustancias en las relaciones sexuales	ISCS1	.80	.64
	ISCS2	.92	.84
	ISCS3	.83	.68
	ISCS4	.85	.72
	ISCS5	.89	.79
	ISCS6	.93	.86
Uso de plataformas digitales para citas	UPD	1.00	.06

(Continúa)

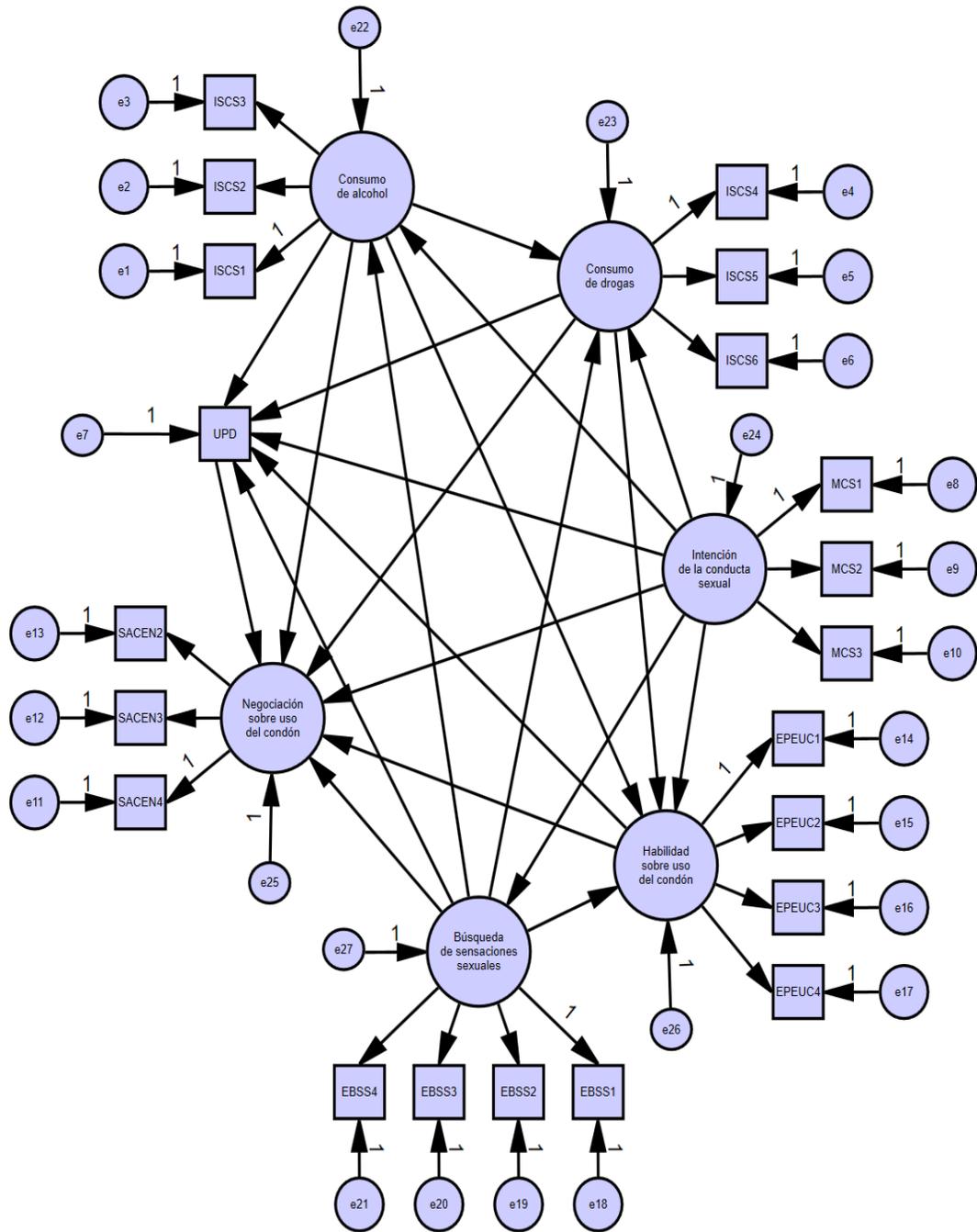
Tabla 36*Modelo 8: Factores proximales y conducta sexual (Continuación)*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
	MCS1	.93	.86
Intención de la conducta sexual	MCS2	.94	.89
	MCS3	.86	.74
Negociación sobre uso del condón	SACEN2	.74	.55
	SACEN3	.97	.94
	SACEN4	.72	.52
Habilidad sobre uso del condón	EPEUC1	.92	.85
	EPEUC2	.93	.87
	EPEUC3	.96	.91
	EPEUC4	.91	.82
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS1	.81	.66
	EBSS2	.88	.77
	EBSS3	.82	.68
	EBSS4	.68	.46

Nota: R^2 =Correlación múltiple cuadrada

Figura 20

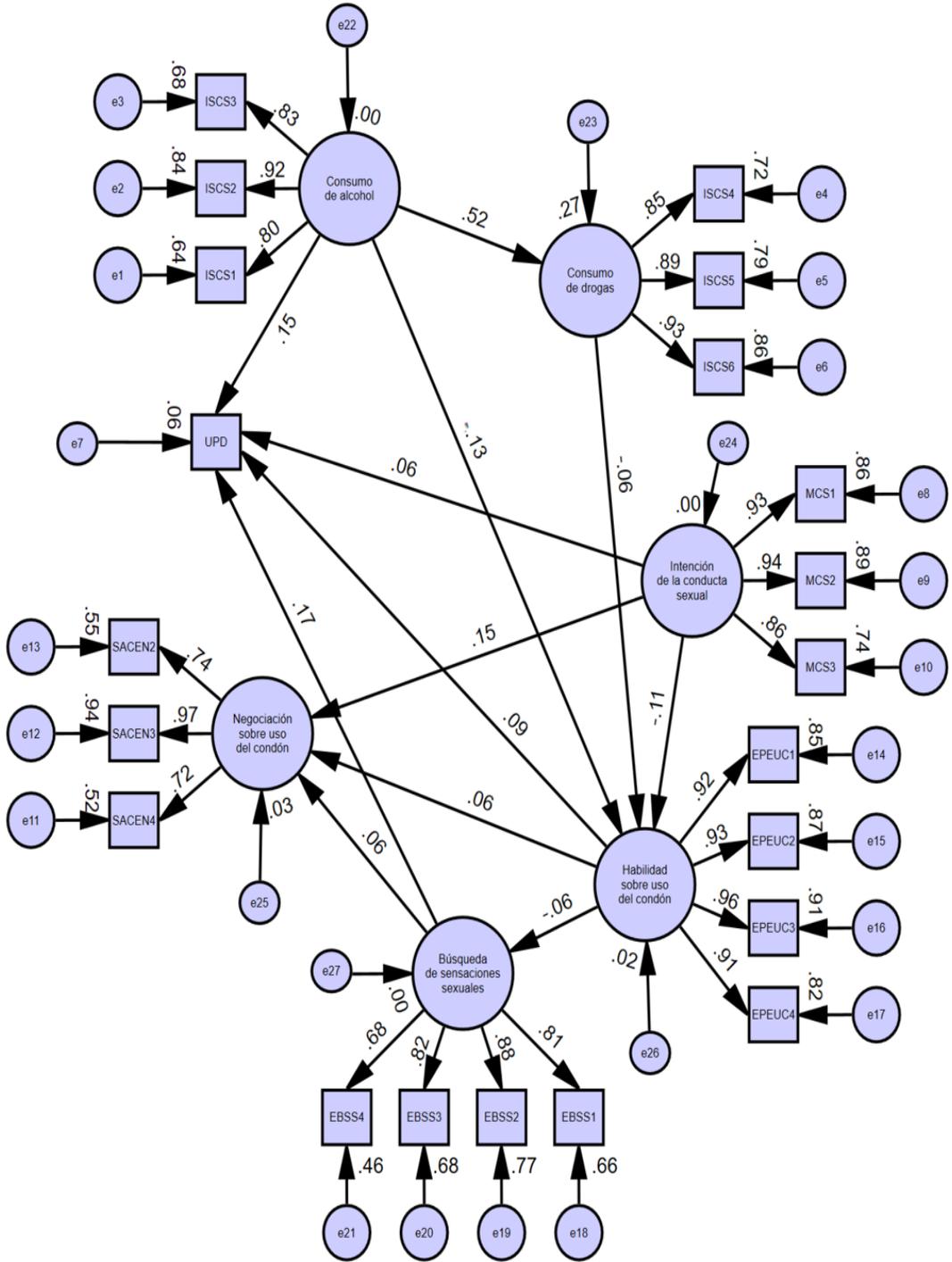
Modelo 8 inicial, Factores proximales



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 21

Modelo 8 Final, Factores proximales.



Nota. El modelo evidencio lo siguiente $\chi^2_{(173)}=374.10, p<.01, \chi^2/gl=2.01, CFI=.97, GFI=.93, RMSEA=.05, SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

Hipótesis 9. El consumo de sustancias en las relaciones sexuales, el uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales influyen en la conducta sexual.

Para dar respuesta a la hipótesis 9, se diseñó un MEE relacionando las variables proximales del modelo a la conducta sexual. Los resultados evidenciaron que el consumo de alcohol, la intención de la conducta sexual, la negociación sobre uso del condón, la habilidad sobre uso del condón y la búsqueda de sensaciones sexuales influyen directamente sobre la conducta sexual (Tabla 37).

Tabla 37

Relaciones entre variables, modelo 9 (inicial)

	VARIABLES	ESTIMACIÓN	<i>p</i>
Conducta sexual	←←← Consumo de alcohol	-.071	<.01
Conducta sexual	←←← Consumo de drogas	.046	.27
Conducta sexual	←←← Uso de plataformas digitales para citas	-.174	.06
Conducta sexual	←←← Intención de la conducta sexual	.296	<.01
Conducta sexual	←←← Negociación sobre uso del condón	.016	.02
Conducta sexual	←←← Habilidad sobre uso del condón	-.014	.02
Conducta sexual	←←← Búsqueda de sensaciones sexuales	.055	<.01

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 38 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores proximales y la conducta sexual.

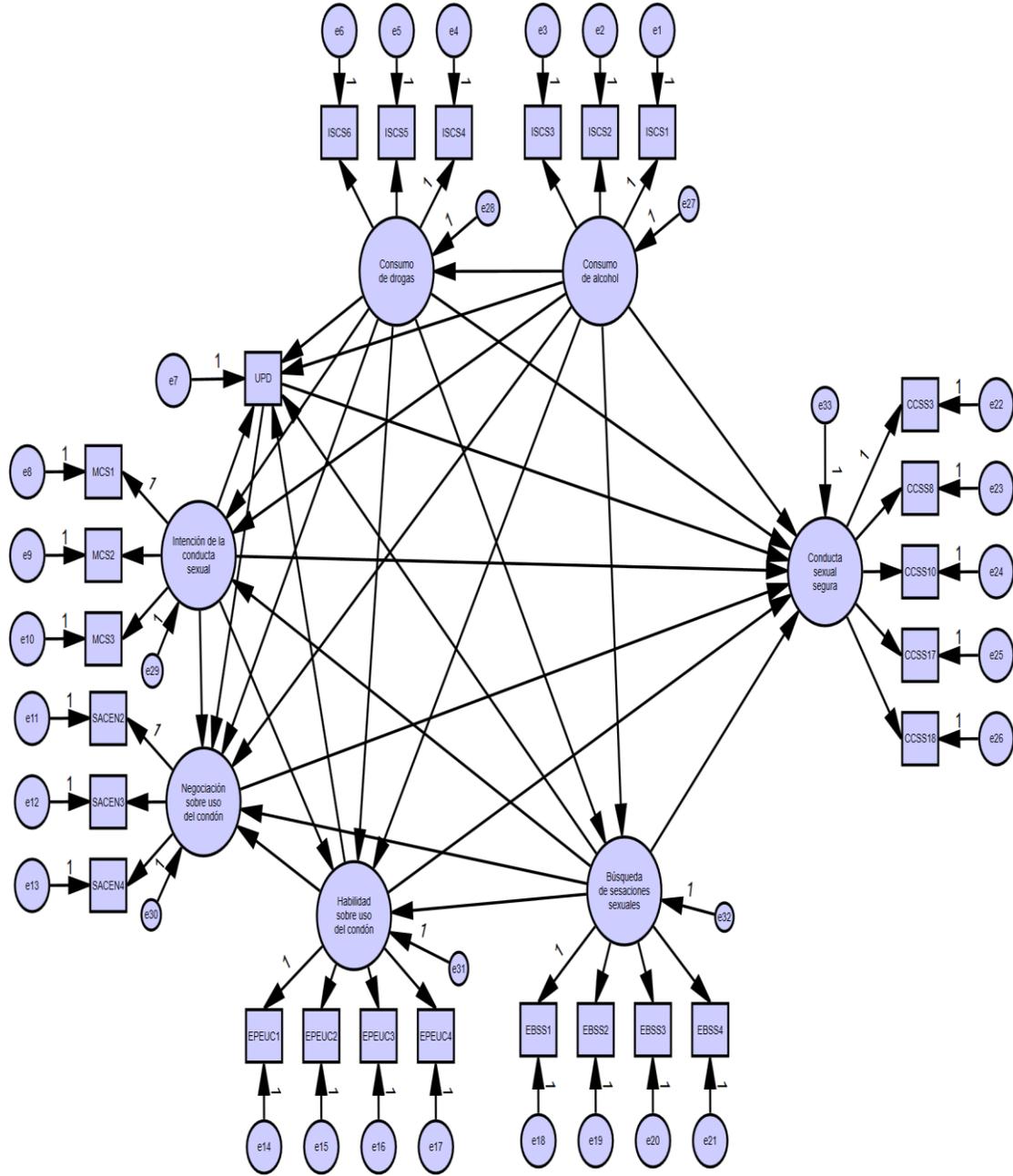
Tabla 38*Modelo 9: Factores proximales y conducta sexual*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Consumo de sustancias en las relaciones sexuales	ISCS1	.80	.64
	ISCS2	.92	.84
	ISCS3	.83	.68
	ISCS4	.85	.72
	ISCS5	.89	.79
	ISCS6	.93	.86
Uso de plataformas digitales para citas	UPD	1.00	.06
Intención de la conducta sexual	MCS1	.93	.86
	MCS2	.94	.89
	MCS3	.86	.74
Negociación sobre uso del condón	SACEN2	.74	.55
	SACEN3	.97	.94
	SACEN4	.72	.52
Habilidad sobre uso del condón	EPEUC1	.92	.85
	EPEUC2	.93	.87
	EPEUC3	.96	.91
	EPEUC4	.91	.82
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS1	.81	.66
	EBSS2	.88	.77
	EBSS3	.82	.68
	EBSS4	.68	.46
Conducta sexual	CCSS3	.59	.35
	CCSS8	.43	.19
	CCSS10	.71	.51
	CCSS17	.79	.62
	CCSS18	.79	.63

Nota. R²=Correlación múltiple cuadrada.

Figura 22

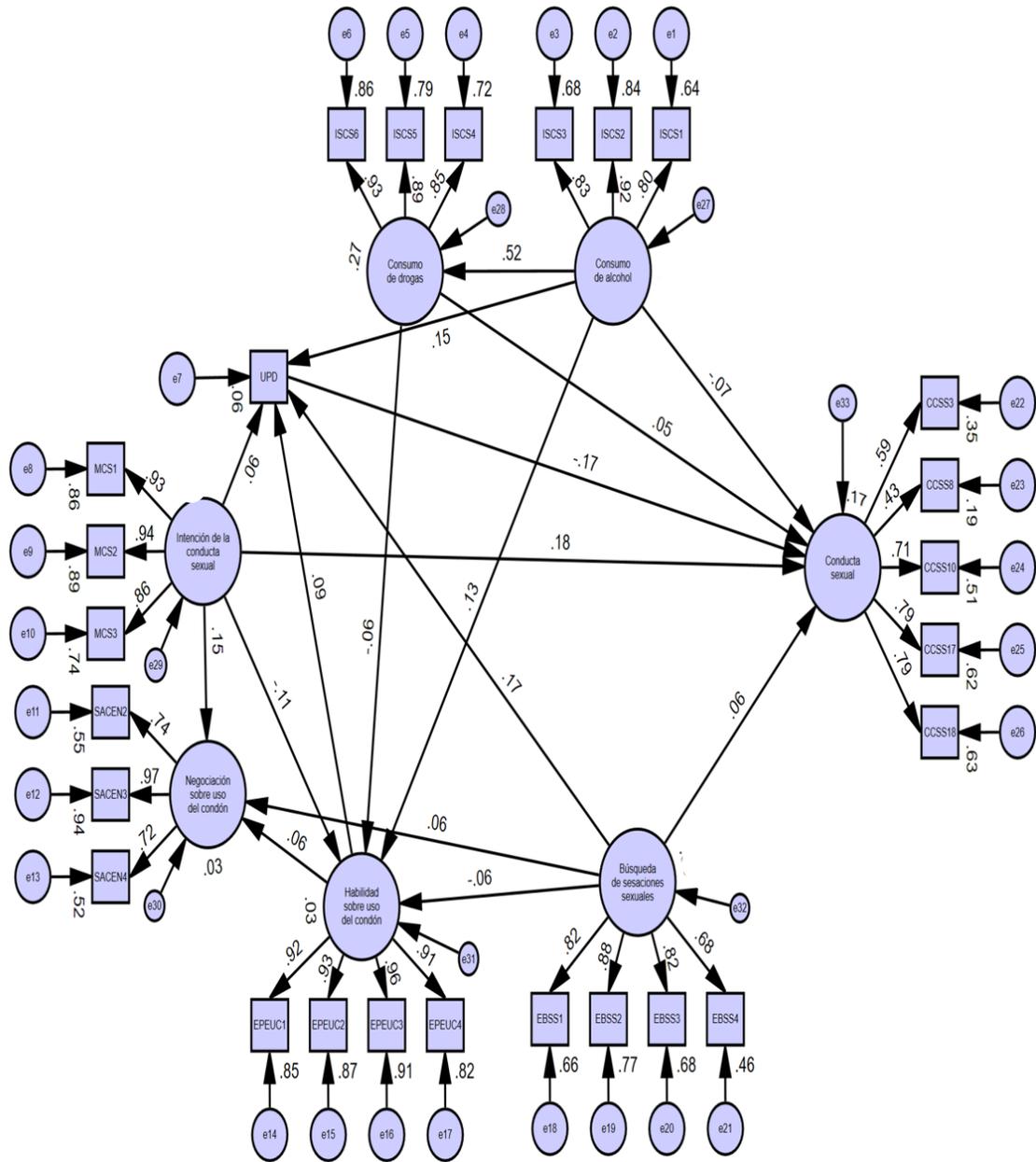
Modelo 9 inicial, Factores proximales y conducta sexual



Nota. Modelo estructurado con todas las relaciones posibles entre las variables.

Figura 23.

Modelo 9 Final, Factores proximales y conducta sexual



Nota. Se identificaron los siguientes resultados del modelo 9., $\chi^2_{(283)}=545.30$, $p<.001$, $\chi^2/df=1.92$, $CFI=.96$, $GFI=.91$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable.

En relación con el objetivo específico 3: Evaluar a través de ecuaciones estructurales las interrelaciones y efectos directos e indirectos de los factores psicosociales, creencias y factores proximales obtenidos en el modelo cualitativo de conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres con obesidad.

Para responder a este objetivo se consideraron los elementos específicos de cada modelo previamente presentado. Posterior a la presentación de los modelos individuales se ejemplifico el modelo teórico, el cual retoma solo las variables significativas de los modelos previos descritos en cada hipótesis con el objetivo de concretar el modelo final. A continuación, se presenta el modelo final, el cual posteriormente se reafirmó e íntegro solo los efectos más significativos.

De acuerdo con lo propuesto en el objetivo, primeramente, se buscó identificar las relaciones entre variables considerando todas las variables del modelo incluidas. Respecto a esto se identificó que la autopercepción de grasa corporal, el apoyo social, la percepción de riesgo de VIH, el estigma sexual, la autoeficacia para uso consistente del condón, el consumo de alcohol, el consumo de drogas, uso de plataformas digitales para citas, la intención de la conducta sexual y la habilidad sobre el uso del condón influyen directamente sobre la conducta sexual (Tabla 39).

Tabla 39

Relaciones entre variables, modelo 10 (inicial)

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Conducta sexual	←-- Depresión sexual	.084	.11
Conducta sexual	←-- Autopercepción de grasa corporal	-.057	.03
Conducta sexual	←-- Apoyo social	.065	.04
Conducta sexual	←-- Percepción de riesgo de VIH	-.130	.03
Conducta sexual	←-- Estigma sexual	-.013	.05
Conducta sexual	←-- Actitud hacia el condón	.061	.07
Conducta sexual	←-- Autoeficacia para uso consistente del condón	.086	.04
Conducta sexual	←-- Consumo de alcohol	-.079	.03
Conducta sexual	←-- Consumo de drogas	.051	.05

(Continúa)

Tabla 39*Relaciones entre variables, modelo 10 (inicial) (Continuación)*

	Variables	Estimación	<i>p</i>
Conducta sexual	←-- Uso de plataformas digitales para citas	-.174	.04
Conducta sexual	←-- Intención de la conducta sexual	.209	<.01
Conducta sexual	←-- Negociación sobre uso del condón	.037	.09
Conducta sexual	←-- Habilidad sobre uso del condón	-.020	.05
Conducta sexual	←-- Búsqueda de sensaciones sexuales	.024	.06

Nota. *p*= Valor de significancia.

En la Tabla 40 se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada variable observable, así como el coeficiente R^2 correspondiente a cada relación entre los factores psicosociales, las creencias, los factores proximales y la conducta sexual.

Tabla 40*Modelo 10: Factores psicosociales y conducta sexual*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R^2
Depresión sexual	SDS1	.76	.58
	SDS3	.85	.72
	SDS4	.75	.57
	SDS7	.67	.45
Autopercepción de grasa corporal	SGC1	.62	.39
	SGC3	.76	.58
	SGC4	.71	.50
	SGC5	.60	.37
	SGC7	.55	.31
Apoyo social	SAS1	.86	.75
	SAS2	.92	.86
	SAS3	.82	.67
Percepción de riesgo de VIH	SPR2	.69	.48
	SPR3	.82	.68
	SPR4	.78	.61
	SPR5	.74	.56
	SEP1	.70	.50
Estigma sexual	SEP2	.76	.58
	SEP3	.82	.68

(Continúa)

Tabla 40*Modelo 10: Factores psicosociales y conducta sexual*

Constructo	Variable Observable	Carga factorial	R ²
Actitud hacia el condón	SPAC1	.89	.79
	SPAC2	.81	.66
	SPAC5	.83	.69
Autoeficacia para uso consistente del condón	SUCC1	.64	.41
	SUCC2	.97	.94
	SUCC3	.83	.70
Consumo de alcohol	ISCSA1	.80	.64
	ISCSA2	.91	.84
	ISCSA3	.83	.68
Consumo de drogas	ISCSD4	.84	.71
	ISCSD5	.88	.78
	ISCSD6	.93	.87
Uso de plataformas digitales para citas	UPD	1.00	.08
Intención de la conducta sexual	MCS1	.92	.86
	MCS2	.94	.89
	MCS3	.86	.74
Negociación sobre uso del condón	SACEN2	.73	.54
	SACEN3	.97	.95
	SACEN4	.71	.51
Habilidad sobre uso del condón	EPEUC1	.92	.84
	EPEUC2	.93	.87
	EPEUC3	.95	.91
	EPEUC4	.90	.82
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS1	.81	.67
	EBSS2	.86	.75
	EBSS3	.82	.68
	EBSS4	.68	.46
Conducta sexual	CCSS3	.59	.34
	CCSS8	.43	.18
	CCSS10	.71	.51
	CCSS17	.78	.61
	CCSS18	.79	.63

Nota. R²=Correlación múltiple cuadrada.

De acuerdo con los efectos identificados en el modelo se determinó que la depresión sexual ($\lambda=.08$, $p<.05$), el apoyo social ($\lambda=.08$, $p<.05$), la percepción de riesgo de VIH ($\lambda=.15$, $p<.01$), la actitud hacia el condón ($\lambda=.06$, $p<.05$), la autoeficacia para uso

consistente del condón ($\lambda=.09, p<.05$) y la intención de la conducta sexual ($\lambda=.18, p<.01$) tienen un efecto directo y positivo sobre la conducta sexual. Así mismo se identificó que la autopercepción de grasa corporal ($\lambda= -.07, p<.05$), el consumo de alcohol ($\lambda= -.08, p<.05$), el consumo de drogas ($\lambda= -.05, p<.05$) y el uso de plataformas digitales para citas ($\lambda= -.20, p<.01$) tienen un efecto directo pero negativo hacia la conducta sexual. Se identificaron efectos indirectos positivos y negativos de baja significancia con algunas variables (Tabla 41).

Tabla 41

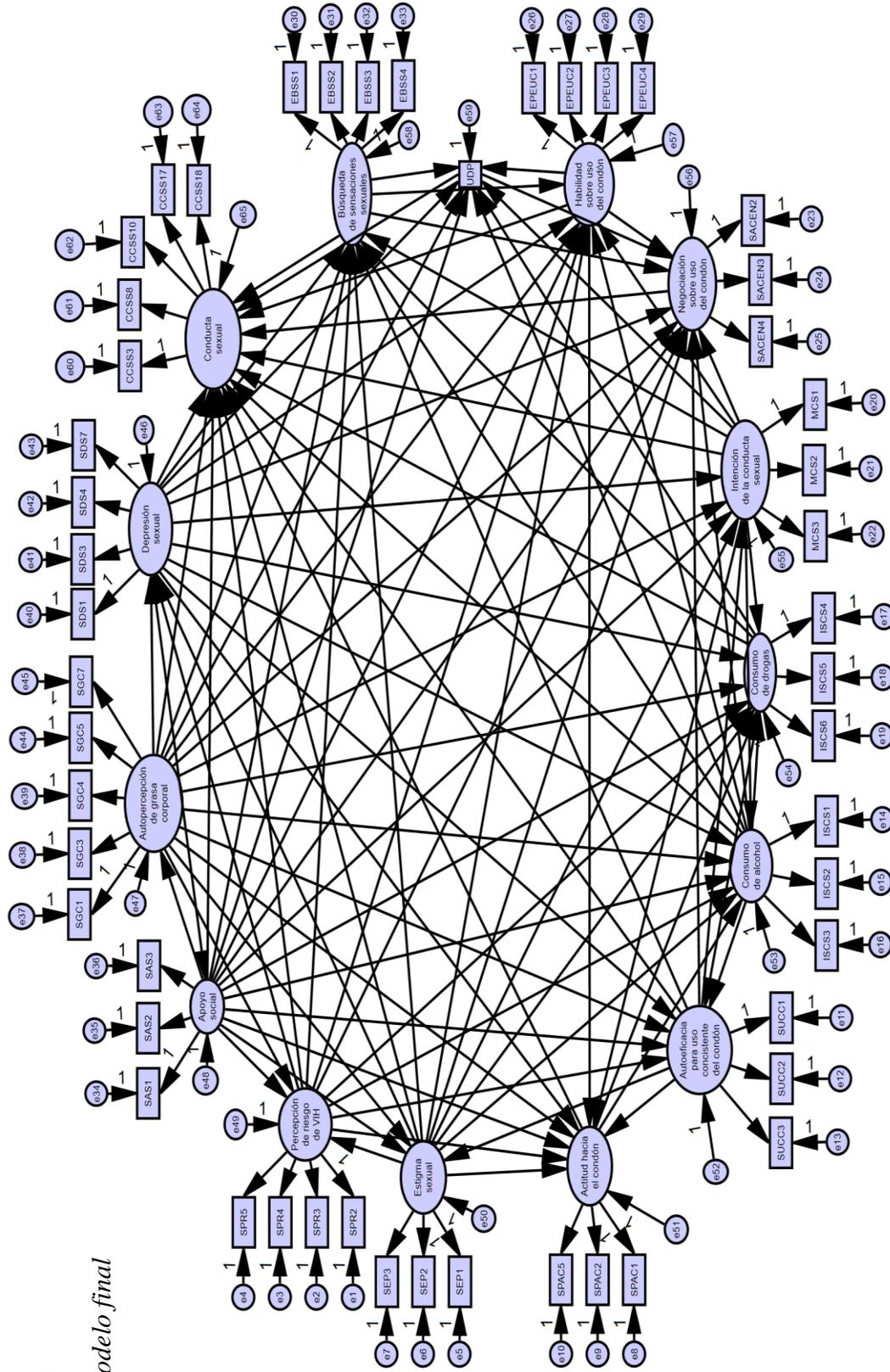
Efecto directo, indirecto y total de las variables del modelo

		Directo	Indirecto	Total
Conducta sexual	Depresión sexual	.08*	-.01	.07*
Conducta sexual	Autopercepción de grasa corporal	-.07	-.02	-.09*
Conducta sexual	Apoyo social	.08*	-	.08*
Conducta sexual	Percepción de riesgo de VIH	.15**	-	.15**
Conducta sexual	Estigma sexual	-.01	.02	.01
Conducta sexual	Actitud hacia el condón	.06	.01	.07
Conducta sexual	Autoeficacia para uso consistente del condón	.09*	-	.09*
Conducta sexual	Consumo de alcohol	-.08*	-.01	-.09*
Conducta sexual	Consumo de drogas	.05	-	.05
Conducta sexual	Uso de plataformas digitales para citas	-.20**	-	-.20**
Conducta sexual	Intención de la conducta sexual	.18**	-	.18**
Conducta sexual	Negociación sobre uso del condón	.03	-	.03
Conducta sexual	Habilidad sobre uso del condón	-.02	-.02	-.04
Conducta sexual	Búsqueda de sensaciones sexuales	.02	-.03	-.01

Nota. **= $p<.01$, * = $p<.05$.

Figura 24

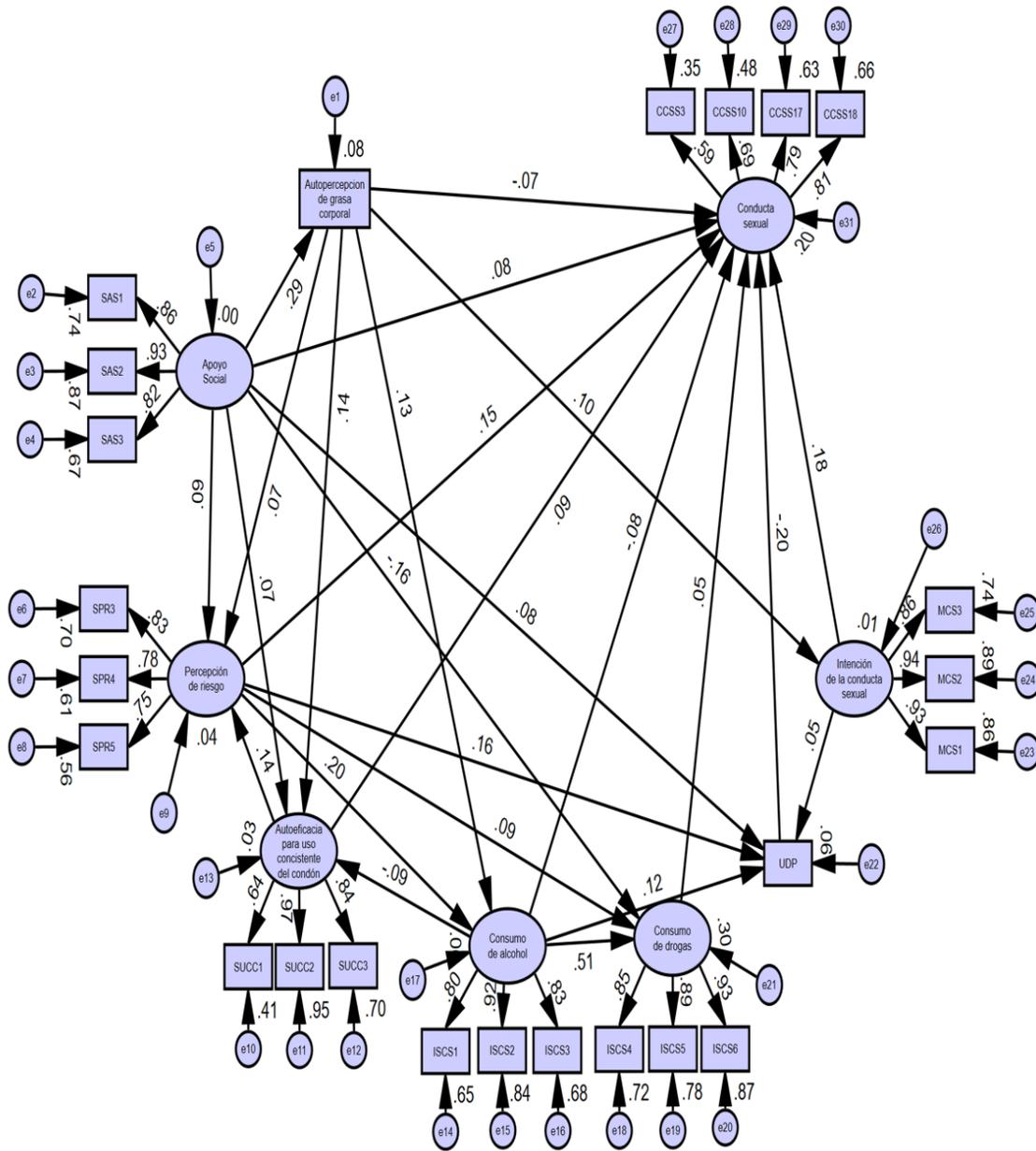
Primer modelo final



Nota. Modelo de Conducta sexual en Hombres que tienen Sexo con Hombres con Obesidad. ($\chi^2=2040.48$, $P<.001$, $\chi^2/g/1=1.92$, $CFI=.93$, $GFI=.90$, $RMSEA=.05$, $SMR=.70$, $CMIN=1.80$, refiriendo un ajuste aceptable.

Figura 25

Modelo final propuesto

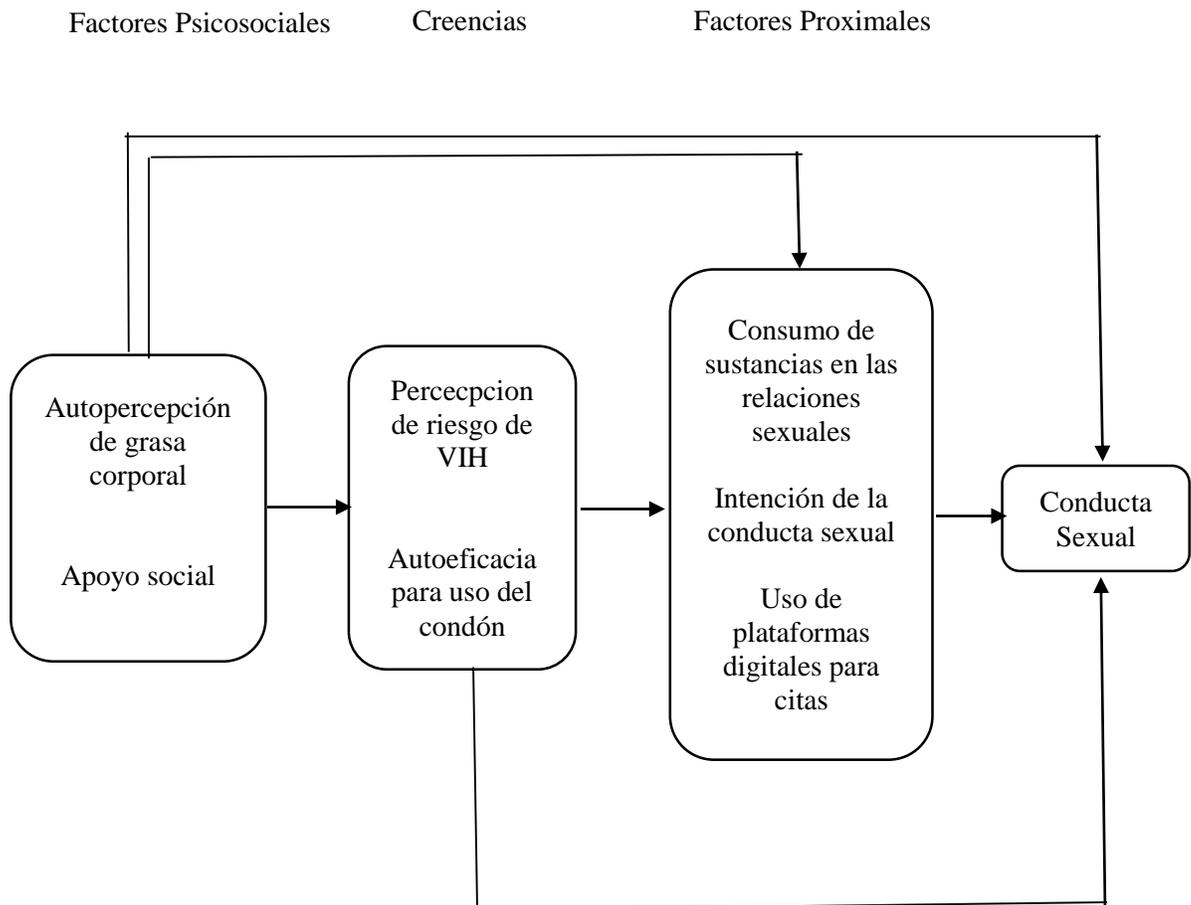


Nota. Modelo de Conducta sexual en Hombres que tienen Sexo con Hombres con Obesidad. ($\chi^2_{(283)}=441.48, p<.001, \chi^2/gl=1.92, CFI=.97, GFI=.95, RMSEA=.05, SRMR=.04$, refiriendo un ajuste aceptable).

De acuerdo con lo propuesto en el modelo de ecuaciones estructurales, se eliminaron las relaciones que presentaron una carga menos significativa entre las relaciones, ajustando los elementos del modelo para lograr la significancia estadística y reduciendo el número de variables para obtener un modelo más refinado y ajustado estadísticamente. El cual se presenta a continuación.

Figura 26

Modelo final de Conducta Sexual en “Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” con obesidad



Nota. Elementos finales del modelo.

DISCUSIÓN

El presente Capítulo se discuten los resultados encontrados, los cuales son contrastados y explicados con estudios previos que apoyan o difieren de los resultados de este estudio. Posteriormente se presentan las conclusiones, recomendaciones y limitaciones para investigaciones subsecuentes. A continuación, los resultados obtenidos fueron categorizados de acuerdo con las características psicosociales, y de sexualidad, las hipótesis resultantes y el objetivo general.

De acuerdo con las características sexuales se identificó que de acuerdo con la práctica sexual ejercida el rol más desempeñado fue el receptivo con parejas estables y ocasionales. Esto puede explicarse por la existencia de múltiples factores que influyen en la cuestión sexual, como la pérdida de deseo, la disfunción eréctil y el deterioro de la calidad de las relaciones sexuales. En este sentido, estas situaciones pueden afectar la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales. Lo cual ha influido en el comportamiento de los mismos por lo que al momento de un contacto sexual puedan ceder a ejercer el rol especificado por miedo a perder un contacto, así mismo, la obesidad parece afectar las relaciones sexuales por lo que se puede tener la tendencia a buscar interacción con otras parejas sexuales (Guadarrama, et al., 2022; Ortiz, 2023).

Lo anteriormente descrito coincide con Jiménez-Vázquez et al. (2018) quienes realizaron un estudio en HSH identificando que aquellos participantes que se sentían insatisfechos con su imagen corporal solían desarrollar mayores prácticas de sexo sin condón y buscar experimentar sensaciones sexuales. Por otro lado, Benavides-Meriño (2016) identificó que la imagen corporal es un componente clave en el rol sexual, esto permitiendo que pueda existir una elevada actividad y hasta cierto grado morboso y promiscuo dando un performance altamente erótico. Manifestando atracción inconsciente a expresiones afectivas que pueden llegar a consumarse en encuentros físicos con múltiples personas.

De acuerdo con la relación entre las variables Para la parte cualitativa se identificaron ocho categorías, lo que posteriormente permitió responder al objetivo específico 1, establecer relación entre las variables resultante de las categorías desarrolladas a partir de la exploración cualitativa. Las categorías propuestas permitieron obtener una descripción de los factores que están relacionados con las conductas sexuales en HSH con obesidad. La primera categoría que emergió fue del estado emocional que refiere a un factor importante dado que a partir de este se pueden considerar la toma de decisiones para un comportamiento sexual (Jacques, 2015; Peltzer, 2000).

Respecto a esto, Guzmán-Saldaña et al. (2018) identificaron que los hombres homosexuales experimentan una mayor insatisfacción corporal, lo que puede alterar su percepción de sí mismos y, en muchos casos, contribuir a problemas de salud mental. Esta insatisfacción corporal a menudo está relacionada con estándares de belleza poco realistas y presiones sociales, lo que afecta su autoestima y bienestar emocional. En consecuencia, se ha observado que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos como la depresión, trastornos bipolares y ansiedad (Nyembezi, et al., 2014; Prestage, et al., 2013; Sánchez, et al., 2015; Wang, et al., 2017)..

La autopercepción corporal está estrechamente relacionada con la autovaloración que cada persona tiene sobre su cuerpo, influenciada por actitudes, creencias y percepciones. En este contexto, Cervantes-Luna et al. (2019) señalaron que muchos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) experimentan una preocupación significativa por su grasa corporal, el tamaño y la forma de sus cuerpos (Puhl, et al., 2019). Esta preocupación puede llevar a una insatisfacción con su imagen corporal. Sin embargo, cuando estos individuos perciben su cuerpo como musculoso, tienden a sentirse más motivados para aumentar su masa muscular y mejorar su composición corporal. Esta dinámica resalta cómo la percepción positiva del cuerpo puede fomentar

un enfoque más saludable hacia el ejercicio y la nutrición (Estrada-Montoya, 2014; Robles, et al., 2012).

Además observo que los participantes también mencionan la importancia de las redes de apoyo, las cuales son percibidas de manera distinta por cada individuo según su contexto personal y las fuentes cercanas de apoyo durante momentos difíciles. Estas redes pueden incluir diferentes tipos de apoyo, como emocional, en la protección sexual y social. Sin embargo, cada persona experimenta y valora estas formas de apoyo de manera única. Algunos estudios sugieren que las relaciones sociales negativas pueden actuar como mediadores en la orientación sexual y en aspectos emocionales, contribuyendo a la insatisfacción con la vida o a la depresión (Orellana, et al., 2022; Rodríguez, et al., 2017).

Además, los participantes mencionan la importancia de las redes de apoyo, las cuales son percibidas de manera diferente por cada individuo según su contexto personal y las fuentes cercanas de apoyo en momentos difíciles. Estas redes pueden incluir apoyo emocional, protección sexual y apoyo social, y cada uno de estos aspectos se experimenta de forma única. Algunos autores señalan que las relaciones sociales negativas pueden actuar como mediadores en la orientación sexual y en aspectos emocionales, contribuyendo a la insatisfacción con la vida o la depresión. Esto resalta la necesidad de considerar cómo las dinámicas de apoyo social influyen en el bienestar de los individuos y en su capacidad para mantener prácticas sexuales seguras (Orellana, et al., 2022; Rosenberg & Hovland, 1960).

Por otro lado, el uso del condón entre HSH se ve influenciado por diversos aspectos, incluyendo prácticas, actitudes, consistencia en su uso y manipulación. Se ha identificado que varios elementos pueden alterar la percepción y la efectividad del condón, especialmente en función de las creencias individuales. El conocimiento sobre el VIH y el uso del condón es fundamental, ya que estos factores influyen en cómo se percibe su necesidad y efectividad. Algunos autores subrayan que la postura de las

personas hacia el uso del condón puede determinar significativamente su comportamiento sexual (Sánchez, et al., 2022; Wilson, et al., 2014).

Respecto a la influencia social, la influencia social tiene un impacto significativo en la percepción y el bienestar de los hombres gay con obesidad, afectando tanto su autoimagen como su interacción con el entorno. Esta categoría describió de acuerdo con Méndez (2022) existen diferentes aspectos en los HSH que permite generar conflictos internos desde la aceptación, seguridad, rechazo, vergüenza. Estos conflictos no solo moldean la autopercepción, sino que también afectan las decisiones y comportamientos sociales, incluyendo las prácticas sexuales. La presión social puede intensificar la internalización de estigmas, lo que a su vez agrava problemas como la baja autoestima y el aislamiento social (Ross, et al., 2010; Ryan, et al., 2009; Sánchez, et al., 2020). Esta dinámica subraya la importancia de abordar la influencia social de manera integral, reconociendo su papel en la construcción de la identidad y la salud emocional de los HSH con obesidad, así como en sus patrones de socialización y conducta sexual (Buller, et al., 2014). En este sentido Vaquero-Cristóbal, et al. (2013), describe que el papel significativo de la apariencia física hace hincapié sobre la influencia social, aspectos como la conformidad y las relaciones intrapersonales afectan los aspectos de interacción de una persona.

Por otro lado las sensaciones sexuales, la experiencia de las sensaciones sexuales en hombres gay con obesidad puede ser profundamente afectada por una combinación de factores físicos, emocionales y sociales. Este argumento explora cómo la obesidad impacta estas sensaciones, considerando tanto los desafíos como las posibles fuentes de placer y satisfacción. De acuerdo con Molina., (2018), las sensaciones sexuales en hombres gay con obesidad están influenciadas por una combinación de factores físicos, emocionales y sociales. La autoimagen y la confianza sexual juegan un papel importante en cómo se experimenta el placer, al igual que la salud física y la respuesta emocional durante el acto sexual. Aunque la obesidad puede presentar desafíos específicos, también

existe un potencial para una experiencia sexual satisfactoria basada en la aceptación personal y el apoyo de las parejas. La clave está en reconocer la diversidad de experiencias y fomentar un entorno que permita disfrutar plenamente de las sensaciones sexuales (Nebot-García et al., 2023; Semlyen, et al., 2020).

Respecto a la influencia situacional, el consumo de sustancias en hombres gay con obesidad es un fenómeno complejo que puede ser influenciado por una variedad de factores interrelacionados, incluyendo la autoimagen, la presión social y el acceso a recursos de salud. Este argumento examina cómo la obesidad puede afectar el consumo de sustancias en esta población y qué factores contribuyen a este comportamiento. De acuerdo con Tamayo y Restrepo (2014) los HSH a menudo enfrentan desafíos significativos en relación con la autoimagen. Las normas sociales y culturales que idealizan cuerpos delgados y musculosos pueden llevar a una autoevaluación negativa. Esta insatisfacción con el propio cuerpo puede incrementar el estrés, la ansiedad y la depresión, factores que pueden contribuir al consumo de sustancias como una forma de escapar o autocompensar estas emociones (Shahar & Varda, 2020; Traeen, et al., 2014).

De acuerdo con las situaciones de riesgo sexual, La obesidad puede impactar significativamente la autoimagen y la confianza sexual de los hombres gay. Las normas sociales y los ideales de belleza que predominan en la comunidad gay a menudo idealizan cuerpos delgados y musculosos, lo que puede llevar a una autoevaluación negativa en aquellos que no se ajustan a estos estándares. Esta inseguridad puede influir en el comportamiento sexual, llevándolos a situaciones de riesgo como la búsqueda de validación a través de relaciones sexuales sin protección o el consumo de sustancias para aumentar la confianza sexual. La presión para cumplir con ciertos ideales puede llevar a una mayor propensión a involucrarse en prácticas sexuales que aumenten el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH (Alvarado, 2021; Del Fresno, 2024; Valdez, et al., 2015).

De acuerdo con Correa-Daza et al. (2020), el uso de sustancias como el alcohol y las drogas recreativas puede tener un impacto significativo en el aumento de situaciones de riesgo sexual. En ciertos contextos, estas sustancias pueden reducir las inhibiciones y llevar a decisiones que implican comportamientos sexuales de alto riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección (Corona & Ortega, 2013). Además, prácticas como el *chemsex*, que implica el uso de drogas durante el acto sexual, pueden elevar aún más el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH (William & Charly, 1999).

El modelo inicialmente planteado integraba las variables identificadas en la literatura existente, sin embargo, tras el análisis cualitativo se permitió la descripción, el entendimiento y la naturaleza de los vínculos entre la información no estructurada. Esto podría deberse a que los vínculos entre la información no estructurada son esencial para captar matices y dinámicas, proporcionando así una base sólida para el desarrollo de un modelo teórico más robusto y representativo de la realidad estudiada (Hernández & Mendoza, 2018). De acuerdo con Mella (1998) la comprensión profunda de los fenómenos sociales, priorizando la interpretación subjetiva y la interacción simbólica permite una flexibilidad que es crucial para captar la complejidad y la riqueza de las experiencias humanas y sociales, ya que la realidad social es vista como algo dinámico y construido a través de interacciones.

De acuerdo con los resultados expuestos en el apartado cualitativo se procedió a responder las hipótesis planteadas en el modelo cualitativo. En relación con la hipótesis 1, los hallazgos sugieren que el apoyo percibido por los HSH obesos puede influir en como experimenta y percibe aspectos de bienestar personal. Socialmente se ha evidenciado que comparado con los HSH de normo peso, los HSH obesos presenta algunos otros factores que afectan sus estados emocionales y psicológicos. De acuerdo con lo expuesto algunos de estos refieren presentar problemas de discriminación desde la infancia, problemas que les han generado algunos aspectos de ansiedad que

principalmente recae en el consumo de alimentos, pudiendo generar en ellos problemas en el incremento del peso (De santis, et al., 2012; Calzo, et al., 2017). Este resultado es similar a lo reportado por Ceballos et al., (2022) quienes refieren que la percepción de una red de apoyo puede funcionar como amortiguador cuando se perciben sensaciones de discriminación o aislamiento. Los resultados sugieren que el apoyo social es un factor importante que puede tener un impacto significativo en cómo se experimentan y se manejan tanto los aspectos emocionales como la autopercepción corporal. Las intervenciones que promuevan un mayor apoyo social podrían ser útiles para abordar estos problemas y mejorar el bienestar general (Castillo-Arcos & Benavides-Torres, 2012).

Así mismo se identificó que la forma en la que perciben sus cuerpos está relacionada con la depresión sexual, es decir cuando se perciben con mayor grasa corporal perciben más emociones relacionadas con sus prácticas sexuales. Estos aspectos muchas veces pueden hacer que los HSH obesos se sientan no deseados o físicamente no atractivos sexualmente. Esto puede deberse a que una autopercepción corporal negativa puede llevar a una disminución de la autoestima, lo que puede afectar negativamente la confianza sexual. Esta baja autoestima puede traducirse en sentimientos de vergüenza o incomodidad con el propio cuerpo, lo que puede contribuir a la depresión sexual. Los hombres que no se sienten atractivos o deseables pueden tener menos deseo sexual o experimentar dificultades en sus relaciones íntimas. Este resultado es similar con lo reportado por Quidley-Rodríguez y De Santis (2016) quienes mencionaron que los HSH que no perciben el estándar social de atractivo masculino pueden tener baja autoestima, así mismo esto les permite validar su existencia dentro de su grupo social.

Con relación a la hipótesis 2, los resultados sugieren que los HSH obesos pueden experimentar una disminución en la frecuencia de sus actividades sexuales, así como en la calidad de estas interacciones. Esto puede incluir una menor iniciativa para involucrarse en relaciones sexuales, dificultades para disfrutar de las mismas, o evitar

completamente el sexo debido a sentimientos de insatisfacción o frustración. Es decir, los HSH obesos pueden estar relacionando a aspectos emocionales los cuales se ven relacionados a factores externos o de pareja, los cuales se han percibido mayormente negativos como infelicidad o síntomas depresivos. La depresión sexual puede influir en la forma en que una persona se relaciona con su pareja, llevando a una menor conexión emocional e intimidad (Lisboa, 2023). Esto puede crear tensiones en la relación, que a su vez pueden impactar la conducta sexual, creando un ciclo de insatisfacción y evitación. Este hallazgo es similar a lo referido por García (2023) mencionan que los Hombres de homosexuales tienden a presentar mayores niveles de ansiedad relacionado altos niveles de inhibición sexual, nerviosismo sexual, estos mayormente relacionado con excitación sexual o curiosidad.

Respecto a la hipótesis 3 los HSH obesos perciben mayor práctica de actividades sexuales, así mismo son capaces de identificarse con algún grado de vulnerabilidad ante la exposición de contagio de enfermedades como VIH. Esto podría deberse a que aquellas personas que perciben su vida sexual como más activa pueden sentir un mayor riesgo de exposición al VIH, posiblemente afectando su comportamiento y percepción de riesgo. Este resultado coincide con lo reportado por Méndez (2022) quienes reportaron que los HSH que perciben un riesgo ligado a la subjetividad y cultura estos pueden modificar su comportamiento exponiéndose a situaciones con consecuencias negativas y no ser capaz de percibir tal situación.

Se identificó que el apoyo social está relacionado con la percepción de riesgo de VIH hacia el estigma sexual. El apoyo social puede influir en la percepción del riesgo de VIH. Las personas que cuentan con una red de apoyo que promueve la educación sexual y la adopción de prácticas sexuales seguras pueden tener una percepción más clara del riesgo y, por lo tanto, ser más propensas a adoptar comportamientos preventivos (Pérez & Pick, 2006; Prestage, et al., 2006; Raymond, et al., 2011; Reback & Larkins, 2013). Por otro lado, la falta de apoyo social o el apoyo proveniente de un entorno que

minimiza el riesgo del VIH puede llevar a una percepción reducida del riesgo y, consecuentemente, a un mayor involucramiento en conductas de riesgo (Amirkhanian, et al., 2009 Ayala, et al., 2012).

Esto sugiere que cuanto mayor sea la percepción de riesgo de VIH, mayor puede ser el estigma asociado a la sexualidad. Las personas pueden desarrollar actitudes más estigmatizantes hacia las prácticas sexuales en un intento de manejar su percepción de riesgo. Quintana (2023), refiere que las actitudes estigmatizantes tienen una profunda implicación sobre la valoración de riesgo que los HSH asignan a sus prácticas relacionadas con representaciones, situaciones o expresiones de deseo y atracción entre personas del mismo sexo, especialmente en contextos románticos o sexuales Este fenómeno influye con la negociación entre los deseos sexuales y las exigencias del entorno, a menudo en un contexto de desinformación o al centrarse únicamente en características físicas (Appleby, et al., 2005; Eisenberg, et al., 2020).

Los resultados sugieren que a mayor estigma percibido menor es la actitud hacia el condón. Esto pudiera deberse a que el estigma puede llevar a la vergüenza o a la culpa relacionada con la sexualidad, lo que puede desalentar a las personas de usar condones. Si el uso de condones es visto negativamente en el contexto de un estigma sexual, las personas pueden evitar usarlos para no ser juzgadas o estigmatizadas (Antezana, 2007; Esquivel-Rubio, et al., 2021). Lo que sugiere que los HSH obesos perciben experiencias sexuales que podrían bloquear su percepción a la actitud de utilizar un condón.

Esto coincide con lo referido por Tucker et al. (2013), ellos refieren que el estigma sexual se relaciona hacia las acciones que otros desarrollan, algunos factores relacionados son la discriminación o violencia, lo que conlleva a cambiar sus estados de ánimo perdiendo el interés por su comportamiento sexual. Una actitud negativa hacia el condón puede resultar en una menor probabilidad de uso, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH. La relación inversa entre estigma y actitud hacia el condón sugiere que el estigma puede

obstaculizar las prácticas de protección sexual (Cano-Bedoya, et al., 2024; Gómez, et al., 2024).

El apoyo social reporto relación hacia el estigma sexual, quienes a mayor percepción de apoyo social mayor percepción de estigmas sexuales, esto puede relacionarse con las experiencias y opiniones percibidas por los HSH dentro de su contexto (Bravo, 2009). Similar a lo expuesto por Prabawanti et al. (2015), quienes exponen que los actores perciben los discursos de autocuidado con relación al nivel de aceptación social, es por lo que cuando el uso de un condón es percibido como no aceptado aumenta la probabilidad a aceptar dicha conducta exponiéndose a comportamientos sexuales de riesgo. Vera (2019), identifico que durante una práctica sexual anal difícilmente se puede llevar el condón de forma consistente dado al “placer prohibido” que refiere los participantes perciben más excitación al exponerse ante esta práctica.

De acuerdo con la hipótesis 4, la percepción corporal influye en aspectos como el consumo de alcohol. Se ha identificado que en una comunidad donde la apariencia física a menudo se valora altamente, una imagen corporal negativa puede generar sentimientos de inseguridad, ansiedad, y estrés. Estos sentimientos negativos pueden llevar a algunos hombres gay a utilizar el alcohol como una forma de lidiar con su insatisfacción corporal (Bagozzi & Lee, 2002). Esto podría deberse a que el alcohol puede ser visto como una forma de reducir la ansiedad social o de mejorar temporalmente la autoconfianza en situaciones sociales, especialmente en entornos donde el atractivo físico es muy valorado (García, et al., 2012).

En este sentido aquellos HSH que se perciben menos obesos tienden a consumir drogas, aunque se ha evidenciado que el consumo de sustancias tienden a hacerlo de forma consensuada y pueden ser ambos alcohol y drogas, aunque con mayor frecuencia alcohol, esto tiende a distorsionar muchas veces la percepción de los participantes, sin embargo, muchos de ellos lo suelen usar como medida de escape a su realidad dando

pauta a prácticas sexuales de riesgo (Blair, et al., 2022; Stuart, 2013). Estos resultados se relacionan con Guedes (2022), quien evidencio que los participantes que consumían de forma frecuente alcohol, tabaco, cannabis y drogas como apoyo emocional debido a su percepción corporal.

Aunado a esto algunos usuarios pueden utilizar el alcohol como una forma de reducir la ansiedad social o aumentar la confianza cuando se preparan para citas o encuentros sexuales. El uso de plataformas de citas a menudo ocurre en contextos sociales que ya están asociados con el consumo de alcohol, como bares y clubes. Este tipo de comportamientos pueden deberse a que las plataformas digitales de citas pueden aumentar la exposición a expectativas irreales y al rechazo, lo que puede afectar negativamente la autoestima y contribuir a la depresión sexual (Xu, et al., 2017). Si un individuo no recibe la validación o atención deseada, puede desarrollar sentimientos de insuficiencia o desvalorización, lo que afecta su satisfacción sexual y su deseo (Mendoza-Perez, et al., 2023; Teva, et al., 2014).

Los hombres gay obesos pueden enfrentarse a un mayor nivel de rechazo y discriminación en plataformas de citas, donde la apariencia física es a menudo un factor decisivo en la aceptación o rechazo (Granados, et al., 2009; Rhodes, et al., 2017; Stein, et al., 2012). Esto coincide con Oshana (2021). Quien reporto que los hombres homosexuales que viven en constante rechazo pueden llevar a una disminución de la autoestima y a sentimientos de insatisfacción con la propia vida sexual, contribuyendo a la depresión sexual.

Otro resultado referido fue el apoyo social, el consumo de alcohol y drogas se relacionó de forma directa con el uso de plataformas digitales para citas. Esto significa que aquellos HSH obesos que perciben apoyo social, así como aquellos que tienden a consumir sustancias utilizan más las plataformas digitales para citas. Esto puede deberse a que se ha reportado que algunos HSH han referido que las plataformas de encuentros suelen usarlas como foros y tienden a ser escuchados y apoyados, aunado a esto el

consumo de sustancias pudiera ser un medio de escape a la concepción de su entorno (Newcomb, et al., 2011; Sewell, et al., 2018). Esto es similar a lo reportado por Smith y Amaro (2021), quienes reportaron que las aplicaciones de citas y sexo en línea son utilizadas por los HSH en gran medida como medio para contactar amigos, compañeros y parejas sexuales, casi siempre en anonimato dado que de esta forma les permite exponer sus situaciones manteniendo su privacidad.

El apoyo social y la intención de la conducta sexual se relacionaron directamente con la negociación sobre el uso del condón. Lo cual se puede interpretar como a mayor percepción de apoyo social y mayor manifestación de la intención de la conducta sexual mayor será la seguridad para negociar el uso del condón (Charnigo, et al., 2010). Esto puede deberse a la inseguridad que muchas veces exponen para lograr negociar un condón debido a las limitadas parejas sexuales, por lo que tienden a realizar prácticas sin muchas veces llegar a un consenso de utilizar el condón, por lo que se requiere de percibir un entorno seguro y tener la intención de hacerlo. Algunos autores refieren algunos elementos que pueden influir en la negociación del condón, los HSH presentan dificultades al momento de negociar el condón con su pareja sexual principalmente cuando se tiene el rol receptivo es de mayor edad o tiene características femeninas (D'Anna, et al., 2015; Da Fonte et al., 2017).

Con relación a la hipótesis 5, los hallazgos sugieren que los HSH que perciben un alto riesgo de VIH tienden a tener una mayor autoeficacia para usar condones de manera consistente, probablemente debido a una mayor motivación para protegerse y una conciencia agudizada sobre la importancia de las prácticas sexuales seguras (Conde & Santoro, 2015). En el caso de los HSH obesos, la obesidad podría influir en la autoeficacia relacionada con el uso de condones. Si estos individuos enfrentan barreras relacionadas con la obesidad, como dificultades en la comunicación sexual o en la adquisición de condones, la percepción de riesgo puede impulsar un enfoque más proactivo para superar esas barreras y utilizar condones consistentemente (Díaz, 2022).

Este resultado adquiere mayor relevancia debido a que la percepción subjetiva del riesgo, influenciada por factores sociales y culturales, puede jugar un papel crucial en la determinación de los comportamientos preventivos (Gordon, et al., 2016). Para los HSH obesos, la conciencia del riesgo de VIH puede impulsar un mayor compromiso con el uso de condones, reflejando una mayor autoeficacia en la protección contra infecciones. Se ha evidenciado que la percepción de riesgo e VIH es un predictor de la conducta sexual de riesgo, por lo que entre más vulnerable se perciban, más probable es que adopten medidas para tener conductas sexuales seguras (Stanojlovic, 2015).

Por otro lado, el estigma puede llevar a algunos hombres gay obesos a aceptar comportamientos de riesgo como parte de su realidad social, creyendo que tienen menos opciones para negociar prácticas sexuales seguras debido a la presión social o la baja autoestima. Esto coincide con lo referido por Boivin (2014) quien identificó que el estigma sexual parte desde la infancia y se producen en la edad adulta partiendo de efectos de integración social, entornos violentos y afectividad sexual empujando a los hombres gay y bisexuales a desarrollar encuentros desde la clandestinidad. El estigma sexual puede afectar cómo los hombres gay obesos se ven a sí mismos y su identidad sexual. Esto puede influir en su comportamiento sexual, a veces llevándolos a aceptar relaciones o situaciones que no son saludables debido a la percepción de que tienen menos opciones o valor en el mercado sexual (Ding, et al., 2020; Grammer, et al., 2019).

De acuerdo con la hipótesis 6, el resultado indica que una actitud positiva hacia el uso del condón se traduce en una conducta sexual más responsable y segura, reflejando una relación directa entre la actitud y la práctica de comportamientos sexuales saludables. Esto podría deberse a que una actitud positiva generalmente lleva a una mayor disposición para adoptar comportamientos asociados con esa actitud. En este caso, una actitud favorable hacia el uso del condón puede llevar a una mayor frecuencia o consistencia en el uso del condón. Este resultado es contrario a lo referido por Lluén y Sosa (2022) quienes identificaron que el 89.6% presentó actitudes de indiferencia y

prácticas sexuales de riesgo. Similar a lo reportado por Schnarrs et al. (2017), quienes reportaron que la actitud hacia el condón fue de indiferencia percibiendo que el sexo sin condón es percibido como más congruente y con valor normativo.

Respecto a la hipótesis 6 plantea si la percepción de riesgo de VIH, estigma sexual, actitud hacia el condón y la autoeficacia para uso consistente del condón influyen en la conducta sexual, se identificó una relación directa entre el estigma sexual de forma positiva hacia la percepción de riesgo de VIH y negativa hacia la actitud hacia el condón. Esto puede interpretarse como la percepción de estigma sexual permite una mayor percepción de riesgo de desarrollar VIH, así como a mayor manifestación de estigma sexual menor será la actitud hacia el condón. Esto se relaciona con las expectativas y opiniones negativas relacionadas con la sexualidad de los participantes lo cual se perciben vulnerable así mismo considerando las actitudes, creencias y conocimientos. Respecto al uso del condón se ha evidenciado que dentro de los roles de género el estigma es el principal causante de tasas elevadas de penetración anal sin condón (Lizarazo, et al., 2021).

De acuerdo con la hipótesis 7 se observa que una mayor autoeficacia en el uso consistente del condón se asocia con una mayor percepción del riesgo de VIH y una actitud más favorable hacia su uso. Esto podría estar relacionado con la inseguridad sobre su cuerpo que impacta su confianza ante situaciones sexuales. Estas inseguridades pueden disminuir la autoeficacia, lo que a su vez puede llevar a una menor percepción del riesgo de VIH. Si no se sienten cómodos utilizando el condón, pueden optar por no usarlo o retirarlo durante el acto sexual, aumentando así su vulnerabilidad. Por otro lado, se ha documentado que muchos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) comienzan utilizando el condón, pero a menudo lo retiran a lo largo del acto sexual. Esta conducta incrementa significativamente el riesgo de contagio, ya que expone a los participantes a situaciones de vulnerabilidad (Sevillano, et al., 2021).

En este mismo sentido se percibió una correlación directa y negativa del consumo de alcohol y positiva del apoyo social y uso de plataformas digitales para citas hacia la habilidad sobre el uso del condón. Esto se puede interpretar como al percibir el consumo de alcohol puede ser un puede evitar tener el grado de dominio sobre el uso asimismo se puede deducir que los HSH obesos con mayor percepción de apoyo social y uso de plataformas son más propensos a presentar habilidades sobre el uso del condón (Tena-Suck, et al., 2018). Contrario a Stuart (2013), identificaron que el consumo de sustancias permite mayor facilidad de exposición a prácticas sexuales inseguras, aunado al uso de aplicaciones donde se tiene contacto con desconocidos (McCarty-Caplan, et al., 2014). Smith y Amaro (2021), reportaron que el uso de aplicaciones para citas es muy usado por los HSH dada la facilidad de uso, el anonimato permitiendo conocer personas como amigos, compañero sexual y parejas románticas, usadas por muchos otros para conversar permitiendo generar mayor confianza para exponer o desarrollar habilidades hacia el uso del condón de forma consensuada (Currin, et al., 2020; Grosskopf, et al., 2014).

En este sentido se identificó una relación directa y positiva de la intención de la conducta sexual y negativa del uso de plataformas digitales para citas hacia la conducta sexual. Lo que se entiende como a mayor intención de la conducta sexual mayor conducta sexual y a mayor uso de plataformas digitales menor conducta sexual. Esto se puede interpretar dado que la intención de la conducta manifiesta un antecedente de realizar la conducta tiene sentido la relación, respecto a la relación negativa esto pudiera deberse a que los HSH obesos muy poco llegan a concretar contactos sexuales por esos medios debido al rechazo percibido en las mismas tienden a realizar menos conductas sexuales. En este sentido se evidencio que el aspecto corporal marca una inferioridad erótica que trasgrede sobre las aplicaciones para citas, salvo ciertas excepciones, rechazando debido a carencia de masculinidad (Gómez, 2019; Restrepo, 2022).

De acuerdo con la hipótesis 8, de acuerdo con el resultado se encontró relación entre la intención de la conducta sexual con la negociación sobre el uso del condón y la habilidad sobre uso del condón. Esto podría justificarse debido a que la intención de la conducta sexual también está relacionada con esta habilidad porque las personas que tienen una intención clara de practicar sexo seguro son más propensas a educarse y a aprender cómo usar el condón correctamente (Palacios-Delgado & Ortego-García, 2020). Además, una mayor intención de mantener prácticas sexuales seguras puede motivar a las personas a adquirir y practicar las habilidades necesarias para usar el condón de manera efectiva (Reis, et al., 2013). En relación con esto la teoría del comportamiento planificado y la teoría de la conducta razonada sugieren que la intención es uno de los principales determinantes de la conducta. Si una persona tiene la intención de participar en una actividad sexual, es más probable que se involucre en dicha actividad, y esta intención influye en cómo se preparará para ella, incluyendo la preparación para el uso del condón (Fernández, 2006; Fisbein, 2002; Rosario, et al., 2011).

Respecto a la hipótesis 9, los hallazgos refieren que algunos elementos relacionados con la conducta sexual, entre los identificados el consumo de sustancias pueden reducir inhibiciones y alterar el juicio, facilitando encuentros rápidos a través de plataformas digitales que priorizan el placer sobre la seguridad. La intención de buscar sensaciones intensas también puede contribuir a la toma de riesgos sexuales (Zuckerman, 2007). Estos factores se refuerzan mutuamente en un ciclo que puede aumentar el riesgo de conductas sexuales de riesgo (Stroem, et al., 2021). Esto podría deberse a que las personas que tienen una intención clara de participar en actividades sexuales tienen más probabilidades de actuar según esa intención, lo que puede influir en la frecuencia, el tipo de prácticas sexuales y la forma en que se gestionan aspectos como la protección y el consentimiento (Warren, et al., 2008). La combinación de estos factores puede crear un entorno en el que la seguridad sexual se ve comprometida. La

influencia de las sustancias puede reducir la capacidad de tomar decisiones informadas, mientras que el uso de plataformas digitales puede facilitar encuentros que priorizan el placer inmediato sobre la protección (Wim, et al., 2014). De acuerdo con Pereira (2022) El consumo de alcohol puede alterar la intención de conducta sexual y llevar a decisiones menos racionales y más arriesgadas. Por otro lado, la intención de experimentar sensaciones sexuales intensas puede afectar la forma en que se abordan las prácticas de protección, influenciando el comportamiento sexual de manera directa.

En relación con el objetivo específico 3: Evaluar a través de ecuaciones estructurales las interrelaciones y efectos directos e indirectos de los factores psicosociales, creencias y factores proximales obtenidos en el modelo cualitativo de conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres con obesidad. Se identificó que la autopercepción de grasa corporal se relaciona negativamente con la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad. Esto puede atribuirse a que muchos HSH desarrollan una percepción negativa de su imagen corporal, lo que les provoca ansiedad y vergüenza, afectando su deseo de participar en actividades sexuales (Prestage, et al., 2009; Wiseman & Moradi, 2010). En relación con esto, Peplau et al. (2009), refirieron que los HSH obesos tenían más probabilidad de sentirse incómodos con su ropa y se percibían como poco atractivos. La incomodidad e inseguridad que sienten respecto a su cuerpo impactan su comportamiento sexual, incluyendo el uso de protección y la capacidad de negociar prácticas sexuales.

Una autopercepción negativa puede disminuir la autoestima y llevar a la adopción de comportamientos sexuales que intentan compensar o mitigar estos sentimientos de inseguridad. Además, esta percepción corporal también influye en la selección de parejas (Panza, et al., 2020). Respecto a esto Goedel (2016) refiere que los HSH obesos tienen menos interacción sexual en comparación con otros HSH de menor peso. Algunos HSH pueden optar por entornos en los que se sienten más aceptados,

como plataformas digitales, lo que puede incrementar su disposición a interactuar con parejas desconocidas (Rosenbloom, 2003). Esto, a su vez, puede conllevar a riesgos adicionales en su vida sexual, ya que la búsqueda de validación puede eclipsar la necesidad de prácticas sexuales seguras. Esto coincide con lo reportado por Meanley (2014), quien identificó que los HSH con IMC superior a 27 tenían mayor probabilidad de participar en relaciones sexuales receptivas sin condón. Así mismo encontraron una relación negativa entre la percepción corporal y las relaciones sexuales anales sin condón.

El apoyo social tiene relación con la conducta sexual esto podría deberse a que el respaldo de la comunidad también puede reducir el estigma y aumentar la confianza en la negociación y el uso consistente del condón, influenciando así la conducta sexual de manera positiva (Darbes, et al., 2012; Galindo, 2016; Goncalves, et al., 2020; Parry, et al., 2019). La percepción de riesgo de VIH esto se podría interpretar que los HSH que perciben un alto riesgo de contraer VIH son más propensas a tomar precauciones, como el uso consistente del condón (Miller & Neaigus, 2020; Mor, et al., 2017). Una alta percepción de riesgo puede llevar a un mayor compromiso con la protección y una mayor vigilancia en la adopción de prácticas sexuales seguras (Nyoni & Ross, 2013). Este resultado difiere de lo reportado por Nureña (2010), quien identificó que el apoyo social disponible pueden influenciar la incertidumbre de desarrollar VIH, permitiendo comportamientos sexuales más consientes, sin embargo, han identificado que muchas veces se ofrece información por medios digitales o por medio de usuarios con conocimientos a través de la experiencia.

Por otro lado los participantes la percepción de riesgo de VIH relacionada con menores conductas sexuales seguras. Es posible que aquellos participantes que logran percibir el riesgo se ven influenciados por sus parejas sexuales, así mismo un gran número de participantes tiene una baja percepción lo que puede motivarlos a no utilizar medios de protección como lo es el condón lo que aumenta las prácticas sexuales de

riesgo (Miller & Neaigus, 2020). Este resultado es contrario a lo reportado por Scher (2016) quien identificó que los HSH tienen desconocimiento y baja percepción de riesgo de desarrollar VIH aunada a una falta de uso del condón. En este sentido Villa-Rueda et al. (2021), identificaron a través de una revisión de alcance que la percepción de riesgo está relacionada con el conocimiento individual sobre el VIH aunada a la conciencia sobre el estado serológico. De acuerdo a esto Marcus et al. (2017), refirieron que los HSH que pueden percibirse en riesgo de desarrollar el VIH adoptan conductas de reducción de riesgo, y se considera que pueden llegar a desarrollar sentimientos de responsabilidad con sus parejas sexuales.

La autoeficacia para uso consistente del condón, en el contexto sexual, una alta autoeficacia para el uso consistente del condón está relacionada con una mayor probabilidad de usar el condón de manera regular y correcta. De acuerdo con el consumo de alcohol y drogas, se ha identificado que afecta la toma de decisiones y la capacidad de negociar el uso del condón, aumentando la probabilidad de involucrarse en prácticas sexuales riesgo. Este resultado es similar con lo reportado por Chakrapani et al., (2022) quienes identificaron que la implementación del uso consistente del condón en cualquier tipo de relación sexual aunada a la disminución en el consumo de alcohol mitigan los comportamientos de riesgo. Por otro lado Sousa et al. (2023), refieren que cerca del 80% de hombres que tienen sexo con hombres no utilizan el condón de forma consistente.

Plascencia-De la Torre et al. (2024), exponen que los HSH tienen mayor probabilidad de desarrollar sexo anal sin el uso del condón con parejas ocasionales, no obstante este mismo grupo busca intencionalmente desarrollar esta práctica en comparación con aquellos hombres con prácticas heterosexuales (Mendoza-Pérez & Ortiz-Hernández, 2009). Por otro lado el consumo de sustancias en las relaciones sexuales se ha identificado que aumenta la toma de decisiones a participar en conductas sexuales de riesgo, aunque muchos de los HSH obesos suele utilizarlos para desinivir su

realidad. Se ha identificado que el consumo de alcohol conduce al consumo de drogas y ambos se relacionan de forma negativa con la conducta sexual (Rosario, et al., 2006).

Esto puede llevar a situaciones en las que los HSH con obesidad busquen validación a través de sus comportamientos sexuales. Lo que puede desencadenar comportamientos como el uso de sustancias en forma de escapar de la realidad social o vincularse en entornos sociales. Esto puede desencadenar decisiones sexuales impulsivas o riesgosas (Lima, et al., 2019). En este sentido, estos resultados son similares a lo reportado por Caudillo et al. (2024), identificaron que el consumo de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales se relacionó directamente con las conductas sexuales de riesgo. De acuerdo con Bustamante et al. (2022), el uso de drogas como la marihuana puede inducir a un estado de relajación y euforia así como de impulsividad lo que expone a los consumidores a poder tomar decisiones que impliquen un riesgo sexual.

Respecto con la intención de la conducta sexual esta ha sido relacionado con la conducta sexual dado que se considera como un predictor significativo para la conducta sexual, Los HSH obesos refirieron una intención positiva hacia la conducta sexual segura. Existen factores que pueden alterar la intención desde la autopercepción de su imagen corporal o de los riesgos que implican desarrollar este tipo de conducta, estigmas o percibir alguna carencia de apoyo (De la Serna, 2004; VanKim, et al., 2016). Esto se relaciona con lo identificado por Fernández (2006) quien refiere que los HSH involucran creencias normativas y conductuales en el desarrollo de la intención de la conducta sexual. En este sentido, se ha evidenciado la dificultad de los HSH por denotar una conducta asertiva ya que partiendo de la intención esta se ve influenciada por sus parejas sexuales (Sánchez & Rosales., 2022).

En relación con el uso de plataformas digitales para citas se identificó que tiene una relación directa y negativa hacia la conducta sexual. Esto puede estar relacionado con la oportunidad de interactuar en un entorno virtual en que muchas veces pueden sentirse seguros de explorar y contactar con otras personas con las que pueden tener

intereses en particular para posteriormente establecer relaciones románticas o sexuales. Sin embargo, muchas veces pueden enfrentar discriminación o rechazo, motivo que los puede condicionar a ceder ante cualquier usuario que permita proponer participar en conductas sexuales de riesgo. Esto se relaciona con lo reportado por Grau-Muños (2015), quien identificó las conductas sexuales de riesgo desarrolladas por usuarios que utilizan plataformas digitales les permite una mayor accesibilidad a la práctica del *cruising* dado la facilidad tecnológica, garantizando el anonimato de los usuarios y ser de carácter inmediato, permitiendo la multiplicidad de perfiles e identificando que mediante las mismas los HSH pueden actuar como repositorios de información o ser vehículos para concretar propuestas (Merlyn, et al., 2020; Rivera, et al., 2016; Valdez, 2011).

En este sentido, esto es similar a lo referido por Fernández (2020), quien identificó que los participantes que utilizan plataformas digitales tienden a sentir vergüenza y culpa luego de concretar relaciones sexuales con desconocidos. Sin embargo, Saíz (2017) refiere que en la actualidad los varones homosexuales se encuentran hiperconectados viviendo procesos de reivindicación con su identidad, adentrándose en discursos homonormativos que se anteponen al uso de plataformas digitales. En relación a esto aunque las plataformas digitales ofrecen oportunidades valiosas para la conexión, también plantean riesgos significativos que pueden impactar la conducta sexual y el bienestar emocional de los HSH (Valdez, et al., 2015; Wilkerson, et al., 2012).

El objetivo general del estudio revela que el modelo propuesto es eficaz y abarca las variables más relevantes del análisis. Este modelo no solo sirve como una herramienta teórica, sino que también establece una base sólida para futuras intervenciones prácticas. Al dirigir los esfuerzos hacia la educación y el empoderamiento de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad, se puede crear conciencia sobre desarrollar prácticas en un entorno más seguro de manera

saludable y responsable. Además, el desarrollo de este modelo representa una valiosa oportunidad para mejorar la salud sexual y el bienestar general de esta población. Resaltando la necesidad de implementar intervenciones que no solo informen sobre el VIH, sino que también fortalezcan el apoyo social y promuevan una autoimagen positiva entre los HSH. De este modo, se busca contribuir integralmente a la calidad de vida de estos individuos, abordando tanto sus necesidades educativas como emocionales.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio reflejan la compleja interrelación entre diversos factores psicosociales, creencias, factores proximales y la conducta sexual en HSH obesos, destacando la influencia significativa del apoyo social, la percepción corporal y el riesgo de VIH en la toma de decisiones relacionadas con la seguridad sexual. Se identificó que a mayor Índice de masa corporal mayor número de parejas sexuales, de acuerdo con el tipo de pareja los HSH obesos prefieren vivir con parejas estables y mantener contacto sexual con parejas ocasionales. El rol sexual mayormente ejercido en una práctica sexual fue receptivo e insertivo. Se identificó que algunos HSH refirieron que los piojos son una ITS, posiblemente esos entrevistados desconocen que es una ITS.

Posterior a los resultados cualitativos, en relación con los objetivos específicos del estudio, se concluye que las variables y relaciones integradas en el modelo son diferentes a las identificadas en el modelo teórico propuesto inicialmente, solo conservando las variables de la intención de la conducta sexual y consumo de sustancias en relaciones sexuales hasta el modelo final. El refinamiento del modelo a partir de la teoría fundamentada ayudo a determinar nueve hipótesis que fueron analizadas concluyendo que la percepción del apoyo social influye fuertemente sobre la depresión sexual y la autopercepción de grasa corporal. El apoyo social influye sobre la negociación sobre uso del condón. Así mismo, la depresión sexual evidencio influir

sobre la conducta sexual. Se identificó que el estigma sexual reduce la actitud hacia el condón, la actitud hacia el condón influyó en la conducta sexual.

El apoyo social mostró una relación fuerte con la autopercepción, la percepción del riesgo y la conducta sexual. Además, el apoyo social reduce el consumo de sustancias, mientras que el consumo de estas sustancias aumenta el riesgo de conductas sexuales peligrosas. Aunque el uso de plataformas digitales para citas se asoció con el consumo de sustancias, esta relación teórica parece estar vinculada al rechazo, y presentó una influencia directa en la conducta sexual, sin embargo, al ser solo una pregunta carece de la veracidad por lo que aún requiere más validación. La frecuencia del uso de plataformas digitales para citas entre los HSH obesos es alta, lo cual contrasta con la literatura existente. El estudio también identificó que la autopercepción de grasa corporal afecta el consumo de alcohol y drogas. El apoyo social, el consumo de alcohol y el uso de plataformas digitales influyen en la habilidad para utilizar el condón de manera consistente. La percepción de riesgo de VIH se relacionó con el uso de plataformas digitales para citas, y el estigma sexual aumentó la percepción del riesgo de VIH.

De acuerdo con el objetivo general del estudio, se puede concluir que el modelo desarrollado es adecuado en la población de HSH con obesidad identificando que el modelo puede ser viable para abordar aspectos de la conducta sexual, la percepción corporal. Abordando temáticas como la autopercepción de grasa corporal, la percepción del apoyo social, la percepción del riesgo de VIH, la autoeficacia en el uso del condón, el consumo de sustancias en relaciones sexuales, la intención de conducta sexual y el uso de plataformas digitales para citas.

Los resultados respaldan la hipótesis de que la percepción del peso corporal influye en las conductas sexuales de esta población. Esta investigación contribuye al desarrollo de la práctica y la investigación en enfermería, proporcionando una comprensión más profunda de los factores psicosociales, creencias y aspectos

fisiológicos que afectan la conducta sexual en un grupo poco explorado. El modelo ofrece una base para desarrollar estrategias de intervención que aborden aspectos emocionales, físicos y psicológicos, el consumo de sustancias, el conocimiento de ITS y la promoción del uso consistente del condón, así como la identificación de escenarios que podrían aumentar el riesgo de VIH.

Limitaciones del Estudio

El proyecto conto con algunas limitaciones, las cuales se sugiere sean consideradas para futuras investigaciones.

La principal limitación fue en la accesibilidad, Dada la naturaleza oculta de la población estudiada, encontrar una muestra representativa resultó ser un desafío, incluso con incentivos ofrecidos para fomentar la participación. La disponibilidad y privacidad, la disponibilidad de cada participante requirió ampliar el tiempo originalmente programado debido a sus actividades y, en algunos casos, a la necesidad de mantener su participación en secreto para evitar sospechas de parejas o familiares. Esta situación complico la coordinación y la recolección de los datos.

La sensibilidad al tema, Algunas preguntas abordaban aspectos sexuales que para algunos participantes resultaron ser demasiado personales o incómodos. Además, la percepción corporal a veces no coincidía con el tema central del estudio, lo que llevó a descartar a ciertos participantes debido a la falta de identificación con el tema.

Impacto en la salud mental, la conversación de temas relacionados con la obesidad y sexualidad puso de manifiesto algunos aspectos que los participantes tenían desarrollando desde la infancia en algunos otros despertó el interés por conocer o comentar con algún experto del área de la salud, a pesar de que se les facilito el contacto con una psicóloga con enfoque en sexualidad humana para que pudieran tener una consulta, muchos de ellos no hicieron uso de esto. Esto podría deberse a la falta de confianza.

Aspectos culturales, la percepción de los participantes sobre sí mismos y su entorno cultural influyó significativamente en el estudio. Las experiencias y comportamientos de los participantes a menudo estaban condicionados por su contexto cultural, lo que pudo haber afectado la precisión y la transparencia de la información proporcionada.

Recursos materiales y económicos, la inversión en incentivos para los participantes, así como en los insumos necesarios para realizar las mediciones y proporcionar información, supuso un desafío financiero. Estos recursos limitados afectaron la capacidad para realizar una recolección de datos más amplia o detallada.

Privacidad de los participantes, dada la necesidad de tomar medidas físicas como el peso y la talla de cada participante estuvo restringida por la disponibilidad de insumos. Esto limitó la posibilidad de realizar las mediciones de manera grupal y requirió contactar a los participantes de forma individual para aplicar el cuestionario y realizar las mediciones.

Recomendaciones

La recopilación de datos se llevó a cabo en grupos de apoyo, eventos sociales y mediante muestreo dirigido entre entrevistados exclusivamente de la población de Monterrey. Por ello, se recomienda generalizar los resultados a poblaciones con características similares.

En cuanto a la exploración cualitativa, es recomendable establecer un acercamiento con la población antes de cualquier procedimiento. Esto permitirá conocer mejor a los participantes y facilitar la identificación de aquellos que cumplan con los criterios del estudio, así como de los sujetos clave que actuarán como "semillas". Además, se sugiere realizar las mediciones de peso y talla de forma presencial para asegurar que la población seleccionada sea adecuada para el estudio.

Respecto a la metodología, se propone llevar a cabo las entrevistas de manera híbrida, ya sea en persona o por videollamada. Esto considera el limitado tiempo disponible de muchos participantes, lo que permite agendar una hora específica y preparar al participante para crear un ambiente de confianza. Durante estas sesiones, se recomienda contar con la presencia, ya sea física o virtual, de un profesional de la salud que pueda ofrecer seguimiento si el participante lo necesita.

Para futuros estudios, se recomienda colaborar con una institución que ofrezca pruebas rápidas de VIH, ya que muchos participantes temen acudir a centros donde se realizan estas pruebas debido a estigmas sociales. Esta colaboración facilitaría la verificación de uno de los criterios de exclusión del estudio, que se centró en la pregunta: "¿Vives con VIH?".

En relación con la exploración cualitativa, se aconseja evitar el uso de la terminología "HSH con obesidad", ya que muchos participantes, a pesar de ser conscientes de su peso, no se identifican con esa etiqueta. Para futuras investigaciones, es recomendable seguir utilizando el muestreo dirigido por entrevistados, que ha demostrado ser efectivo en estas poblaciones. Así mismo se recomienda realizar la recolección a través del informante a quien se recomienda capacitar para que los participantes tengan mayor confianza.

Respecto a los instrumentos, en términos generales, se sugiere integrar únicamente variables significativas. Para investigaciones futuras, se recomienda abordar temas como la autopercepción de grasa corporal, la percepción del apoyo social, la percepción del riesgo de VIH, la autoeficacia en el uso del condón, el consumo de sustancias en relaciones sexuales, la intención de conducta sexual y el uso de plataformas digitales para citas.

Se sugiere también explorar más a fondo las variables relacionadas con la autoestima, dado que se identificó su influencia en la percepción del riesgo de VIH y en la autopercepción del peso. Asimismo, se recomienda evaluar la actitud hacia el uso del condón, ya que aunque fue significativa en los modelos, no presentó una carga suficiente al final del análisis.

El tiempo de recolección fue considerado extenso, por lo que se aconseja trabajar con versiones más breves de los instrumentos, priorizando los ítems que han demostrado ser más significativos en investigaciones anteriores.

Con respecto al uso de plataformas digitales para citas, se sugiere profundizar en su análisis, ya que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) suelen utilizarlas con mayor frecuencia según su grado de obesidad y su identidad sexual. En este estudio, se abordó esta variable con solo una pregunta, pero tanto los resultados cualitativos como cuantitativos indicaron su relevancia. También se recomienda evaluar el consumo de alcohol y drogas en relaciones sexuales de manera separada, para obtener resultados más interesantes desde un enfoque individual.

Finalmente, se sugiere continuar investigando la conducta sexual en HSH con obesidad, dada la escasez de literatura sobre esta población en México. Asimismo, es importante seguir explorando la relación entre la autopercepción del peso corporal y las conductas sexuales de riesgo, ya que podrían estar mediadas por otras variables. Se recomienda buscar fuentes de financiamiento que permitan compensar a los informantes clave. Con base en los resultados, se sugiere diseñar futuras intervenciones enfocadas en la conducta sexual, promoviendo aspectos psicológicos, el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso consistente del condón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. McGraw-Hill Education (UK).
- Ajzen, I. & Driver, B. L. (1991). Prediction of Leisure Participation from Behavioral, Normative, and Control Beliefs: An Application of the Theory of Planned Behavior.” *Leisure Sciences*, 13(1), 185–204.
<https://doi.org/10.1080/01490409109513137>
- Allensworth, D. D., Welles, S. L., Hellerstedt, W. L. & Ross M. W. (2008). Body image, body satisfaction, and unsafe anal intercourse among men who have sex with men. *Journal of Sex Research*, 45(1), 49-56.
<https://doi.org/10.1080/00224490701808142>
- Alvarado, R. T. (2021). *Idealización del cuerpo en hombres con orientación sexual homosexual y heterosexual: ¿exigencia masculina sobre la pareja o moda actual?* [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000812624/3/0812624.pdf>
- Álvarez-Gayou, J. L., & Camacho, S. M. (2013). *Los rostros de la homosexualidad: una mirada desde el escenario*. Editorial El Manual Moderno.
- 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*, 21(3), 266-279.
- Andrew, B. J., Mullan, B. A., De Wit, J. B., Monds, L. A., Todd, J., & Kothe, E. J. (2016). Does the Theory of Planned Behaviour Explain Condom Use Behaviour Among Men Who have Sex with Men? A Meta-analytic Review of the

Literature. *AIDS Behav*, 20(12), 2834–2844. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1314-0>

Antezana, M. (2007). Homosexualidad, familia y apoyo social. *Gaceta Médica Boliviana*, 30(1), 30-35.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000100006&lng=es&tlng=es.

Appleby, P., Marks, G., Ayala, A., Miller, L., Murphy, S., & Mansergh, G. (2005).

Consideration of future consequences and unprotected anal intercourse among men who have sex with men. *Journal of Homosexuality*, 50(1), 119-133.

https://doi.org/10.1300/J082v50n01_06

Arabi-Mianrood, H., Shahhosseini, Z., & Hosseini, M. (2022). The association between body image, emotional health, relationships, and unhealthy dietary behaviors among medical sciences students: A structural equation modeling analysis.

Neuropsychopharmacology Reports, 42(1), 485–491.

<https://doi.org/10.1002/npr2.12291>

Ayala, G., Bingham, T., Kim, J., Wheeler, D. P. & Millett, G. A. (2012). Modeling the impact of social discrimination and financial hardship on the sexual risk of HIV among Latino and Black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 102(S2), S242-S249.

Azagba, S., Shan, L., & Latham, K. (2019). Overweight and Obesity among Sexual Minority Adults in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 16(10), 1828.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16101828>

Bagozzi, R. P. & Lee, K. H. (2002). Multiple Routes for Social Influence: The Role of Compliance, Internalization, and Social Identity. *Social Psychology Quarterly*, 65(3), 226–247.

- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bandura A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Bandura, A. (1994). *Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection*. In: DiClemente, R.J., Peterson, J.L. (eds) Preventing AIDS. AIDS Prevention and Mental Health. Springer, Boston, MA.
https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_3
- Barringer, M. N., & Gay, D. A. (2016). Happily Religious: The Surprising Sources of Happiness Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. *Sociological Inquiry*, 87(1), 75–96. <https://doi.org/10.1111/soin.12154>
- Bastos, R. G. (2022). The Disputes Regarding Meanings of the Homosexual Male Body Characterized as Bear: An Example of Dialogic Analysis. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, 17 (4), 35–56. <https://doi.org/10.1590/2176-4573p58121>
- 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.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072616>
- Benavides-Meriño, D. (2016). Osos, conceptualizando sus masculinidades en Santiago de Chile. *Revista de Psicología*, 25 (2), 1-18. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.44792>
- Blair, C. S., Needleman, J., Javanbakht, M., Comulada, W. S., Ragsdale, A., Bolan, R., Shoptaw, S., & Gorbach, P. M. (2022). Risk Behaviors Associated with Patterns of Sexualized Stimulant and Alcohol Use among Men Who Have Sex with Men: a Latent Class Analysis. *Journal of urban health: bulletin of the New York*

Academy of Medicine, 99(2), 293–304. <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00600-8>

- Blashill, A. J., Tomassilli, J., Biello, K., O’Cleirigh, C., Safren, S. A., & Mayer, K. H. (2016). Body dissatisfaction among sexual minority men: Psychological and sexual health outcomes. *Archives of sexual behavior*, 45(5), 1241-1247. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0683-1>
- Boivin, R. R. (2014). "Se podrían evitar muchas muertas": discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1(16), 86-120. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872014000100006>
- Bravo, M. (2009). Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 15(1), 71-85.
- 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), 441-8. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9730-8>
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2019). *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory*. SAGE Publications Ltd.
- Buller, A. M., Devries, K. M., Howard, L. M., & Bacchus, L. J. (2014). Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 11(3), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001609>
- Bustamante, M. J., Palfai, T. P., Luehring-Jones, P., Maisto, S. A., & Simons, J. S. (2022). Cannabis use and sexual risk among MSM who drink: Understanding why more frequent cannabis users may engage in higher rates of condomless sex.

Drug and Alcohol Dependence, 232, 109282.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109282>

- Callander, D., & Senn, C. (2013). Examining the Role of Relationships, Body Image, Closeness to HIV/AIDS, and HIV Optimism in the Sexual Risks of Young Men Who Have Sex With Men. *Journal of HIV/AIDS y Social Services*, 12(2), 205-223. <https://doi.org/10.1080/15381501.2013.790869>
- Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Current psychiatry reports*, 19(8), 49. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>
- Cano-Bedoya, L. G., Ramírez-Árias, O. D., Betancur-Pulgarín, C. L., & Gómez-González, M. P. (2024). Uso de drogas sexualizadas en hombres que tienen sexo con hombres en dos ciudades de Colombia. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 24(1), 130–152. <https://doi.org/10.21134/haaj.v24i1.781>
- Castillo-Arcos, L., & Benavides-Torres, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichán*, 12(2), 169-182. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200008&lng=en&tlng=es.
- Castillo, I., Solano, S., & Sepúlveda, A. R. (2018). Validación Mexicana de la Escala de Actitudes Masculinas sobre el Cuerpo en estudiantes universitarios varones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(46), 51–65. <https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.04>
- Caudillo, O. L., Montañez F. M., Morales, Á. C., Flores, A. M., Valdez, M. C., & Hernandez, G. H. (2024). Consumo de alcohol, drogas ilícitas y la conducta

sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista eureka sobre enseñanza y divulgación de las ciencias*, 21, 216-235. <https://bit.ly/3AsndGm>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA]. (2022).

Igualdad Ya!

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/778212/BOLETIN_DAI_DIA_MUNDIAL_DEL_SIDA_.pdf

Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC). (2024, Abril). *La diabetes*

y la comunidad LGBTQ. [https://www.cdc.gov/diabetes/es/risk-factors/la-](https://www.cdc.gov/diabetes/es/risk-factors/la-diabetes-y-la-comunidad-lgbtq.html#:~:text=Algunas%20investigaciones%20muestran%20que%20las,de%20presentar%20sobrepeso%20u%20obesidad.)

[diabetes-y-la-comunidad-](https://www.cdc.gov/diabetes/es/risk-factors/la-diabetes-y-la-comunidad-)

[lgbtq.html#:~:text=Algunas%20investigaciones%20muestran%20que%20las,de](https://www.cdc.gov/diabetes/es/risk-factors/la-diabetes-y-la-comunidad-)

[%20presentar%20sobrepeso%20u%20obesidad.](https://www.cdc.gov/diabetes/es/risk-factors/la-diabetes-y-la-comunidad-)

Cervantes-Luna, B. S., Escoto, P. C., Camacho, R. E., & Bosques, B. L. (2019). Ideales

estéticos, imagen corporal, actitudes y conductas alimentarias en hombres con

diferente orientación sexual. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1),

66-74. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.529>

Chakrapani, V., Kaur, M., Tsai, A. C., Newman, P. A., & Kumar, R. (2022). The impact

of a syndemic theory-based intervention on HIV transmission risk behaviour

among men who have sex with men in India: Pretest-posttest non-equivalent

comparison group trial. *Social science & medicine*, 295, 112817.

<https://doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2020.112817>

Chan, L. S., & Wu-Ouyang, B. (2023). Sexting among men who have sex with men in

Hong Kong and Taiwan: Roles of sensation-seeking, gay identity, and

muscularity ideal. *Archives of Sexual Behavior*, 52(6), 2373-2384.

<https://doi.org/10.1007/s10508-023-02559-w>

- Charnigo, R., Crosby, R., & 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. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9184-6>
- Choi, E. P., Chau, P. H., Wong, W. C., Kowk, J. Y., Choi, K. W., Chow, E. P. (2021). Developing and testing of an interactive internet-based intervention to reduce sexual harm of sexualised drug use ('chemsex') among men who have sex with men in Hong Kong: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 21(1):1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10742-8>
- Conde, G., & Santoro, D. (2015). *Vulnerabilidad al VIH e ITS en población joven masculina de la Comunidad de Madrid*. PublicaMadrid. https://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FAYcid=1354430824430ylanguage=esypagename=ComunidadMadrid%2FEstructuraysite=ComunidadMadrid
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1998). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Corona, L. J., & Ortega, A. J. (2013). Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. *MEDISAN*, 17(13), 78-85. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100011&lng=es&tlng=es.

- Correa-Daza, P., Díaz-Suárez, L. V., Moreno-Ramírez, J. S., & Rodríguez-Prieto, A. (2020). *Sexuados y educados: cambios sexuales en adolescentes de 14 a 17 años con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas*. (Tesis de Especialidad). Universidad Católica de Colombia.
<https://repository.ucatolica.edu.co/entities/publication/3a54b971-674a-4abf-b3ad-61329c66e4b2>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research design: Choosing Among Five Approaches* (4a. ed.). Londres: Sage Publications.
- Crosby, R., Mena, L., Yarber, W. L., Graham, C. A., Sanders, S. A., & Milhausen, R. R. (2015). Condom Use Errors and Problems: A Comparative Study of HIV-Positive Versus HIV-Negative Young Black Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 42(11), 634–636.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000356>
- Currin, J. M., Giano, Z., & Hubach, R. D. (2020), Interface of Internalized Homophobia and Community Connectedness on Frequency of Doctor's Visits for Rural and Urban MSM in Oklahoma. *The Journal of Rural Health*, 36(3), 416-422.
<https://doi.org/10.1111/jrh.12416>
- D'Anna, L. H., Warner, L., Margolis, A. D., Korosteleva, O. A., O'Donnell, L., Rietmeijer, C. A.,... & Safe in the City Study Group. (2015). Consistency of Condom Use During Receptive Anal Intercourse Among Women and Men Who Have Sex With Men: Findings From the Safe in the City Behavioral Study. *Sexually transmitted diseases*, 42(7), 393-399.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000306>
- Da Fonte, V. R., Pinheiro, C. D., Barcelos, N. S., Costa, C. M., Francisco, M. T. & Spindola, T. (2017). Factores asociados con el uso del preservativo entre

hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enfermería Global*, 16(46), 50-93. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>

Da Silva, O. J., & Júnior, F. J. (2023). Homofobia internalizada: revisão sistemática de estudos em contextos universitários (2000-2020). *Folios*, (58), 3-16. <https://doi.org/10.17227/folios.58-15905>

Darbes, L., Chakravarty, D., Beougher, S., Neilands, T. & Hoff, C. (2012). Partner Provided Social Support Influences Choice of Risk Reduction Strategies in Gay Male Couples. *AIDS Behavior*, 16, 159-167. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9868-8>

De la Serna, I. (2004). Introducción: alteraciones de la imagen corporal. Monog *Psiquiatría*, 16(2), 1-2.

De Santis, J. P., Layerla, D. M., Barroso, S., Gattamorta, K. A., Sanchez, M., & Prado, G. J. (2012). Predictors of Eating Attitudes and Behaviors Among Gay Hispanic Men. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 111–126. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.06.003>

Del Fresno, S. R. (2024). *Programa de intervención en gestión de los riesgos digitales de índole sexual: consumo de pornografía, sexting, sexpredding y grooming en población adolescente*. (Tesis de Maestría). Universitat Ramón Llul. <https://dau.url.edu/handle/20.500.14342/3994>

Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Díaz, A. L. (2022). *Facultad de Ciencias de la Conducta uso del condón en la prevención del VIH, análisis a partir de la conducta planeada*. (Tesis Doctoral) Universidad Autónoma del Estado de México.

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/137768/LJDA%20TESIS-2.pdf?sequence=1>

- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research*, 41(4), 203–208.
- Ding, C., Chen, X., Wang, W., Yu, B., Yang, H., Li, X. ... & Li, S. (2020). Sexual minority stigma, sexual orientation concealment, social support and depressive symptoms among men who have sex with men in China: a moderated mediation modeling analysis. *AIDS and Behavior*, 24(1), 8-17.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Dyar, C., Taggart, T. C., & Rodriguez-Seijas, C. (2019). Physical Health Disparities Across Dimensions of Sexual Orientation, Race/Ethnicity, and Sex: Evidence for Increased Risk Among Bisexual Adults. *Arch Sex Behav*, 48, 225–242.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1169-8>
- Eisenberg, M. E., Puhl, R., & Watson, R. J. (2020). Family Weight Teasing, LGBTQ Attitudes, and Well-being Among LGBTQ Adolescents. *Family y community health*, 43(1), 17–25. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000239>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2022) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua. 2022 2021*. Instituto Nacional de Salud Pública.
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2023). *ENSANUT Continua 2022 para el Estado de Nuevo León*. <https://saludnl.gob.mx/regulacion-sanitaria/wp-content/uploads/2023/02/RP-SALUD-02-DE-FEBRERO-2023.pdf>

- Escalante, M. A., & Noriega, G. N. (2021). Motivaciones, significados y riesgos en los encuentros sexuales de hombres gays de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el contexto del covid-19. *Sexualidad, Salud Y Sociedad*, (37), e21201. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21201a>
- Esquivel-Rubio, A. I., Márquez-Vega, M. A., Domínguez-Chávez, C. J., Alvarado Pizarro, Á. N. & Tizoc-Márquez, A. (2021). Percepciones sobre el uso del condón en migrantes haitianos en la frontera noroeste de México. *Horizonte sanitario*, 20(3), 385-393.
- Estrada, J., & Vargas, L. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 266-281.
- Estrada-Montoya, J. H. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 44-57. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000100004&lng=en&tlng=es
- Feinstein, B. A., McConnell, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). The Influence of Stress on Depression and Substance Use Problems Among Young Male Same-Sex Couples: Relationship Functioning as an Underlying Mechanism. *Clinical psychological science*, 7(5), 928-940. <https://doi.org/10.1177/2167702619842561>
- Fernandez, D. P. (2006). *Significados de las prácticas sexuales de riesgo en un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de la ciudad de Barcelona:*

- consideraciones para la prevención del VIH.* (Tesis Doctoral). Universidad Ramon Llull. <https://acortar.link/TuTD6i>
- Filice, S., Raffoul, A., Meyer, S. & Neiterman, E. (2019). The influence of Grindr, a geosocial networking application, on body image in gay, bisexual and other men who have sex with men: An exploratory study. *Body Image*, 31(1), 59–70.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS care*, 12(3), 273–278. <https://doi.org/10.1080/09540120050042918>
- Fishbein, M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*, 28(6), 834-844. <https://doi.org/10.1177/0272989x08326092>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior : the reasoned action approach*. Psychology Press Taylor and Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203838020>
- Fishbein, M. (2009). An integrative model for behavioral prediction and its application to health promotion. In, R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research*. (2nd ed., pp. 215–234). Jossey-Bass/Wiley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Flores, D. (2023). *CDMX, Primer lugar en agresiones contra la comunidad LGBTIQ*. Diversidad Sexual Incluyente. <https://cuentaconmigo.org.mx/cdmx-primer-lugar-en-agresiones-contra-la-comunidad-lgbtqi/>
- French, D. P., Suttan, S., Hennings, S., Mitchell, J., & Wareham, N. (2006). The Importance of Affective Beliefs and Attitudes in the Theory of Planned Behavior: Predicting Intention to Increase Physical Activity. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(9), 1824–1848

- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized Homophobia and Relationship Quality among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Journal of counseling psychology*, 56(1), 97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>
- Galindo, A. C. (2016). *Manual de consejería y pruebas de VIH con enfoque de reducción de riesgo*. Universidad del Valle de Guatemala.
<https://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35a776666015a8fbf8b1d006f>
- Gámez-Guadix, M., Incera-Fernández, D., Román, F. J., Mateos-Pérez, E., Borrajo, E. & Martínez, K. (2023). Uso sexualizado de drogas entre homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y su asociación con síntomas de salud mental. *Revista Española de Drogodependencias*, 48(3), 77-94.
<https://doi.org/10.54108/10059>
- García, F. J. (2024). *Barreras para la atención en salud para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en Bogotá DC*. (Tesis de Maestría). Universidad de los Andes.
<https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/d63120b4-7d18-4b22-907f-55e92e1fe5d3>
- García, R. H., Ortega, L. C., & Arias, M. L. (2017). Efecto del consumo de alcohol y la homofobia internalizada sobre el comportamiento sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Jóvenes en la Ciencia*, 3(2), 373-376.
<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2318/0>
- García, V. E., Menendez, E., Fernandez, P. & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Garrido, E. M. (2018). *Masculinidades: distintas formas de aflorar, sentir y vivir como hombres homosexuales*. (Tesis de posgrado). Universidad del Bio-Bio.

<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2869/1/Escobar%20Garrido%2c%20Mauricio%20Alejandro.pdf>

- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley y Sons.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.
- Goedel, W. C., Halkitis, P. N., & Duncan, D. T. (2016). Behavior- and Partner-Based HIV Risk Perception and Sexual Risk Behaviors in Men Who Have Sex with Men (MSM) Who Use Geosocial-Networking Smartphone Applications in New York City. *Journal of urban health*, 93(2), 400–406.
<https://doi.org/10.1007/s11524-016-0043-z>
- Gómez, C. L. (2019). *Factores asociados a infecciones de transmisión sexual en hombres que tienen sexo, con hombres atendidos en Clínicas Amigables de Panamá 2014-2017*. (Tesis Doctoral). Universidad de Panamá.
<https://core.ac.uk/download/pdf/228859166.pdf>
- Gómez-Perezmitré, G. (2013). *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal*. Editorial Fénix.
- Goncalves, T. R., Costa, A. H., Sales, M. S., & Leite, H. M. (2020). Prevencao combinada do HIV? Revisao sistematica de intervencoes com mulheres de paises de media e baixa renda." *Ciência y Saúde Coletiva*, 25(5), 1897.
<http://link.gale.com/apps/doc/A629396478/IFME?u=anon~162a7845&sid=googleScholar&id=af8544b>
- Gordon, L. P., Diaz, A., Soghomonian, C., Nucci-Sack, A. T., Weiss, J. M., Strickler, H. D., Burk, R. D., Schlecht, N. F., & Ochner, C. N. (2016). Increased Body Mass Index Associated with Increased Risky Sexual Behaviors. *Journal of pediatric*

and adolescent gynecology, 29(1), 42–47.

<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.06.003>

- Grammer, A. C., Byrne, M. E., Pearlman, A. T., Klein, D. A., & Schvey, N. A. (2019). Overweight and obesity in sexual and gender minority adolescents: A systematic review. *Obesity reviews*, 20(10), 1350–1366.
<https://doi.org/10.1111/obr.12906>
- Granados, C. J., Torres, C. C. & Delgado, S. G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud pública de México*, 51(6), 474-488.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600006&lng=es&tlng=es
- Gras, P., Planes, P. M., & Gómez, L. A. (2018). Cuestionario de estrategias utilizadas por los jóvenes para negociar el uso del preservativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 103-108.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349855553011>
- Grau-Muñoz, A., Pla-Ernst, E., Belda-Ibáñez, J., & Juan-Corróns, A. (2015). Cruising y e-citas: un nuevo contexto para los encuentros sexuales entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(1), 1-11.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2303.pdf>
- Gredig, D., Le, B. M., Granados, V. I., & Solís, L. V. (2020). Predictores del uso del condón en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Costa Rica: comprobación del modelo de información, motivación y habilidades conductuales. *RICS Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 9(17), 25-54. <https://doi.org/10.23913/rics.v9i17.83>

- Grosskopf, N. A., LeVasseur, M. T. & Glaser, D. B. (2014). Use of the internet and mobile-based “apps” for sex-seeking among men who have sex with men in New York City. *American journal of men's health*, 8(6), 510-520.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (7ª Ed). ELSEVIER.
- Guadarrama, G. R., Bautista, R. M., Gallosso, M. A., & Veytia L. M. (2022). El impacto del peso en la calidad de vida de acuerdo con el sexo, nivel de obesidad y enfermedad crónica no transmisible. *Calidad De Vida Y Salud*, 15(1), 30-40. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/339>
- Guedes, D. D. (2022). The influence of dominant cultural ideals on the mental and sexual health of homosexual men: An exploratory study of the “Bear” phenomenon. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7(280). <https://doi.org/10.32351/rca.v7.280>
- Guerras, J.-M., Hoyos Miller, J., Agustí, C., Chanos, S., Pichon, F., Kuske, M., Cigan, B., Fuertes, R., Stefanescu, R., Ooms, L., Casabona, J., de la Fuente, L., Belza, M.-J., & Euro HIV EDAT Working Group. (2021). Association of Sexualized Drug Use Patterns with HIV/STI Transmission Risk in an Internet Sample of Men Who Have Sex with Men from Seven European Countries. *Archives of Sexual Behavior*, 50(2), 461–477. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01801-z>
- Guzmán-Saldaña, R., Gómez-Peresmitré, G., León-Hernández, R., Platas-Acevedo, S., & Reyes-Jarquín, K. (2018). Imagen corporal. Un estudio comparativo entre hombres homosexuales y heterosexuales. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 7(13), 125-130. <https://doi.org/10.29057/icsa.v7i13.3478>

- Hage, J. (1972). *Techniques and problems of theory construction in sociology*. New York: John Wiley.
- Hammersley, M. (1989). *The dilemma of qualitative method*. Psychology Press. London: Routledge.
- Hanna, K. M. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 59-66. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(99\)80061-X](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80061-X)
- Harris, B., McCredie, M. N., Truong, T., Regan, T., Thompson, C. G., Leach, W., & Fields, S. A. (2023). Relations between adolescent sensation seeking and risky sexual behaviors across sex, race, and age: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 52(1), 191-204. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063343>
- Hassan, R., Thornton, N., King, H., Aufderheide, G., Silberzahn, B., Huettner, S.,.... & Fields, E. L. (2024). Perceptions of a community-based HIV/STI testing program among Black gay, bisexual, and other MSM in Baltimore: a qualitative analysis. *AIDS care*, 36, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2372722>
- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health psychology*, 13(3), 224–237. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.13.3.224>
- Herek, G. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research y Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Hernández, G. R., Caudillo, O. L., & Flores, A. M. (2018). Efecto del consumo de alcohol y homofobia internalizada en la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Jóvenes en la ciencia*, 4, 373–376.

<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2318>

- Hernández, S. R., & Mendoza, T. C. (2018) *Metodología investigación. La ruta de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Watson, R. J. (2019). Weight-based victimization, eating behaviors, and weight-related health in Sexual and Gender Minority Adolescents. *Appetite*, 141, 104321. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104321>
- Holmes, D., Numer, M., Hammond, C., Joy, P., & Sinno, J. (2021). Assembling bodies and technologies: a poststructural ethnography of sexualized drug use among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Gender, Technology and Development*, 25(2), 193-216. <https://doi.org/10.1080/09718524.2021.1940437>
- Huang, Y., Yu, B., Jia, P., Wang, Z., Yang, S., Tian, C., Lai, W., & Yang, S. (2020). Association between Psychological Factors and Condom Use with Regular and Nonregular Male Sexual Partners among Chinese MSM: A Quantitative Study Based on the Health Belief Model. *BioMed Research International*, 2020(1), 5807162. <https://doi.org/10.1155/2020/5807162>
- IJland, E. F. (2018). *Adolescents' pornography use, gender-stereotypical sexual beliefs, negative attitudes towards homosexuality and the role of sex education* (Master's thesis). University of Utrecht.
- Íncera-Fernández, D., Román, F. J., Moreno-Guillén, S., & Gámez-Guadix, M. (2023). Understanding Sexualized Drug Use: Substances, Reasons, Consequences, and Self-Perceptions among Men Who Have Sex with Other Men in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2751. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20032751>

- Jacobs, R. J., Fernandez M., Ownby, R. L., Bowen, G., Hardigan, P. C. & Kane, M. N. (2010). Factors associated with risk for unprotected receptive and insertive anal intercourse in men aged 40 and older who have sex with men. *AIDS Care*, 22(10), 1204-1211. <https://doi.org/10.1080/09540121003615137>
- Jacques, A. C., García, O. P., Díez, E., Martín, S., & Caylà, J. A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252-257. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>
- Jeffries, IV. W., Flores, S. A., Rooks-Peck, C. R., Gelaude, D. J., Belcher, L., Ricks, P. M., & Millett, G. A. (2021). Experienced homophobia and HIV infection risk among US gay, bisexual, and other men who have sex with men: a meta-analysis. *LGBT health*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0274>
- Jiménez, B. G. (2021). *Territorios, conflictos, subjetividades y cultura. Nuevas Voces en Ciencias Sociales (2019)*. Universidad Estatal a Distancia, EUNED. <https://repositorio.iis.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/f8882eca-c45d-429f-9f5f-b189bacdc33c/content>
- Jiménez, M. M. (2023). *Riesgos psicosociales en la conducta suicida de jóvenes homosexuales y bisexuales en el municipio de Medellín*. (Tesis Doctoral). Corporación Universitaria Minuto de Dios. <https://repository.uniminuto.edu/items/3ee8af53-2e4f-495c-9405-8d1e5f6038f0/full>
- Jiménez-Vázquez, V., Onofre-Rodríguez, D. J., & Benavides-Torres, R. A. (2018). Imagen corporal, búsqueda de sensaciones sexuales y prácticas sexuales más seguras en Hombres que tienen Sexo con Hombres de Nuevo León, México. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 207–215. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.390>

- Jiménez-Vázquez, V., Onofre-Rodríguez, D. J., Benavides-Torres, R. A., Garza-Elizondo, M. E., & Torres-Obregon, R. (2019). Uso de material sexual en línea y sexo seguro en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista internacional de andrología*, 17(3), 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.05.004>
- Johnston, L. G., & Sabin, K. (2010). Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological Innovations Online*, 5(2) 38-48. <https://doi.org/10.4256/mio.2010.0017>
- Kalichman, S. C., Heckman, T. & Kelly, J. A. (1996). Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 25(2), 141-54. <https://doi.org/10.1007/BF02437933>
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and Sexual Compulsivity Scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of personality assessment*, 65(3), 586–601. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Kashubeck-West, S., & Szymanski, D. (2008). Risky sexual behavior in gay and bisexual men: Internalized heterosexism, sensation seeking, and substance use. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 595-614. <https://doi.org/10.1177/0011000007309633>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12119-013-9214-1>
- Klein, H. (2013). Mental health functioning among men who use the Internet specifically to find partners for unprotected sex. *Mental Illness*, 5(e6), 18-25.

- Klein, H. (2009). Sexual orientation, drug use preference during sex, and HIV risk practices and preferences among men who specifically seek unprotected sex partners via the internet. *International journal of environmental research and public health*, 6(5), 1620-1632
- Korhonen, C. J., Flaherty, B. P., Wahome, E., Macharia, P., Musyoki, H., Battacharjee, P., Kimani, J., Doshi, M., Mathenge, J., Lorway, R. R., Sanders, E. J., & Graham, S. M. (2022). Validity and reliability of the Neilands sexual stigma scale among Kenyan gay, bisexual, and other men who have sex with men. *BMC public health*, 22(1), 754. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13066-3>
- Kraft, C., Robinson, B. B., Nordstrom, D. L., Bockting, W. O., & Rosser, B. R. (2006). Obesity, body image, and unsafe sex in men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 35(5), 587–595. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9059-x>
- Lafortune, D., Blais, M., Miller, G., Dion, L., Lalonde, F., & Dargis, L. (2021). Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A MixedMethods Systematic Review. *Archives of Sexual Behavior*, 50(2), 427–460. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01741-8>
- Lee, J. I., Chang, Y. P., Tsai, C. S., & Yen, C. F. (2022). Internalized sexual stigma among lesbian, gay, and bisexual individuals in Taiwan: Its related factors and association with mental health problems. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2427.
- Leluțiu-Weinberger, C., Rendina, H. J., Mirandola, M., Gios, L., Folch, C., Rafila, A. & Pachankis, J. E. (2019). The role of gay-related stigma in HIV-risk behavior among sexual minority men in Europe. *AIDS and Behavior*, 23(3), 684-694.

- Léobon, A., Velter, A., Engler, K., Drouin, M. C., & Otis, J. (2011). A relative profile of HIV-negative users of French websites for men seeking men and predictors of their regular risk taking: a comparison with HIV-positive users. *AIDS care*, 23(1), 25-34.
- Leonardi, M., Frecker, H., Scheim, A., & Kives, S. (2019). Reproductive Health Considerations in Minority Adolescents sexual or gender. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(1), 15-20.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.09.010>
- Lessard, L. M., Puhl, R. M., & Watson, R. J. (2020). Gay-Straight Alliances: A Mechanism of Health Risk Reduction Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescents. *American journal of preventive medicine*, 59(2), 196–203. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.02.020>
- Li, D., Li, C., Wang, Z., & Lau, J. T. (2015). Prevalence and Associated Factors of Unprotected Anal Intercourse with Regular Male Sex Partners among HIV Negative Men Who Have Sex with Men in China: A Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE*, 10(3), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119977>
- Liaerte, T. A. (2018). “Imaginate dos viejos chotos”: experiencias festivas y procesos de envejecimiento entre varones autonominados osos en la ciudad de Córdoba (Argentina). *Teoria e Cultura*, 13(1), 86-107. <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2018.v13.12408>
- Lima, A. S., Pitangui, A., Gomes, M., Mola, R., & Araújo, R. C. (2019). Risky sexual behaviors and their association with overweight and obesity among adolescent students: a cross-sectional study. *Einstein*, 17(3), eAO4782.
https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4782
- Lisboa, C., Stuardo, V., & Folch, C. (2023). Sexualized drug use among gay men and other men who have sex with men in Latin America: A description of the

phenomenon based on the results of LAMIS-2018. *Plos one*, 18(10), e0287683.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287683>

Lizarazo, G. A., Garzón, G. C., Moreno, V. D., Contreras, B. L., Herrera, M. O. (2021).

Promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva en sectores sociales lgbtiq una mirada psicológica a los factores implicados en el uso del condón en la comunidad LGBTIQ. (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Colombia.

<https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/4226412b-dd75-4e18-b1c6-1323f70b43f4/content>

Lluén, B. F., & Sosa C. S. (2022). *Conocimiento sobre VIH/SIDA y actitudes a*

conductas sexuales de riesgo en estudiantes de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, 2021. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10209>

López, C., H., Blackwell, C. W., & Schrimshaw, E. W. (2022). Paradoxical Obesity and Overweight Disparities Among Sexual Minority Men: A Meta-Analysis.

American Journal of Men's Health, 16(2).

<https://doi.org/10.1177/15579883221095387>

López, S. U., & Onofre, R. D. (2020). Factores socioculturales y conductas sexuales de riesgo del vih en hombres adultos latinoamericanos: revisión sistemática.

Horizonte De Enfermería, 31(2), 225–240.

<https://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/1440>

[2](#)

Loreto, F., & Manjongelli, L. (2018). *Construcción subjetiva de la masculinidad*

homosexual en pacientes con VIH. (Tesis Doctoral). Universidad Central de

Venezuela, Caracas. <http://saber.ucv.ve/handle/10872/18901>

Luo, R., Xie, Z., Silenzio, V. M., Kuang, Y., & Luo, D. (2023). Gay App Use, Sexuality

Traits, and High-Risk Sexual Behaviors Among Men Who Have Sex With Men

in China: Mediation Analysis. *Journal of medical Internet research*, 25, e49137.
<https://www.jmir.org/2023/1/e49137/>

Lyons, A., & Hosking, W. (2014) Health Disparities Among Common Subcultural Identities of Young Gay Men: Physical, Mental, and Sexual Health. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1621-1635. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0315->

Marcus, U., Schink, S. B., Sherriff, N., Jones, A. M., Gios, L., Folch, C., Berglund, T., Nöstlinger, C., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Dias, S. F., Gama, A. F., Naseva, E., Alexiev, I., Staneková, D., Toskin, I., Pitigoi, D., Rafila, A., Klavs, I., Mirandola, M., & Sialon II Network (2017). HIV serostatus knowledge and serostatus disclosure with the most recent anal intercourse partner in a European MSM sample recruited in 13 cities: results from the Sialon-II study. *BMC infectious diseases*, 17(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2814-x>

Márquez, Z. E. (2022). *¿Entre el exceso y la falta? Subjetividad y experiencias sexoafectivas de varones homosexuales con corporalidades gordas en la Ciudad de Puebla*. (Tesis de Maestría). Benemérita Universidad Autónoma De Puebla. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/d650808b-16e3-4cb6-88c3-6120cca7802e/full>

Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la Naturaleza Humana*. México editorial Trillas.

Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2015). Minority Stress, Depression, Relationship Quality, and Alcohol Use: Associations with Overweight and Obesity Among Partnered Young Adult Lesbians. *LGBT health*, 2(4), 333–340.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0053>

- Matarelli, S. (2013). Sexual Sensation Seeking and Internet Sex-Seeking of Middle Eastern Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 42(7), 1285-1297.
- McCarty-Caplan, D., Jantz, I., & Swartz, J. (2014). MSM and drug use: A latent class analysis of drug use and related sexual risk behaviors. *AIDS and Behavior*, 18, 1339-1351. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-013-0622-x>
- Meanley, S., Hickok, A., Johns, M. M., Pingel, E. S., & Bauermeister, J. A. (2014). Body mass index, body esteem, and unprotected receptive anal intercourse among young men who have sex with men who seek partners online. *Archives of sexual behavior*, 43(4), 735-744. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0159-0>
- Medina, L. S. (2022). Trastornos de la conducta alimentaria como herramientas de supervivencia en Hambre: Memorias de mi cuerpo de Roxane Gay. *Quaderns De Filologia - Estudis Literaris*, 27, 103–115. <https://doi.org/10.7203/qdfed.27.25741>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. https://www.academia.edu/91740792/Orlando_Mella_NATURALEZA_Y_ORIENTACIONES_TEO%3%93RICO_METODOL%3%93GICAS_DE_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA
- Méndez, A. J. (2022). *La actividad sexual con múltiples parejas como conducta de riesgo en nuevos contagios de VIH. Estudio realizado en la comunidad LGTBIQ+, con población HSH de Fundación Marco Antonio*. (Tesis Doctoral) Universidad de San Carlos de Guatemala. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/18639/>

- Méndez, A. J. (2022) *La actividad sexual con múltiples parejas como conducta de riesgo en nuevos contagios de VIH. Estudio realizado en la comunidad LGTBIQ+, con población HSH de Fundación Marco Antonio*. (Tesis de pregrado), Universidad de San Carlos de Guatemala.
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/18639/>
- Mendoza-Pérez, J. C., López-Barrientos, H. A., & Campillo-Arjón, C. M. (2023). El abordaje de la salud de hombres gay que consumen sustancias en México: un acercamiento a través de grupos focales. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 9(2), 145-157. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.2.04>
- 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(5), 700-712.
- Merlyn, M. F., Jayo, L., Ortiz, D., & Moreta, H. R. (2020). Consumo de pornografía y su impacto en actitudes y conductas en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 20(2), 59-76.
<https://dx.doi.org/10.18682/pd.v20i2.1871>
- Michel, S., & Soskolne, V. (2020). Internalized homophobia and sexual risk behavior among HIV-infected men who have sex with men in Israel. *Social Work In Health Care*, 1(9), 1-16. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1859045>
- Miller, M., & Neaigus, A. (2020). Sex partner support, drug use and sex risk among HIV-negative non-injecting heroin users. *AIDS care*, 14(6), 801–813.
<https://doi.org/10.1080/0954012021000031877>
- Molina, C. M. (2018). *Intervención Psicológica Vía Aplicación Móvil sobre Insatisfacción Corporal y Conductas Sexuales de Riesgo*. (Tesis Doctoral). Instituto Politécnico Nacional. <https://www.virtual.cics-sto.ipn.mx/REDIMIP/TESIS2018/2018-4.pdf>

- Molina, H. G. (2018). *La construcción de la masculinidad en una comunidad de hombres homosexuales: el caso de los osos tapatíos*. (Tesis de Maestría). Universidad de Guadalajara.
https://www.academia.edu/37928842/La_construcci%C3%B3n_de_la_masculinidad_en_una_comunidad_de_hombres_homosexuales_el_caso_de_los_osos_tapat%C3%ADos_pdf
- Moncada, R. J., & Zeledón, C. B. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir VIH/SIDA en estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREN-ESTELI en el período comprendido entre enero-septiembre del 2007*. (Tesis Doctoral).
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/702/1/209315.pdf>
- Monjarás, R. R., & Mena, F. R. (2021). El cuerpo situado en Grindr©: Experiencias de la sexualidad gay en la interacción digital. *Géneros*, 28(30), 183–214.
<https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/19>
- Mor, Z., Parfionov, K., Davidovitch, N., & Grotto, I. (2014). Gym exercising patterns, lifestyle and high-risk sexual behaviour in men who have sex with men and in heterosexual men. *BMJ open*, 4(11), 1-8.
- Mor, Z., Turner, D., Livnat, Y., & Levy, I. (2017). HIV infected men who have sex with men in Israel: knowledge, attitudes and sexual behavior. *BMC infectious diseases*, 17(1), 679-686.
- Moral, D. J., Valdez, M. C., & Onofre R. D. (2016). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Influencias Situacionales para Conducta Sexual en Hombres que tienen Sexo con Hombres. *Revista Mexicana De Investigación En Psicología*, 1–18. <https://doi.org/10.32870/rmip.vi.308>

- Moskowitz, D. A., & Seal, D. W. (2011). Self-esteem in HIV-positive and HIV negative gay and bisexual men: implications for risk-taking behaviors with casual sex partners. *AIDS and behavior*, 15(3), 621-625. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9692-1>
- Moskowitz, D. A., & Seal, D. W. (2010). Revisiting obesity and condom use in men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 761–765. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9478-6>
- Moskowitz, D. A., Turrubiates, J., Lozano, H., & Hajek, C. (2013). Physical, behavioral, and psychological traits of gay men identifying as bears. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 775-784. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0095-z>
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 562-567. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000645>
- Nebot, G. J. (2022). *Estrés de las minorías sexuales y su impacto en la salud mental de las personas LGB+*. (Tesis de Doctorado). Universitat Jaume I. Escola de Doctorat. <https://www.tdx.cat/handle/10803/675502#page=1>
- Nebot-García, J. E., Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E., Elipe-Miravet, M., & Gil-Llario, M. D. (2023). Differences in the sexual life of Spanish men during the COVID-19 lockdown by sexual orientation. *Psicothema*, 35(3), 227-237. <https://dx.doi.org/10.7334/psicothema2022.387>
- Newcomb, M., & Mustanski, B. (2009). Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 189-99. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9573-8>

- Newcomb, M., Clerkin, E., & Mustanski, B. (2011). Sensation seeking moderates the effects of alcohol and drug use prior to sex on sexual risk in young men who have sex with men. *AIDS Behavior*, 15(3), 565-75.
<https://doi.org/10.1007/s10461-010-9832-7>.
- Nunan, A. (2017). Prejuicio internalizado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Argumento de la psicología*, 28(62), 247-259.
<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/19941>
- Nureña, A. C. (2010). *Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH*. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2010/nu%C3%B1era_ac/nurena_ac.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2010/nu%C3%B1era_ac/nurena_ac.pdf)
- Nydegger, L. A., Ames, S. L., & Stacy, A. W. (2017). Predictive utility and measurement properties of the Strength of Implementation Intentions Scale (SIIS) for condom use. *Social science & medicine*, 185(1), 102–109.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.035>
- Nyembezi, A., Ruiters, R. A., Van den Borne, B., Sifunda, S., Funani, I., & Reddy, P. (2014). Correlates of consistent condom use among recently initiated and traditionally circumcised men in the rural areas of the Eastern Cape Province, South Africa. *BMC public health*, 14(1), 668-690.
- Nyoni, J. E., & Ross, M. W. (2013). Condom use and HIV-related behaviors in urban Tanzanian men who have sex with men: a study of beliefs, HIV knowledge sources, partner interactions and risk behaviors. *AIDS care*, 25(2), 223–229.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2012.699671>
- Orellana, L., Márquez, M. C., Farías, P., Liempi, G., & Schnettler, B. (2022). Apoyo social, actitudes hacia la sexualidad y satisfacción vital según orientación sexual

en estudiantes universitarios. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 43-57.

<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i132.47033>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Obesidad y sobrepeso*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *América Latina y el Caribe*.

Panorama regional de seguridad alimentaria y nutricional.

<https://www.paho.org/es/noticias/7-12-2021-informe-panorama-nutricional-oms-fao-hambre-america-latina-caribe-aumento-138#:~:text=El%20sobrepeso%20y%20la%20obesidad,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe>.

Ortega, C. S., & Rodenas C. R. (2006). *Causas psicosociales que provocan trastornos psicológicos y sentimientos de inseguridad en homosexuales masculinos*. (Tesis de pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala.

<http://www.repositorio.usac.edu.gt/14626/>

Ortiz, L., & García, M. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 956-64

Ortiz, B. I. (2023). *Discriminación, significados y salud mental en personas homosexuales: escuchando sus historias de vida*. (Tesis de pregrado).

Universidad Cooperativa de Colombia.

<https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/8d83a6ab-236e-4f5f-9c98-ab12804c2a46>

Oshana, D. (2021). *The case of Grindr and gay men's embodiment and body image through new media*. (Tesis de Maestría). University St. Catharines, Ontario.

<https://dr.library.brocku.ca/handle/10464/15062>

- Painter, T. M., Song, E. Y., Mullins, M. M., Mann-Jackson, L., Alonzo, J., Reboussin, B. A., & Rhodes, S. D. (2019). Social support and other factors associated with HIV testing by Hispanic/Latino gay, bisexual, and other men who have sex with men in the U.S. South. *AIDS and Behavior*, 23(3), 251–265.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02540-6>
- Palacios-Delgado, J. R., & Ortego-García, N. (2020). Diferencias en los estilos de negociación sexual y autoeficacia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios de Querétaro, México, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(1), 920.
- Panza, E., Olson, K., Goldstein, C. M., Selby, E. A., & Lillis, J. (2020). Characterizing Lifetime and Daily Experiences of Weight Stigma among Sexual Minority Women with Overweight and Obesity: A Descriptive Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4892.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17134892>
- Parker, L. L., & Harriger, J. A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of eating disorders*, 8, 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>
- Parry, S., Curtis, H., Chadwick, D., British, H. V., & Association Audit and Standards Sub-Committee (2019). Bienestar psicológico y uso de alcohol y drogas recreativas: resultados de la auditoría nacional de la Asociación Británica del VIH (BHIVA) 2017. *HIV Medicine*, 20(6), 424–427.
<https://doi.org/10.1111/hiv.12744>
- Peltzer, K. (2000). Factors Affecting Condom Use among South African University Students. *East African Medical Journal*, (1), 46-25.

- Peplau, L. A., Frederick, D. A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., & Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1):713-725.
- Perales, F., & Plage, S. (2020). Sexual orientation, geographic proximity, and contact frequency between adult siblings. *Journal of Marriage and Family*, 82(5), 1444–1460. <https://doi.org/10.1111/jomf.12669>
- Pereira, H. (2021). Sexual Health Determinants of Normal Weight, Overweight, and Obese Sexual Minority Men. *Journal of Obesity*, 2021, 1272316. <https://doi.org/10.1155/2021/1272316>
- Pérez, B. C., & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440307>
- Pineda, R. C. (2016). Propiedades psicométricas de una prueba de homonegatividad internalizada en varones homosexuales y bisexuales colombianos. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 47-65. <http://www.redalyc.org/html/213/21345152004/>.
- Pitpitan, E. V., Goodman-Meza, D., Burgos, J. L., Abramovitz, D., Chavarin, C. V., Torres, K., &... Patterson, T. L. (2015). Prevalence and correlates of HIV among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. *Journal Of The International AIDS Society*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19304>
- Plascencia-De la Torre, J. C., Martínez-Martínez, K. I., Correa-Romero, F. E., Sánchez-Medina, R., & Reynoso-González, O. U. (2024). Asertividad sexual y su relación con el uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Uaricha, Revista de Psicología*, 22, 30-41. <https://doi.org/10.35830/08aggx62>
- Polit, D. F., & Tatano, B. C. (2018) *Investigación en Enfermería: Fundamentos Para El Uso de la Evidencia en la Práctica de la Enfermería*. (9ª Ed). Wolters kluwer.

- Prabawanti, C. (2015). *Hacia intervenciones efectivas para las personas transgénero y sus clientes para prevenir la infección y transmisión del VIH: Un estudio de los determinantes psicológicos, el comportamiento sexual y las características sociodemográficas relacionadas con el uso del condón y el uso de la atención médica*. (Tesis Doctoral). Universidad de Groningen.
<https://research.rug.nl/en/publications/towards-effective-interventions-for-transgender-people-and-their->
- Prestage, G. G., Mao, L. L., McGuigan, D. D., Crawford, J. J., Kippax, S. S., Kaldor, J. J., & Grulich, A. E. (2006). HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. *AIDS Care*, 18(2), 166-172.
<https://doi.org/10.1080/09540120500358951>.
- Prestage, G., Fengyi, J., Bavinton, B., Scott, S., & Hurley, M. (2013). Do differences in age between sexual partners affect sexual risk behavior among Australian gay and bisexual men? *Sexually Transmitted Infections*, 89(8), 653-658.
<https://doi.org/10.1136/sextrans2012-050947>
- Prestage, G., Kippax, S., Fengyi, J., Frankland, A., Imrie, J., Grulich, A. E., & Zablotska, I. (2009). Does age affect sexual behavior among gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia? *AIDS Care*, 21(9), 1098-1105.
<https://doi.org/10.1080/09540120802705867>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida [ONUSIDA]. (2022). *Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Unaids.org. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida [ONUSIDA]. (2023). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el vih/ sida*.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Watson, R. J. (2019). Weight-based victimization among sexual and gender minority adolescents: Implications for substance use and mental health. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 38(8), 727–737.

<https://doi.org/10.1037/hea0000758>

Quidley-Rodríguez, N., & De Santis, J. P. (2016). Physical, psychosocial, and social health of men who identify as bears: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23), 3484–3496. <https://doi.org/10.1111/jocn.13368>

Quidley-Rodríguez, N., De Santis, J. P. (2022). Sexual Decision Making Among Men Who Identify as Bears: a Grounded Theory Study. *Sex Res Soc Policy*, 19(1), 1139–1154. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00614-6>

Quintana, R. S. (2023). *La punta roma. Análisis de los itinerarios de atención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres y hombres homosexuales en la ciudad de Bogotá*. (Tesis de Maestría). Universidad de los Andes.

<https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/89126340-6c4d-4afd-ba62-52b7e9c55238>

Rahim, N. K., Waluyo, A., & Yona, S. (2021). The relationship between self-efficacy and spirituality in condom use behaviour among MSM-PLWHA in Bandung, indonesia. *Journal of public health research*, 2021(s1), 10.

<https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2339>

Rainey, J. C., Furman, C. R., & Gearhardt, A. N. (2018). Food addiction among sexual minorities. *Appetite*, 120(1), 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.019>

Ramos, M. E. (2018). *Estigma estructural y orientación sexual: La experiencia vinculada a la salud mental de hombres homosexuales jóvenes en Puerto Rico*.

(Tesis Doctoral) Universidad de Puerto Rico.

<https://www.proquest.com/openview/6a9f3adb75583f958e05ac529aad20e5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Raymond, H., Fisher, C. Y., Stall, R. D., & McFarland, W. (2011). Adolescent experiences of discrimination, harassment, connectedness to community and comfort with sexual orientation reported by adult men who have sex with men as a predictor of adult HIV status. *AIDS and Behavior*, 15, 550-556.

<https://doi.org/10.1007/s10461-009-9634-y>

Reback, C. J., & Larkins, S. (2013). HIV Risk Behaviors among a Sample of Heterosexually Identified Men who Occasionally Have Sex with Another Male and/or a Transwoman. *Journal of Sex Research*, 50(2), 151-163.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2011.632101>

Regan, T., Thamotharan, S., Hahn, H., Harris, B., Engler, S., Schueler, J., & Fields, S. A. (2020). Sensation seeking, sexual orientation, and drug abuse symptoms in a community sample of emerging adults. *Behavioural Pharmacology*, 31(1), 102-107. <https://doi.org/10.1097/FBP.0000000000000523>

Reilly, A., Yancura, L. A., & Young, D. M. (2013). Three predictive variables of social physique anxiety among gay men. *Psychology and Sexuality*, 4(3), 244-254.

<https://doi.org/10.1080/19419899.2011.647924>

Reis, M., Ramiro, L., Gaspar, M. G., & Alves, D. J. (2013). Nation wide survey of contraceptive and sexually transmitted infection knowledge, attitudes and skills of university students in Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 127-137.

Restrepo, P. J. (2022). Salud psicosocial de la población de gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.010>

- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Song, E. Y., Tanner, A. E., Arellano, J. E., Rodriguez-Celedon, R., Garcia, M., Freeman, A., Reboussin, B. A., & Painter, T. M. (2017). Small-Group Randomized Controlled Trial to Increase Condom Use and HIV Testing Among Hispanic/Latino Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men. *American journal of public health*, 107(6), 969–976. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303814>
- Rivera, R., Docal, M., Santos, D., & Cabrera, V. (2016). Consumo de pornografía on-line y off-line en adolescentes colombianos. *Comunicar*, 24(46), 37-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15847441004>
- Robles, M., Solano, C., Díaz, L., Moreno, R., Frías, A., Rodríguez, C., & Barroso, V. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- Rodríguez, F. F., Vinicius, D. P., Souza, B. C., De Amorim, C. C., Ribeiro, F. C., & Spindola, T. (2017). Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enfermería Global*, 46 (1), 50-64. <https://www.scielo.org/article/resp/2021.v95/e202106089/#>
- Rosario, M., Schrimshaw, E., & Hunter, J. (2011). Different patterns of sexual identity development over time: Implications for the psychological adjustment of lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal Sex Research*, 48(1), 3-15.
- Rosario, M., Scrimshaw, E.W., & Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education and Prevention*, 18, 444–460.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, N. J. Princeton University Press.

- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). *Cognitive, affective and behavioral components of attitudes*. En C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (eds), *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.
- Rosenbloom, T. (2003). Risk evaluation and risky behaviors of high and low sensation seekers. *Social Behavior and Personality*, 31, 375- 386.
- Ross, M. W, Rosser, B., & Smolenski, D. (2010). The Importance of Measuring Internalized Homophobia/Homonegativity. *Archives of Sexual Behavior*.
<https://doi.org/10.1007/s10508-010-9634-z>.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Saiz, G. M. (2017). *Desmontando GRINDR Usos, percepciones e implicaciones de la plataforma de contactos hombre-hombre*. (Tesis de Maestría) Universidad Politécnica de Madrid.
[https://www.academia.edu/33302069/Desmontando GRINDR Usos percepciones e implicaciones de la plataforma de contactos hombre-hombre](https://www.academia.edu/33302069/Desmontando_GRINDR_Usos_percepciones_e_implicaciones_de_la_plataforma_de_contactos_hombre-hombre)
- Salvador-Ginez, O., Ortega A. P., Rivera A. S., & García-Mira, R. (2017). Validez y confiabilidad de la Escala de Percepción de Riesgo de Deslave en la Ciudad de México. *Acta de investigación psicológica*, 7(1), 2618-2626.
<https://doi.org/10.1016/j.aippr.2016.11.006>
- Sánchez, M., R., Bárcena, G., S., Enríquez, N., D., & Muñoz, M. S. (2020). Emociones asociadas a la primera relación sexual en gays y lesbianas. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(1), 89-108.
<http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18095>

- Sánchez, S. R., Robles, M. S., & Enríquez, N. D. (2015). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley, *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 1(1), 114-125.
- Sánchez, M. R., & Rosales, P. C. (2022). Intervenciones mediadas por tecnología en la prevención del VIH: Una revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas*, 22, 25-25. <https://doi.org/10.18294/pm.2022.4003>
- Sánchez, M. R., Lozano Q. M., Negrete R. O., Enríquez N. D., & Estrada M. M. (2021). Validación de la escala de percepción de riesgo ante el VIH (EPR-VIH) en hombres. *Revista De Psicología*, 20(2), 34–54. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe110>
- Santiesteban, D. Y., Orlando, N. S., & Ballester, R. S. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciênc. saúde colet*, 24 (4), 1417-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.02322017>
- Scher, A. (2016) Stigma and discrimination against men who have sex with men (MSM) and transgender women: the impact on vulnerability and risk of HIV / AIDS. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2461. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2461
- Schnarrs, P. W., Rosenberger, J. G., Schick, V., Delgado, A., Briggs, L., Dodge, B., & Reece, M. (2017). Difference in Condom Use Between Bear Concordant and Discordant Dyads During the Last Anal Sex Event. *Journal of homosexuality*, 64(2), 195–208. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174024>
- Semlyen, J., Curtis, T. J., & Varney, J. (2020). Sexual orientation identity in relation to unhealthy body mass index: individual participant data meta-analysis of 93 429 individuals from 12 UK health surveys. *Journal of public health*, 42(1), 98–106. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy224>

- Sen, S., Aguilar, J. P., & Petty, M. (2021). An ecological framework for understanding HIV- and AIDS-related stigma among Asian American and Pacific Islander men who have sex with men living in the USA. *Culture, Health & Sexuality*, 23(1), 85–97. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1690164>
- Sevillano, W. H., Arizabaleta, M. D., Gomez, J. O., & Quevedo, J. E. (2021). Producciones subjetivas emergentes en la experiencia de la sexualidad en Hombres que tienen sexo con hombres de la ciudad Cali: familia y estigma. *La manzana de la discordia*, 16(1), 96-133. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v16i1.10746>
- Sewell, J., Cambiano, V., Speakman, A., Lampe, F. C., Phillips, A., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., & Rodger, A. J. (2019). Changes in chemsex and sexual behaviour over time, among a cohort of MSM in London and Brighton: Findings from the AURAH2 study. *The International journal on drug policy*, 68, 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.021>
- Sewell, J., Cambiano, V., Miltz, A., Speakman, A., Lampe, F. C., Phillips, A. ... & Rodger, A. (2018). Changes in recreational drug use, drug use associated with Chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013-2016. *Sexually Transmitted Infections*, 94(7), 494–501. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053439>
- Shahar, M., & Varda, S. (2020) Internalized homophobia and sexual risk behavior among HIV-infected men who have sex with men in Israel. *Social Work in Health Care*, 59(10), 709-724. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1859045>
- Skakoon-Sparling, S., Berlin, G., Lachowsky, N. J., Moore, D. M., Lambert, G., Cox, J., Grace, D., Apelian, H., Sang, J. M., & Hart, T. A. (2022). Social support and HIV prevention behaviors among urban HIV-negative gay, bisexual, and other

men who have sex with men. *Health Psychology*, 41(1), 65-75.

<https://doi.org/10.1037/hea0001131>

Smith, J. G., & Amaro, G. (2021). "No Fats, No Femmes, and No Blacks or Asians": The Role of Body-type, Sex Position, and Race on Condom Use Online. *AIDS and behavior*, 25(7), 2166–2176. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03146-z>.

Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256–263. <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>

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. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2012.07.001>

Sousa, L. R., Elias, H. C., Caliani, J. D., Oliveira, A. C., Gir, E., & Reis, R. K. (2023). Uso inconsistente del preservativo masculino en hombres VIH negativos que tienen sexo con hombres. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 31, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6327.3890>

Stanojlovic, M. (2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 5(1), 99–110. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5\(1\).99-110](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5(1).99-110)

Stein, D., Silvera, R., Hagerty, R., & Marmor, M. (2012). Viewing pornography depicting unprotected anal intercourse: Are there implications for HIV prevention among men who have sex with men? *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 411-419.

- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Strauss, A. L. (1970). *Discovering new theory from previous theory*. In T. Shibutani (Ed.), *Human nature and collective behavior: Papers in honor of Herbert Blumer* (pp. 46–53). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). *Grounded theory methodology: An overview*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273–285). Sage Publications, Inc.
- Stroem, I. F., Goodman K., & Mitchell K. J. (2021). Risk and protective factors for adolescent relationship abuse across different sexual and gender identities. *J Youth Adolescence*, 50, 1521-1536. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01461-9>
- Stuart, D. (2013). Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV nursing*, 13(1), 6-10.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- Teva, I., Bermúdez, M. P. & Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136.
- Tinat, K., & Núñez, R. M. (2021). Obesidad y género: una propuesta de investigación. *Inter disciplina*, 10(26), 119. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80971>

- Tomkins, A., George, R., & Kliner, M. (2019). Sexualised drug taking among men who have sex with men: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 23–33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
- Tomori, C., Srikrishnan, A., Ridgeway, K., Salomon, S., Mehta, S., Salomon, S., & Celentano, D. (2016). Friends, Sisters, and Wives: Social Support and Social Risks in Peer Relationships Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in India. *AIDS Education and Prevention*, 28(2). <https://doi.org/10.1521/aeap.2016.28.2.153>
- Torres, J. L., Torres, R. A., González, V., & Rodríguez, D. J. (2019). Prototipo móvil para fomentar el uso de condón en jóvenes mexicanos: un estudio de caso. *Revista Cubana de Informática Médica*, 11(2), 65-79.
- Torres, A. R. (2021). *Idealización del cuerpo en hombres con orientación sexual homosexual y heterosexual: ¿Exigencia masculina sobre la pareja o moda actual?* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000812624/3/0812624.pdf>
- Traeen, B., Hald, G. M., Noor, S. W., Iantaffi, A. Grey, J., & Rosser, B. S. (2014). The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International Journal of Sexual Health*, 26(1), 13-24.
- Triandis, H. C. (1980). Values, Attitudes, and Interpersonal Behavior. *Nebraska Symposium on Motivation*, 27, 195–259.
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., Asai, M., & Lucca, N. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup

- relationships. *Journal of personality and Social Psychology*, 54(2), 323–338
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.2.323>
- Tucker, A., De Swardt, G., Struthers, H., & McIntyre, J. (2013). Understanding the Needs of Township Men Who have Sex with Men (MSM) Health Outreach Workers: Exploring the Interplay Between Volunteer Training, Social Capital and Critical Consciousness. *AIDS and Behavior*, 17, 33-42.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-012-0287-x>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00704.x>
- Tylka, T. L., & Andorka, M. J. (2012). Support for an expanded tripartite influence model with gay men. *Body Image*, 9(1), 57-67.
- Valdez, M. C. (2011). *Uso de material sexual en línea y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Valdez, M. C. (2015). *Modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Valdez, M. C., Onofre, R. D., Moral, D. J., & Ahumada, C. J. (2020). Factores asociados al consumo de drogas previo encuentro sexual y asistencia a sitios en hombres que tienen sexo con hombres. *Eureka: Asunción (Paraguay)*, 17:203-217.
<https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-20.pdf>
- Valdez, M. C., Benavides, T. R., González, V., Onofre, R. D., & Castillo, A. (2015). Internet and sexual risk behavior for HIV/AIDS in young people. *Enfermería Global*, 38, 160-168.
- Valdez, M. C., Castillo, A., Olvera, B., Onofre, R., & Caudillo, O. (2015). Reflexión de los determinantes sociales de la conducta sexual en hombres que tienen

relaciones sexuales con hombres. *Cuidado de Enfermería y Educación en Salud*, 2(1), 34-47.

Valdez-Montero, C., Onofre-Rodríguez, D., Moral, D. J., Ahumada-Cortez, J. (2020). Factores asociados al consumo de drogas previo encuentro sexual y asistencia a sitios en hombres que tienen sexo con hombres. *Eureka: Asunción (Paraguay)* 17(M): 203-217.

<https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/158/161>

Valencia-Molina, C. P., Burgos-Dávila, D. C., Sabala-Moreno, M. C., & Sierra-Perez, Á. J. (2021). Limitaciones y barreras en el uso del condón en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 23(2), 129-135.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000200129

Valles, M. S. (2014). *Entrevistas cualitativas: revisada y ampliada*. (2ª Ed.). Centro de Investigaciones Sociológicas.

VanKim, N. A., Erickson, D. J., Eisenberg, M. E., Lust, K., Rosser, B. R., & Laska, M. N. (2016). Relationship between weight-related behavioral profiles and health outcomes by sexual orientation and gender. *Obesity*, 24(7), 1572–1581.

<https://doi.org/10.1002/oby.21516>

Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. Á. (2013). Body image: literature review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.

<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>

Vázquez-Gómez, S., & Vázquez-Gómez, L. (2024). Profilaxis pre-exposición de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y su influencia en otras enfermedades de transmisión sexual: una revisión bibliográfica. *Ciencia y Salud*, 8(2), 75-86. <https://doi.org/10.22206/cysa.2024.v8i2.2893>

- Verdecia, I. B., Acosta, X. C., & Carrasco, A. A. (2015). Conocimiento, actitud y uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Archivos del Hospital Universitario " General Calixto García"*, 3(1), 26-36.
- Vieira, J. E. (2021). Desejos carnudos: corpos gordos, háptico e pornô gay amador. *Imagofagia*, (17), 479–498.
<https://www.asaeca.org/imagofagia/index.php/imagofagia/article/view/228>
- Villa-Rueda, A. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Churchill, S., Ramírez-Barajas, F., & Benavides-Torres, R. A. (2021). Multilevel elements associated with HIV serosorting for sexual encounters: a scoping literature review. *Ciencia & saude coletiva*, 26(6), 2183–2194. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.13142019>
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Wang, Y., Wang, Z., Jia, M., Liang, A., Yuan, D., Sun, Z. & Zhang, Z. (2017). Association between a syndemic of psychosocial problems and unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Shanghai, China. *BMC infectious diseases*, 17(1), 46-54.
- Wang, H., Zhang, L., Zhou, Y., Wang, K., Zhang, X., Wu, J., & Wang, G. (2018). The use of geosocial networking smartphone applications and the risk of sexually transmitted infections among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 18(1), 1178.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6092-3>
- Warren, J., Fernández, M., Harper, G., Hidalgo, M., Jamil, O., & Torres, R. (2008). Predictors of unprotected sex among young sexually active African American,

- Hispanic, and White MSM: the importance of ethnicity and culture. *AIDS and Behavior*, 12(3), 459-468.
- Wilkerson, J. M., Iantaffi, A., Smolenski, D. J., Brady, S. S., Horvath, K. J., Grey, J. A. & Rosser, B. S. (2012). The SEM risk behavior (SRB) model: A new conceptual model of how pornography influences the sexual intentions and HIV risk behavior of MSM. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(3), 217-230.
- William, K., & Cherly, A. (1999). Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *Journal of Adolescent Health*, 24, 63–72
- Wilson, P. A., Stadler, G., Boone, M. R., & Bolger, N. (2014). Fluctuations in depression and well-being are associated with sexual risk episodes among HIV-positive men. *Health Psychology*, 33(7), 681–685.
<https://doi.org/10.1037/a0035405>
- Wim, V. B., Christiana, N., & Marie, L. (2014). Syndemic and other risk factors for unprotected anal intercourse among an online sample of Belgian HIV negative men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 18(1), 50-58.
- Wiseman, M. C., & Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 154–166.
- Xu, W., Zheng, L., Xu, Y., & Zheng, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest China. *International Journal for Equity in Health*, 16(36), 1-10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28222806/>
- Yang, L., & Sun, Z. (2024). Are All Gay Men at Risk of Developing HIV/AIDS? Why China's Mass HIV Testing Has Majorly Targeted Gay Men in the Era of

- Biomedicalization. *American Journal of Men's Health*, 18(1), 15579883241230165. <https://doi.org/10.1177/15579883241230165>
- Yeo, T. E., & Ng, Y. L. (2016). Sexual risk behaviors among apps-using young men who have sex with men in Hong Kong. *AIDS care*, 28(3), 314–318. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1093597>
- Yzer, M. (2012). The integrative model of behavioral prediction as a tool for designing health. Health communication message design: Theory and practice. In book: *Designing Messages for Health Communication Campaigns: Theory and Practice* (21-40). Publisher: SageEditors: H. Cho.
- Zaruma, J., & Villavicencio, M. (2016). *Homosexualidad y autoestima de los integrantes de la comunidad LGBTI de Riobamba en el periodo mayo-octubre 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/864>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation Seeking and Risk Behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.

ANEXOS

Anexo A

Cédula de datos personales clave

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas de aspecto personal y relacionados a su sexualidad, se le pide contestar la siguiente información lo más honesto posible de acuerdo con sus datos personales, recordando que la información que proporcione es muy importante y es totalmente confidencial.

Datos sociodemográficos y antropométricos

Folio:

1. Edad en años cumplidos _____
 2. ¿Cuál fue tu sexo al nacer?
 - a) Masculino ()
 - b) Femenino ()
 3. ¿Consideras que tienes sobrepeso u obesidad?
 - a) Sí ()
 - b) No ()
- Peso (kg): _____ Talla (m): _____

Datos de sexualidad

4. ¿Cómo define su orientación sexual?
 - a) Homosexual/gay ()
 - b) Bisexual ()
 - c) Heterosexual ()
 - d) Prefiero no etiquetarme ()
 - e) No me he definido ()
 - f) Otro:
5. ¿Te identificas con una de las siguientes subcategorías?
 - a) Bear/Oso ()
 - b) Wolf/Lobo ()
 - c) Cub/Cachorro ()
 - d) No las conozco ()
 - e) No me identifico ()
 - f) Otra:
6. ¿Ha tenido alguna vez en la vida una infección de transmisión sexual
 - a) Sí ()
 - b) No () _____

Si respondiste “Sí” ¿Cuál fue la infección que tuvo? _____
7. Actualmente ¿vives con VIH?
 - a) Sí ()
 - b) No () _____

Anexo B

Cédula de datos personales

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas de aspecto personal y relacionados a su sexualidad, se le pide contestar la siguiente información lo más honesto posible de acuerdo con sus datos personales, recordando que la información que proporcione es muy importante y es totalmente confidencial.

Datos sociodemográficos y antropométricos

Folio:

1. Estado civil:

- | | | |
|-------------------|--------------------|--------------|
| a) Soltero () | b) Casado () | c) Viudo () |
| d) Divorciado () | e) Unión libre () | |

2. Años de estudio: _____.

Datos de sexualidad

3. En la siguiente pregunta, usted puede responder más de una de las opciones de respuesta: ¿Usted tiene pareja (s)?

- | | | | |
|------------------------|---------------|---------------|----------------|
| a) Pareja estable | I. Hombre () | II. Mujer () | III. Ambos () |
| b) Pareja ocasional | I. Hombre () | II. Mujer () | III. Ambos () |
| c) No tengo pareja () | | | |

4. En los últimos 12 meses ¿Cuántas parejas sexuales hombres ha tenido (incluyendo estables y ocasionales)? _____.

5. En los últimos 12 meses ¿Qué tipo de relaciones sexuales tuviste?

- | | | |
|---------------|---------------|------------------------|
| a. Anales () | b. Orales () | c. Anales y Orales () |
|---------------|---------------|------------------------|

6. ¿Cuál es el rol desempeñado durante la practica sexual?

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| a) Insertivo Activo) () | b) Receptivo (Pasivo) () | c) Ambos (Versátil) () |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|

Anexo C

Tarjetas relacionadas con la conducta sexual (Técnica de las tarjetas)

Amor propio / Confianza en sí mismo / Seguridad	Restricción alimentaria
Preocupación por ingesta alimentaria	Pienso demasiado en la comida
Sobrepeso / Obesidad	Mi apariencia corporal
Considero que el condón es confiable	El uso del condón genera placer
Prejuicios hacia el condón	Vergüenza de negociar el condón
Puedo adquirir condones fácilmente	Apoyo de pareja
Soy capaz de siempre usar un condón	Puedo usar un condón de forma correcta

Soy capaz de convencer a mi pareja para usar un condón	Conozco la técnica de colocación del condón
Consumo de alcohol / drogas	Veo / comparto material sexual virtualmente
Intento usar condón	Intento tener una sola pareja sexual
Satisfacción sexual personal	Satisfacción sexual con la pareja
Satisfacción en las relaciones	Disfruto mis relaciones sexuales
La frecuencia de la actividad sexual	Me interesa tener actividad sexual
Puedo lograr una erección con facilidad	Frecuencia de orgasmos sexuales
Me he sentido rechazado socialmente	Rechazo personal hacia mi identidad sexual

Anexo D

Guía semi-estructurada de entrevista para hombres que tienen sexo con hombres con obesidad

Instrucciones: La siguiente entrevista deberá realizarse en un contexto tranquilo y en confianza, además de informar al participante que la entrevista será grabada para efectos de investigación.

Buen día/tarde, mi nombre es Carlos Alberto Catalán Gómez soy estudiante de doctorado, estoy realizando un trabajo de investigación con la finalidad de conocer diferentes vivencias que tienen adultos jóvenes como tú, que viven aquí en Monterrey y área metropolitana. Para esto, estoy realizando una serie de entrevistas con la intención de conocer sus historias y experiencias relacionadas hacia su cuerpo y su conducta sexual. Si deseas participar podemos conversar más a fondo sobre ello. Tu participación será de forma voluntaria, confidencial y anónima, así mismo, la entrevista tendrá una duración aproximada de 40 minutos y si estás de acuerdo esta será grabada. Oye y adentrándonos un poco al abordaje de esta entrevista, sabemos que en la actualidad los ideales estéticos y de belleza presentan constantes cambios. Podrías comentarme.

Preguntas para exploración: Autopercepción.

1. ¿Qué piensas sobre esto?
2. ¿Cómo visualizas tu cuerpo?
3. ¿En qué momento crees que empezó esta percepción?
4. ¿Cuál era tu percepción antes de esto?

Preguntas para exploración: Percepción social.

5. ¿Cómo crees que la sociedad mexicana percibe a los hombres que tienen sexo con hombres?
6. ¿Qué efecto tiene lo que piensen sobre ti?
7. ¿Alguna vez te has rechazado a ti mismo? ¿Por qué?

8. ¿Cómo crees que la sociedad mexicana percibe el peso e imagen corporal de las personas?
9. ¿Qué piensas al respecto?
10. ¿Cuál ha sido tu experiencia con esto?
11. ¿Cómo vinculas esto con tus relaciones de pareja?

Preguntas para exploración: Prácticas y contactos sexuales.

12. ¿Qué características físicas te resultan atractivas en otros hombres?
13. ¿Cómo sueles contactar con otros hombres?
14. ¿Qué opinas del sexo espontáneo (con desconocidos)?
15. ¿Qué opinas del sexo con más de una persona en un solo encuentro sexual? ¿Lo has practicado?
16. Durante tus relaciones sexuales ¿Qué actividades o actos sueles desarrollar?

Preguntas para exploración: Protección sexual/ Uso del condón

17. ¿Qué piensas sobre el uso del condón?
18. Pláticame ¿Cómo ha sido tu experiencia con el uso del condón?

El uso del condón suele ser una decisión en pareja, en relación con esto

19. ¿Cómo suelen negociar el uso del condón entre tú y tu pareja sexual previo a un acto sexual?
20. Alguna vez ¿intentaron utilizar el condón sin tener éxito? ¿Te gustaría comentarme al respecto?

Preguntas para exploración: Consumo de sustancias

Existen elementos que podrían alterar las decisiones como estar bajo efectos de sustancias que alteran la percepción como el consumo de alcohol y drogas.

21. ¿Cómo piensas que sería una relación bajo el consumo de sustancias?
22. ¿Cuál crees que es el efecto que tiene en las prácticas sexuales?
23. ¿Alguna recomendación o sugerencia que puedas proporcionarnos?

Agradezco tu participación y tu tiempo.

Anexo E**Consentimiento informado fase cualitativa****UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de proyecto: Modelo de conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres con sobrepeso u obesidad.

Estudiante: MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez

Director de Tesis: Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Introducción/Objetivo del estudio: Se extiende la invitación a participar en este proyecto el cual forma parte de un trabajo de tesis del Doctorado en Ciencias de Enfermería, a cargo del MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez. Este proyecto tiene como objeto, examinar analítica y deductivamente los conceptos propuestos con relación a la conducta sexual que los hombres que tienen sexo con hombres desarrollan en sus diferentes contextos. Para ello su participación es muy importante, ya que a través de esta ayudara a definir la primera fase de este proyecto, la cual busca identificar a través de la exploración de sus experiencias vividas sus comportamientos sexuales, referidos mediante sus opiniones/sentimientos.

A través de este documento se le proporciona la información necesaria que le permitirá decidir de forma consiente e informada si desea participar en este proyecto, por lo que se le sugiere leerlo cuidadosamente. Así mismo se hace de su conocimiento que, si en algún momento presenta alguna duda o inquietud sobre lo redactado en este documento o sobre lo que involucra su participación pueda expresarla libremente para resolverla a la brevedad. Posterior a la lectura de este documento si opta por participar se solicitará firmar este documento en los espacios correspondientes, indicando que entiende lo que aquí está redactado. De igual manera se le proporcionara una copia de este documento

Descripción del Estudio/Procedimientos. Si acepta participar, su participación consistirá en dos sesiones la primera sesión se procederá a realizar una toma de constantes vitales, así como el llenado de un formulario con datos personales, posterior a esto se proporcionara unas tarjetas y dos tableros con las que se pretende realizar una dinámica, cada tarjeta tendrá una frase escrita la cual deberá leer y colocarla dentro de uno de los tableros en los cuales indicara si lo que menciona la tarjeta influye o no en su conducta sexual, con esto finalizando la primera sesión, para la segunda sesión consistirá en la realización de una entrevista para ello se acordará una cita con el investigador, esto para determinar una fecha y hora que sea conveniente para desarrollar la entrevista. La entrevista no tiene un máximo o mínimo de duración, sin embargo, se estima un tiempo aproximado de 40 minutos, en este sentido la misma será audio grabada por medio de un dispositivo electrónico, usted tiene la opción de abstenerse a responder las preguntas o ser grabado para ello debe informar a el investigador su deseo de no continuar o detener la actividad.

En todo momento debe recordar que su participación es voluntaria y podrá retirarse en el momento que considere conveniente. Así mismo si decide continuar, pero se siente cansado o indispuerto podrá continuar su entrevista otro día, sin que esto pueda repercutir o generar algún tipo de presión. En este sentido se le menciona que toda la información obtenida en las sesiones será tratada con extrema seguridad y estará resguardadas y solo será manipuladas por el investigador principal, asegurando en todo momento la privacidad de la misma. Ninguna otra persona podrá acceder al audio, así mismo se usarán seudónimos para proteger su identidad.

Riesgos e Inquietudes: El presente estudio se clasifica de bajo riesgo para usted dado que se podrán tocar temas íntimos que puedan causar incomodidad. Se le recuerda que en cualquier momento puede detener la entrevista con posibilidad de continuar posteriormente, en otro momento o si así lo decide finalizar su participación.

Beneficios esperados: Su participación apoyara a identificar algunas conductas relacionadas con sus conductas sexuales, apoyando a la búsqueda de futuras intervenciones para promoción de la salud.

Información o preguntas futuras: Sí presenta alguna duda o pregunta posterior a su participación o desea saber sobre sus derechos como participante, puede solicitar información comunicándose con la Comisión de Ética en Investigación, en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, o al teléfono 83 48 18 47.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Los resultados obtenidos de este estudio serán usados por el MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez solo con fines científicos y académicos.

Consentimiento. Yo, he leído y comprendido la información de este formato, así mismo notifico que todas mis preguntas han sido contestadas. Por lo que voluntariamente acepto participar en este estudio, mi participación será a través del llenado de un formulario, el uso de una técnica de tarjetas y una entrevista. Cabe aclarar que, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho presentado y puedo terminar mi participación en el momento que considere pertinente.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección _____

Testigo 2: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Anexo F

Cédula de datos personales clave

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas de aspecto personal y relacionados a su sexualidad, se le pide contestar la siguiente información lo más honesto posible de acuerdo con sus datos personales, recordando que la información que proporcione es muy importante y es totalmente confidencial.

Folio:

1. Edad en años cumplidos _____
2. En los últimos 12 meses ¿Qué tipo de relaciones sexuales tuviste?
 1. Anales ()
 2. Orales ()
 3. Anales y Orales ()
3. En la siguiente pregunta, usted puede responder más de una de las opciones de respuesta: ¿Usted tiene pareja (s)?
 - a) Pareja estables I) Hombre II) Mujer III) Ambos
 - b) Pareja ocasionales I) Hombre II) Mujer III) Ambos
 - c) No tengo pareja
4. ¿Cómo define su orientación sexual?
5. a) Homosexual () b) Bisexual () c) Heterosexual () d) Asexual ()
6. ¿Cuál fue tu sexo al nacer? a) Masculino () b) Femenino ()
7. ¿Ha tenido alguna vez en la vida una infección de transmisión sexual?
8. Si ___ No ___ Desconozco _____
9. Si respondiste “Si” ¿Cuál fue la infección que tuvo? _____
10. Actualmente ¿vives con VIH? Si _____ No _____

Datos antropométricos

¿Consideras que tienes obesidad? Sí () No ()

Peso en kilogramos (kg): 3. Talla en metros (m):

Anexo G

Cédula de datos personales

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas de aspecto personal y relacionados a su sexualidad, se le pide contestar la siguiente información lo más honesto posible de acuerdo con sus datos personales, recordando que la información que proporcione es muy importante y es totalmente confidencial.

Folio:

Datos sociodemográficos

1. Años de estudio: _____
2. Estado civil:
 - a) Soltero () b) Casado () c) Viudo () d) Divorciado () e) Unión libre ()

Datos relacionados con la sexualidad

3. ¿Cuál fue tu sexo designado al nacer? a) Masculino () b) Femenino ()
4. ¿Con que género te sientes identificado?
 - a) Transgénero () b) Transexual () c) Cisgénero () d) Queer ()
 - e) Prefiero no etiquetarme () f) No me he definido () g) Otro: _____
5. En la siguiente pregunta, usted puede responder más de una de las opciones de respuesta:
6. ¿Usted tiene pareja (s)?
 - a) Parejas estables I) Hombre () II) Mujer () III) Ambos ()
 - b) Parejas ocasionales I) Hombre () II) Mujer () III) Ambos ()
 - Otro: _____
7. Durante las relaciones sexuales ¿Cuál es el rol sexual que desempeñas?
 - a) Insertivo (activo) () b) Receptivo (pasivo) () c) Ambos ()
8. ¿Tienes relaciones sexuales con hombres? a) Sí () b) No ()
9. En el último año ¿Cuántas parejas sexuales hombres ha tenido (incluyendo estables y ocasionales)? _____
10. ¿Qué tan frecuente es que tengas relaciones sexuales con alguien que conociste en línea?
 - a) Nunca () b) Raramente () c) Algunas veces () d) Frecuentemente ()

Anexo H

Consentimiento informado fase cuantitativa



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Modelo de conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres con sobrepeso u obesidad.

Estudiante: MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez

Director de Tesis: Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Introducción/Objetivo del estudio: Se extiende la invitación a participar en este proyecto doctoral a cargo del MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez. Este proyecto tiene como interés, examinar los factores relacionados a la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. Para ello su participación es muy importante, ya que a través de esta aportara información muy importante que ayudara a entender la forma en la que estos factores se relacionan para explicar la conducta sexual.

A través de este documento se le proporciona la información necesaria, lo cual le permitirá tomar esta decisión de forma consiente e informada. Así mismo se solicita si en algún momento presenta alguna duda o inquietud sobre lo redactado en este documento o sobre su participación la pueda expresar para resolverla a la brevedad. Después de leer cuidadosamente este documento y si opta por participar, solicitamos firmar este formato en los espacios correspondientes ya que con esto indica que entiende lo que aquí se relata y está de acuerdo con todo lo redactado, así mismo se proporcionará una copia idéntica de este mismo documento.

Descripción del Estudio/Procedimientos. Sí acepta participar, se proporcionará una cedula de datos personales y una serie de instrumentos impresos o en su defecto digitalizados, en el horario que previamente se acordó para responder los mismos. Así mismo se hace de su conocimiento que no se tiene una estimación máxima o mínima de

duración para estas actividades, sin embargo, se estima un tiempo aproximado de 30 minutos. Debe recordar en todo momento que, su participación es voluntaria, así que podrá renunciar a su participación en el momento que considere adecuado, de igual manera, si está cansado o indispuerto tendrá la opción de descansar un momento y poder continuar, en caso de que opte por retirarse deberá informar al investigador y hacerlo libremente sin que esto pueda repercutir o generar algún tipo de presión. En este sentido se le menciona que toda la información que se obtenga de la cedula de datos y los cuestionarios será resguardada por el investigador principal, asegurando que ninguna otra persona podrá acceder a esta información, en este sentido, los participantes no serán identificados, se evitara solicitar nombres o información que pueda identificarlos, en este caso solo serán utilizando números de folio los cuales permitirán llevar un seguimiento de las encuestas aplicadas.

Riesgos e Inquietudes: El presente estudio se clasifica de bajo riesgo para usted, dado que se podrán tocar temas íntimos que puedan causar molestia o incomodidad. Sin embargo, se le recuerda que en cualquier momento puede parar con posibilidad de continuar posteriormente o si así lo decide finalizar su participación.

Beneficios: Se espera que a través de la información obtenida los investigadores identifiquen posibles factores asociados a las conductas sexuales, buscando que a futuro se puedan generar intervenciones eficaces que mejoren su calidad de vida.

Información o preguntas futuras: Sí presenta alguna duda o pregunta posterior a su participación o desea saber sobre sus derechos como participante, puede solicitar información comunicándose con la Comisión de Ética en Investigación, en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, o al teléfono 83 48 18 47.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Los resultados obtenidos de este estudio serán usados por el MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez solo con fines científicos y académicos.

Consentimiento. Yo, he leído y comprendido la información de este formato, así mismo todas mis preguntas han sido contestadas. Por lo que voluntariamente acepto participar en este estudio, mi participación será a través de una entrevista. Cabe aclarar que, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho presentado y puedo terminar mi participación en el momento que considere

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Testigo 2: _____

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

pertinente.

Anexo I

Cartel de invitación para participar en el estudio

¿TE IDENTIFICAS COMO UN HOMBRE GAY? TE ESTAMOS BUSCANDO

PARTICIPA EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRER QUE TIENEN SEXO CON HOMBRER Y RECIBIR UNA CONSULTORIA DE EDUCACION SEXUAL TOTALMENTE GRATIS

ESCANEA EL CÓDIGO QR

Responsable: Dr. Carlos Catalán

ERES MAYOR DE EDAD
(¿TE IDENTIFICAS COMO GAY O BISEXUAL?)
TE ESTAMOS BUSCANDO

PARTICIPA EN UNA ENCUESTA EN LINEA, CON EL OBJETIVO IDENTIFICAR FACTORES RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS SEXUALES.

SI DESEAS PARTICIPAR ACCEDER AL SIGUIENTE ENLACE O PUEDES ESCANEAR EL QR

¡Tu participación es Confidencial!

Responsable del proyecto MCE, Carlos Catalán

(¿TE IDENTIFICAS COMO GAY O BISEXUAL?)
TE ESTAMOS BUSCANDO

Participa en una encuesta en línea, con el objetivo identificar factores relacionados con las conductas sexuales.

Si deseas participar accede al siguiente enlace o puedes escanear el QR

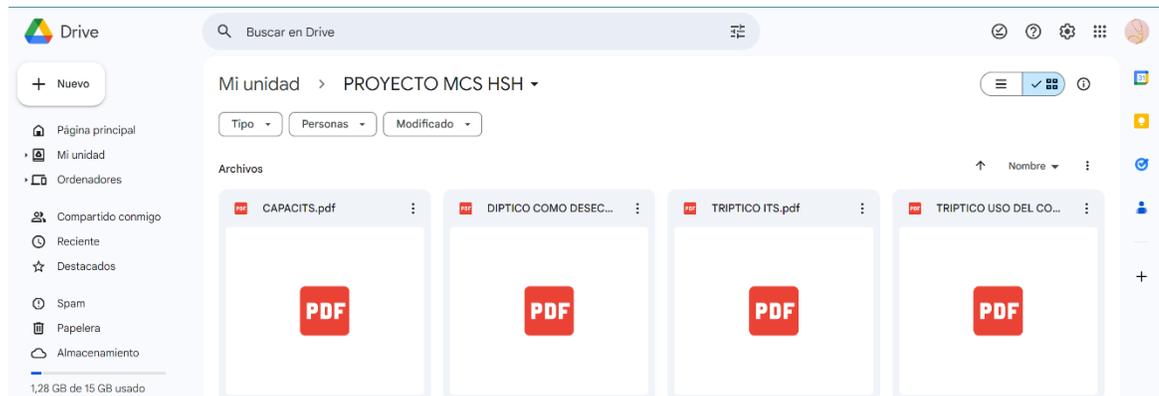
<https://questionpro.com/t/Ax9M5Z1brK>

Responsable del proyecto MCE, Carlos Catalán

¡Tu participación es Confidencial!

Anexo J

Información proporcionada a los participantes



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENTRO NACIONAL
DE EQUITAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA



Servicio de Población de las Naciones Unidas

2 Condón masculino

¿Qué es?

Es una funda de látex que se coloca sobre el pene erecto antes de la relación sexual.

Este método te protege de un embarazo y además de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA.



¿Qué tan efectivo es?

Si se usa correctamente, puede ser muy efectivo para evitar un embarazo.

De cada 100 adolescentes que lo usan según las indicaciones, entre 3 y 15 pueden embarazar a su pareja.



¿Cómo actúan?

Como una barrera que impide el paso de los espermatozoides hacia la vagina y al útero.

¿Cómo se usan?



Revisa que la fecha de fabricación no sea superior a 5 años de la fecha en que lo adquiriste, y que la envoltura contenga aire y no esté rota, el empaque debe abrirse con los dedos, no con los dientes.



Se debe colocar en el pene erecto y antes de la penetración.

Después de eyacular, los espermatozoides se alojarán en el receptáculo del condón por lo que debes retirar el pene aún estando erecto.



Es importante sostenerlo desde la base del pene con papel higiénico antes de retirarlo para evitar que se derrame el semen en la vagina.

Se debe tirar el condón en el bote de basura y usar un nuevo condón en cada nueva relación.



Si lo traes contigo, evita que se exponga a fricciones, rupturas y altas temperaturas.

Si deseas utilizar lubricante, éste debe ser a base de agua para no afectar ni dañar el condón.

Anexo K
Subescala depresión sexual
(Snell y Papini, 1989)

Instrucciones: Las declaraciones enumeradas a continuación describen ciertas actitudes hacia la sexualidad humana que diferentes personas pueden tener. Como tal, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo respuestas personales. Para cada elemento se le pedirá que indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la afirmación enumerada en ese elemento.

	De acuerdo	Levemente de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Desacuerdo
1. Estoy deprimido por los aspectos sexuales de mi vida.					
2. Me siento bien con mi sexualidad.					
3. Estoy decepcionado por la calidad de mi vida sexual.					
4. Me siento deprimido por mi vida sexual.					
5. Me siento infeliz con mis relaciones sexuales.					
6. Me siento satisfecho con mi vida sexual.					
7. Me siento triste cuando pienso en mis experiencias sexuales.					
8. No me desanimo por el sexo.					

Anexo L

Subescala grasa corporal.

(Castillo et al., 2018)

Instrucciones: Por favor, indica con qué frecuencia las siguientes afirmaciones se identifican a cómo tú te ves:

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Habitualmente	Siempre

1. Creo que mi cuerpo debe ser más delgado	1	2	3	4	5	6
2. Me siento satisfecho con la definición de mis abdominales (ej. músculos del abdomen ®)	1	2	3	4	5	6
3. Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido.	1	2	3	4	5	6
4. Creo que tengo demasiada grasa en mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
5. Creo que mis abdominales no son lo suficientemente delgados.	1	2	3	4	5	6
6. El haber comido dulces, pasteles u otros alimentos con alto contenido calórico ¿te ha hecho sentir gordo o débil?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido alguna vez excesivamente grande o redondo)? (ej. gordo)	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has estado tan preocupado acerca del tamaño y forma de tu cuerpo que has sentido que deberías de hacer dieta?	1	2	3	4	5	6

Anexo M

Subescala apoyo social percibido

(Zimet et al., 1988)

Instrucciones: Nos interesa saber cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones. Lea atentamente cada afirmación. Indica cómo te sientes acerca de cada afirmación.

	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Hay una persona en especial que está cerca cuando yo estoy en necesidad	1	2	3	4	5	6	7
2. Hay una persona en especial con la cual yo puedo compartir mis alegrías y mis penas (lamentos).	1	2	3	4	5	6	7
3. Yo tengo una persona en especial la cual es verdaderamente una fuente de consuelo para mí	1	2	3	4	5	6	7
4. Hay una persona en especial en mi vida a quien le importa mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo N

Subescala de percepción de riesgo

(Sánchez et al., 2021)

Instrucciones: Señale con una X que tan de acuerdo o desacuerdo esta con los siguientes enunciados. Lo más importante es que responda con lo que siente y verdaderamente piensa al respecto.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En un encuentro sexual con una pareja informal se pueden tener relaciones sin usar condón dado que no hay ningún peligro.					
2. El coito interrumpido se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH.					
3. Tener sexo anal sin protección se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH.					
4. En caso de que una persona se haya infectado de VIH puede tener sexo sin protección sin preocuparse por este virus.					
5. Aceptar un encuentro sexual sin protección tras consumir alguna droga es una práctica de sexo seguro.					

Anexo O

Subescala estigma percibido

(Korhonen et al, 2022)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una X la frecuencia con la que ocurre cada una de las siguientes afirmaciones.

1. ¿Con qué frecuencia se han burlado de usted o le han insultado por tener sexo con hombres?

Nunca () Una o dos veces () Algunas veces () Muchas veces ()

2. ¿Con que frecuencia ha sido golpeado por tener sexo con hombres?

Nunca () Una o dos veces () Algunas veces () Muchas veces ()

3. ¿Con qué frecuencia ha perdido a sus amigos por tener sexo con hombres?

Nunca () Una o dos veces () Algunas veces () Muchas veces ()

Anexo P

Subescala de placer asociado al condón

(Helweg-Larsen & Collins, 1994)

Instrucciones: Responda todas las preguntas incluso si no es sexualmente activo o nunca ha usado (o ha tenido una pareja que haya usado) condones. En tales casos indique cómo cree que se sentiría en tal situación. Elija un número en la escala a continuación que mejor represente sus sentimientos acerca de cada afirmación. No hay respuestas correctas o incorrectas para ninguna de estas afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Levemente desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Levemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El uso de condón es una interrupción de los juegos previos.							
2. Los condones arruinan el acto sexual.							
3. Los condones son muy divertidos.							
4. El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante.							
5. Los condones son incómodos para ambas partes.							

Anexo Q

Subescala para uso consistente del condón

(Hanna, 1999; Valdez, 2015)

Instrucciones: Encierra en un círculo el número que muestra qué tan seguro estás de que podrías hacer las siguientes cosas.

Encierre en un círculo 1 para muy inseguro, 2 para inseguro, 3 para algo seguro, 4 para seguro y 5 para muy seguro. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.	1	2	3	4	5
2. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	1	2	3	4	5
3. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	1	2	3	4	5

Anexo R

Cuestionario de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH (ISCS-HSH)

(Moral, Valdez y Onofre, 2016)

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones y señale la que considere marcando con una X “equis” la opción que considere más cercana a su realidad. Solo puede elegir una opción por pregunta, recuerde que no hay respuesta buenas o malas. Considere la siguiente escala: 1=nunca, 2=rara vez, 3 =algunas veces y 4=frecuentemente

Pregunta	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia consume alcohol antes de tener sexo?					
2. ¿Con qué frecuencia tu pareja consume alcohol antes de tener sexo?					
3. ¿Con qué frecuencia tú y tu pareja consumen alcohol antes de tener sexo?					
4. ¿Con qué frecuencia consume drogas antes de tener sexo?					
5. ¿Con qué frecuencia tu pareja consume drogas antes de tener sexo?					
6. ¿Con qué frecuencia tú y tu pareja consumen drogas antes de tener sexo?					

Anexo S

Cuestionario de medidas de conducta sexual

(Stacy et al., 2006)

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones y señale la frecuencia con que las realiza marcando con una X dentro de los paréntesis. Solo puede elegir una opción por pregunta, recuerde que no hay respuesta buenas o malas.

¿Qué tan probable es que use un condón (o que haga que la otra persona lo use) en cada una de estas situaciones?

1. Con alguien con quien nunca ha tenido sexo.

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

2. Con alguien que conoció hace poco tiempo

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

3. Con alguien que usted sabe que tenía otras parejas sexuales.

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

4. Con alguien que ha salido por mucho tiempo.

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

5. Con alguien que ya ha tenido sexo.

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

Dentro del próximo año, **¿cree que usted qué...**

6. ¿Tendría relaciones sexuales con más de una pareja sexual?

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

7. ¿Trataría de tener relaciones sexuales con al menos varias parejas sexuales nuevas?

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

8. ¿Tendría relaciones sexuales con tres o más personas diferentes?

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

9. ¿Tendría relaciones sexuales con una nueva pareja el mismo día que la conoces?"

Definitivamente no ()	Probablemente no ()	Probablemente sí ()	Definitivamente sí ()
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

Anexo T

Subescala de argumentos con carga emocional negativa.

(Gras et al., 2018)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una X que tan adecuada le parece la estrategia descrita escrita para proponer el uso del condón con su pareja.

1. Amenazar con no tener relaciones.

Nada adecuada	<input type="checkbox"/>	Totalmente adecuada									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Si me quieres respetarás que quiera utilizarlo.

Nada adecuada	<input type="checkbox"/>	Totalmente adecuada									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. No somos pareja estable.

Nada adecuada	<input type="checkbox"/>	Totalmente adecuada									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Sin preservativo no hay sexo.

Nada adecuada	<input type="checkbox"/>	Totalmente adecuada									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Anexo U

Escala de problemas y errores en el uso del condón para hombres (M-CUES).

(Kalichman & Rompa, 1995)

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones y señale la que considere correcta, piense en las últimas veces que uso condón para tener relaciones sexuales, posteriormente lea la afirmación y circule si ocurrió o no, en caso afirmativo seleccione la frecuencia en la que se ha producido esta afirmación. Solo puede elegir una opción por pregunta, recuerde que no hay respuesta buenas o malas.

1.-Durante las últimas tres veces que usaste un condón para: relaciones sexuales, ¿verifico que el condón no tenga daños visibles en el empaque antes de abrirlo?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasion 3 ()	4 ()
	2 ()		

2.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿coloco en el lado incorrecto hacia arriba y tuvo que darle la vuelta?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasion 3 ()	4 ()
	2 ()		

3.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿dejé espacio en la punta del condón cuando te lo colocaste?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasion 3 ()	4 ()
	2 ()		

4.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿extrae el aire después de ponerlo?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasion 3 ()	4 ()
	2 ()		

5.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿se pierde o se comienza a perder la erección, mientras lo coloca?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasion 3 ()	4 ()
	2 ()		

6.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿usa el condón sin un lubricante a base de agua (lo que significa que el condón no tiene lubricante extra y tu pareja y tú no colocaron lubricante en el condón)?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasion 3 ()	4 ()
	2 ()		

7.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿también utilizó un lubricante a base de aceite, como vaselina o aceite para bebés, con el condón?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

8.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿se pierde o se comienza a perder la erección después de que la relación sexual había comenzado durante y con el uso del condón?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

9.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿el condón está en contacto con uñas, joyería, piercings o perforaciones u objetos que pueden perforarlos, o utiliza los dientes en cualquier momento antes o durante la relación sexual?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

10.- Durante las últimas 3 veces que usó un condón durante las relaciones sexuales, ¿comienza a tener relaciones sexuales sin condón y se detiene para colocarse el condón y continuar con la relación sexual?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

11.- Para la última vez que utilizó un condón para las relaciones sexuales, ¿comienza a tener relaciones sexuales con condón y luego se lo quita para seguir teniendo relaciones sexuales sin él?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

12.- Durante las últimas tres veces que usó un condón durante la relación sexual, ¿se rompió el condón durante la relación sexual?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

13.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante la relación sexual, ¿una vez colocado, el condón se resbaló durante la relación sexual?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

14.- Durante las últimas tres veces que usó un condón durante la relación sexual, ¿El condón se deslizó fuera cuando estaba retirando su pene del ano o recto?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

15.- Para las últimas tres veces que usó condón para las relaciones sexuales, ¿presento algún problema con la forma en la que el condón se ajusta o queda puesto en el pene?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

16.- Durante las últimas tres veces que usó un condón durante las relaciones sexuales, ¿usted o su pareja tuvo algún problema con la sensación experimentada?

No	Lo hice en 1	Lo hice en 2	Lo hice en las 3 ocasiones
1 ()	ocasión	ocasiones 3 ()	4 ()
	2 ()		

Anexo V

Escala de búsqueda de sensaciones sexuales

(Kalichman & Rompa, 1995)

Instrucciones: En las siguientes oraciones marque con una X la que considere que ha vivenciado cada una de estas situaciones.

1. Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes.

Me disgusta totalmente ()	Me disgusta ()	Me gusta ()	Me gusta muchísimo ()
----------------------------	-----------------	--------------	------------------------

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

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

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

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

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

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

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

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

6. Disfruto de la compañía de personas sensuales.

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

7. Me gusta ver vídeos clasificados X.

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

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

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales.

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

10. Me gusta explorar mi sexualidad

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

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

Nunca ()	Una o dos veces ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()
-----------	---------------------	-------------------	------------------

Anexo W

Cuestionario de conducta sexual segura

(Dilorio, et al., 1992)

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones y señale la frecuencia con que las realiza marcando con una X dentro de los paréntesis. Solo puede elegir una opción por pregunta, recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

1. Insisto con el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

2. Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

3. Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares (como tocar/besar/agasajar).

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

4. Pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

6. Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

7. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

8. Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozco el historial sexual.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

9. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en la zona genital.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

10. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
-------------	---------------	---------------------------------	---------------

11. Insisto en examinar a mi pareja sexual en busca de llagas, cortes o abrasiones en el área genital.

Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
12. Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, de inmediato doy mi punto de vista.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
13. Practico sexo oral sin usar barreras de protectoras como un condón.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
14. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
15. Practico sexo anal.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
16. Les pregunto a mis posibles parejas sexuales sobre sus antecedentes de uso de drogas intravenosas.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
17. Si sé que una cita puede conducir a una relación sexual, tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
18. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin condón, me niego a tener relaciones sexuales.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
19. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
20. Me resulta difícil hablar de temas sexuales con mis parejas sexuales.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
21. Inicio el tema de las relaciones sexuales seguras con mi posible pareja sexual.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
22. Tengo relaciones sexuales con alguien que sé que es bisexual o gay.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
23. Practico sexo anal sin usar condón.			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()
24. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales			
Nunca 1 ()	A veces 2 ()	La mayor parte del tiempo 3 ()	Siempre 4 ()

Anexo X
Libro de códigos

Código	AUTOEST
Definición breve	Autoestima negativa
Definición completa	Percepción relacionada con las emociones negativas referidas hacia su persona, sus actitudes o comportamientos.
Cuando se usa	Se utiliza cuando los HSH con Obesidad refieren emociones negativas hacia su persona.
Cuando no se usa	No aplica cuando los HSH con Obesidad refieren emociones positivas hacia su persona.
Ejemplo	<i>“tengo bajones de autoestima”, “bajones emocionales que constantemente me tienen en limbo”</i>

Código	ACTICOR
Definición breve	Actitud corporal
Definición completa	Postura manifestada por los HSH relacionada con su apariencia física.
Cuando se usa	Se utiliza cuando los HSH con Obesidad mencionan su percepción centrada en su cuerpo.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH con Obesidad no mencionan alguna postura relacionada con su peso.
Ejemplo	<i>“me agrada mi cuerpo”, “me gusta mi cuerpo “me ocasiona inseguridad”, “no me gusta cómo me veo”.</i>

Código	CRECOR
Definición breve	Creencia corporal
Definición completa	Idea o pensamiento desarrollado a partir de su visualización física.
Cuando se usa	Se utiliza cuando los HSH con Obesidad refieren una postura relacionada a ideas personales.
Cuando no se usa	No se utiliza cuando los HSH con Obesidad no mencionan alguna postura idealizada relacionada con su cuerpo.
Ejemplo	<i>“hay gente más gorda que yo y yo me percibo delgado ante ellos”, “no tengo una complexión que pudiéramos decir que la mayoría de la gente acepta como algo estético o algo normal”.</i>

Código	PERCOR
Definición breve	Percepción corporal
Definición completa	Postura desarrollada por los HSH a partir de visualizar su apariencia física.
Cuando se usa	Se utiliza cuando los HSH con Obesidad mencionan como visualizan su cuerpo.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH con Obesidad no mencionan alguna postura relacionada con su cuerpo.
Ejemplo	<i>“mi cuerpo es supergrande y pesado”, “me percibo algo delgado”, “con un poco de sobrepeso”</i>

Código	APSOEM
Definición breve	Apoyo social emocional
Definición completa	Todo aquel acto de soporte o ayuda que otras personas brindan a los HSH.
Cuando se usa	Se utiliza cuando los HSH manifiestan sentirse ayudados emocionalmente por otras personas.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH refieren no recibir ayuda de nadie.
Ejemplo	<i>“el apoyo social que recibo es muy gratificante”, “creo que los amigos son una fuente de apoyo”, “estar con una familia hace que todos los pensamientos se vayan”</i>

Código	APSAPS
Definición breve	Apoyo social actitud hacia la protección sexual
Definición completa	Se relaciona al común acuerdo que se lleva a cabo con una pareja con la que se tendrá un contacto sexual.
Cuando se usa	Se utiliza cuando los HSH mencionan dialogar con sus parejas sobre la protección sexual.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH no conversan o no se les toma en cuenta para la protección sexual.
Ejemplo	<i>“siempre he tratado de cuidarme y también es importante para cuidar a las personas”, “creo que no es negociable o sea es sí o sí”</i>

Código	APSCPS
Definición breve	Apoyo social consistente hacia la protección sexual.
Definición completa	Es la baja o nula comunicación recibida con una potencial pareja sexual para utilizar un mecanismo de protección.
Cuando se usa	Se utiliza cuando se identifica que no suelen mencionar o utilizar de forma frecuente un condón durante un contacto sexual.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH conversan o llegan a un acuerdo de utilizar de forma frecuente el condón.
Ejemplo	<i>“no se llega a la consistencia o convencimiento para cómo se debe de usar”, “sabes que yo no suelo negociarlo o sea depende más como de mi pareja”</i>

Código	POUSCO
Definición breve	Postura ante el uso del condón
Definición completa	Percepción referida ante la manipulación del condón previo o durante un contacto sexual.
Cuando se usa	Se utiliza cuando el HSH refiere que actitud tiene ante el uso del condón.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH no refieren una actitud hacia el uso de este.
Ejemplo	<i>“sé que es muy bueno y útil para evitar contagios y enfermedades”, “es útil en encuentros casuales donde no se conoce el historial sexual de la pareja”, “Es necesario e indispensable más porque a veces se relacionan con protegerse de un VIH”</i>

Código	CAUSCO
Definición breve	Capacidad de uso del condón
Definición completa	Nivel de eficacia sobre la capacidad de utilizar un condón previo o durante un contacto sexual.
Cuando se usa	Se utiliza cuando el HSH refiere que actitud tiene ante el uso del condón.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH no refieren una actitud hacia el uso de este.
Ejemplo	<i>“he tenido prácticas sin el uso del condón”, “por mi condición del peso muchas veces pues tiendo a no usarlo por acceder a lo que me piden”, “solemos tener contacto sin condón llego siempre ha sido mejor la sensación de piel con piel”.</i>

Código	EXUSCO
Definición breve	Experiencia de uso del condón
Definición completa	Acumulación de actitudes ejercidas o no durante un contacto sexual.
Cuando se usa	Se utiliza cuando el HSH refiere que actitud tiene ante el uso del condón.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH no refieren una actitud hacia el uso de este.
Ejemplo	<i>“es de alguna manera una experiencia muy placentera”, “te genera un poco de más dolor”, “mi experiencia ha sido diversa, yo a veces lo uso, a veces no”.</i>

Código	EFSOPER
Definición breve	Efecto social percibido
Definición completa	Respuesta físico-emocional ante la convivencia social previa.
Cuando se usa	Se utiliza cuando el HSH refiere una determinada opinión relacionada a las cuestiones sociales.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH no refieren una actitud asociada a la convivencia social.
Ejemplo	<i>“siempre estaré ocultando lo que soy por miedo a decepcionar a mis seres queridos”, “desearía ser heterosexual 100% y no sentir esta atracción hacia los hombres”, “imagínate rechazan mi complexión física y luego todavía mi preferencia sexual”.</i>

Código	ORPER
Definición breve	Origen de la percepción
Definición completa	Causa o motivo que contribuyo a la percepción social generada.
Cuando se usa	Se utiliza cuando el HSH refiere que existió una causa que detono la aceptación de comentarios sociales.
Cuando no se usa	No es útil cuando los HSH no menciona un hecho o suceso que contribuyo a la percepción.
Ejemplo	<i>““éramos agredidos por el típico bully por el hecho de ser gay”, “durante mi niñez sufrí bastante violencia por parte de mis padres”, “después de un evento traumante a manos de mi padrastro...”</i>

Código	RESO
Definición breve	Respuesta social
Definición completa	Efecto generado, autoanalizado y expresado consecuencia de la situación social percibida.
Cuando se usa	Se utiliza si un HSH refiere alguna postura relacionada con su entorno social.
Cuando no se usa	No es útil cuando no existe una situación social que permita expresar una consecuencia.
Ejemplo	<i>“opte fue mejor aceptarme y quererme como soy”, “repercute quiera o no en la concepción de cómo me veo”, “creo que socialmente los padres o la sociedad no te prepara para este tipo de situaciones”</i>

Código	BUSASE
Definición breve	Búsqueda de satisfacción sexual
Definición completa	Situaciones generadas por el HSH con la finalidad de incrementar su deseo sexual.
Cuando se usa	Se utiliza cuando un HSH informa situaciones que le permiten generar una mayor satisfacción en un encuentro sexual.
Cuando no se usa	No es útil cuando el HSH refiere no tener ninguna practica sexual relacionada a el incremento de su satisfacción.
Ejemplo	<i>“me encanta el sexo en algunos lugares públicos”, “ser masoquista”, “cumplir fetiches como lluvia dorada, fisting, masoquismo”, “juego de roles, fajes, sexo oral”</i>

Código	ACSASE
Definición breve	Actividades de satisfacción sexual
Definición completa	Sentimiento de bienestar o placer relacionado con actos sexuales ligados a los encuentros sexuales.
Cuando se usa	Se utiliza si un HSH informa la realización de alguna actividad relacionada con la practica sexual y no específicamente esta.
Cuando no se usa	No es útil cuando no existe actividades relacionadas con la practica sexual.
Ejemplo	<i>“el dolor me (...) de cierta forma me excita mucho”, “me gusta fungir como contenedor de semen”, “me gusta golpear a mis parejas con el látigo”</i>

Código	ACUSSUS
Definición breve	Actitud ante uso de sustancias
Definición completa	Postura generada ante el consumo de determinadas sustancias.
Cuando se usa	Se utiliza si un HSH reporta una opinión relacionada a su perspectiva sobre el uso o consumo de sustancias.
Cuando no se usa	No es útil cuando no se menciona algún comentario relacionado al consumo de sustancias.
Ejemplo	<i>“yo si era de estar bajo el efecto de alguna sustancia”, “no es buena idea el mezclar alcohol con sexo”, “nos perjudican”, “no es una relación sana”.</i>

Código	ESECOS
Definición breve	Efecto y sensación del consumo de sustancias
Definición completa	Efecto experimentado y actos desarrollados ligados al consumo de alguna sustancia previo o durante un contacto sexual.
Cuando se usa	Se utiliza si un HSH menciona su experiencia con el consumo de alguna sustancia.
Cuando no se usa	No es útil cuando menciona no consumir sustancias.
Ejemplo	<i>“la libido y el éxtasis aumenta considerablemente”, “es de alguna manera una experiencia muy placentera”, “ni siquiera mi pareja se puede poner el condón”, “siento que toco las estrellas”.</i>

Código	INPRASEX
Definición breve	Intención de practicar sexo casual
Definición completa	Intención de realizar una determinada practica sexual con una persona desconocida con o sin uso del condón.
Cuando se usa	Se utiliza cuando se refiere realizar esta práctica.
Cuando no se usa	No es útil cuando no se hace mención sobre ejercer esta práctica.
Ejemplo	<i>“es bastante rico”, “es algo ya muy común hoy en día”, “cuando quiero un contacto casual por medio de aplicaciones”, “tengo parejas casuales”</i>

Código	ACTRI
Definición breve	Actividades de riesgo
Definición completa	Situaciones o actos desarrollados durante o previo a una práctica sexual y que minimizan o aumentan el riesgo sexual.
Cuando se usa	Se utiliza si un HSH refiere la realización de alguna actividad que detone un resgo.
Cuando no se usa	No es útil cuando no existe una situación o actividad que sea un riesgo sexual.
Ejemplo	<i>“suelo preguntar a la persona sobre su historial sexual”, “cuando se rompe un condón usa otro método sin usar coito, ósea faje, o besos o auto manipulación”, “por lo general no seguir la práctica sin protección”.</i>

Anexo Y
Modelos de regresión lineal

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la intención de la conducta sexual “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	9.48	2.87	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	.00	.03	.01	.80
Estigma sexual	.01	.07	.01	.79
Actitud hacia el condón	.00	.03	.00	.98
Autoeficacia para uso consistente del condón	-.00	.05	-.00	.98

Nota: Variable dependiente: Intención de la conducta sexual.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y el consumo de sustancias “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	12.77	1.38	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	.19	.05	.19	.00
Estigma sexual	.20	.09	.11	.02
Actitud hacia el condón	.05	.04	.06	.22
Autoeficacia para uso consistente del condón	-.10	.07	-.07	.14

Nota: Variable dependiente: Consumo de sustancias en las relaciones sexuales.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y el uso de plataformas digitales para citas “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	1.82	.33	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	.03	.01	.14	.00
Estigma sexual	.02	.02	.05	.30
Actitud hacia el condón	.00	.01	.02	.67
Autoeficacia para uso consistente del condón	.01	.01	.05	.24

Nota: Variable dependiente: Uso de plataformas digitales para citas.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la negociación sobre uso del condón “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	20.09	2.42	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	-.09	.09	-.05	.30
Estigma sexual	.42	.16	-.13	.01
Actitud hacia el condón	.23	.08	.14	.00
Autoeficacia para uso consistente del condón	.07	.12	.03	.52

Nota: Variable dependiente: Negociación sobre uso del condón.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la habilidad sobre uso del condón “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	31.38	2.52	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	.11	.09	.06	.21
Estigma sexual	.52	.17	-.15	.00
Actitud hacia el condón	.24	.08	.14	.00
Autoeficacia para uso consistente del condón	-.32	.12	.12	.01

Nota: Variable dependiente: Habilidad sobre el uso del condón.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la búsqueda de sensaciones sexuales “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	17.94	2.44	-	.00
Percepción de riesgo de VIH	.40	.09	.22	.00
Estigma sexual	.23	.16	.07	.16
Actitud hacia el condón	.07	.08	.04	.37
Autoeficacia para uso consistente del condón	.29	.12	.11	.01

Nota: Variable dependiente: Búsqueda de sensaciones sexuales.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y la percepción de riesgo “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	7.87	1.26	-	.00
Preocupación sexual	.05	.04	.05	.27
Autopercepción de grasa corporal	8.13	.29	.00	.99
Apoyo social	.13	.03	-.18	.00

Nota: Variable dependiente: Percepción de riesgo de VIH.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y el estigma sexual “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	6.45	.688	-	.00
Preocupación sexual	-.00	.02	-.01	.76
Autopercepción de grasa corporal	-.02	.01	-.07	.14
Apoyo social	.07	.02	-.19	.00

Nota: Variable dependiente: Estigma sexual.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y el Actitud hacia el condón “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>P</i>
(Constante)	19.76	1.37	-	.00
Preocupación sexual	-.03	.05	-.03	.46
Autopercepción de grasa corporal	-.05	.03	-.09	.04
Apoyo social	.08	.04	.11	.04

Nota: Variable dependiente: Actitud hacia el condón.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre las variables del modelo y el Autoeficacia para uso consistente del condón “Método Backward”

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>P</i>
(Constante)	7.55	.90	-	.00
Preocupación sexual	.04	.03	.07	.15
Autopercepción de grasa corporal	-.00	.02	-.01	.73
Apoyo social	.07	.02	.14	.00

Nota: Variable dependiente: Autoeficacia para uso consistente del condón.

Anexo Z

VARIABLES OBSERVABLES

Variables de factores psicosociales

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Depresión sexual	SDS_01	Estoy deprimido por los aspectos sexuales de mi vida.	1. De acuerdo	.73
	SDS_02	Me siento bien con mi sexualidad.	2. Levemente de acuerdo	
	SDS_03	Estoy decepcionado por la calidad de mi vida sexual.	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
	SDS_04	Me siento deprimido por mi vida sexual.	4. Levemente en desacuerdo	
	SDS_05	Me siento infeliz con mis relaciones sexuales	5. Desacuerdo	
	SDS_06	Me siento satisfecho con mi vida sexual		
	SDS_07	Me siento triste cuando pienso en mis experiencias sexuales		
	SDS_08	No me desanimo por el sexo		
Autopercepción de grasa corporal	SGC_01	Creo que mi cuerpo debe ser más delgado	1. Nunca	.88
	SGC_02	Me siento satisfecho con la definición de mis abdominales	2. Raramente	
	SGC_03	Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido	3. Algunas veces	
	SGC_04	Creo que tengo demasiada grasa en mi cuerpo	4. Frecuentemente	
	SGC_05	Creo que mis abdominales no son lo suficientemente delgados	5. Habitualmente	
	SGC_06	El haber comido dulces, pasteles u otros alimentos con alto contenido calórico ¿te ha hecho sentir gordo o débil?	6. Siempre	
	SGC_07	¿Te has sentido alguna vez excesivamente grande o redondo)?		
	SGC_08	¿Has estado tan preocupado acerca del tamaño y forma de tu cuerpo que has sentido que deberías de hacer dieta?		

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Apoyo social	SAS_01	Hay una persona en especial que está cerca cuando yo estoy en necesidad	1. Totalmente en desacuerdo	.91
	SAS_02	Hay una persona en especial con la cual yo puedo compartir mis alegrías y mis penas (lamentos).	2. Muy en desacuerdo	
	SAS_03	Yo tengo una persona en especial la cual es verdaderamente una fuente de consuelo para mí	3. Ligeramente en desacuerdo	
	SAS_04	Hay una persona en especial en mi vida a quien le importa mis sentimientos	4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Ligeramente de acuerdo 6. Muy de acuerdo 7. Totalmente de acuerdo	

Nota: α = Alfa de Cronbach.

Variables de creencias

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Percepción de riesgo de VIH	SPR_01	En un encuentro sexual con una pareja informal se pueden tener relaciones sin usar condón dado que no hay ningún peligro.	1. Totalmente en desacuerdo	.86
	SPR_02	El coito interrumpido se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH.	2. En desacuerdo	
	SPR_03	Tener sexo anal sin protección se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH.	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
	SPR_04	En caso de que una persona se haya infectado de VIH puede tener sexo sin protección sin preocuparse por este virus.	4. De acuerdo	
	SPR_05	Aceptar un encuentro sexual sin protección tras consumir alguna droga es una práctica de sexo seguro.	5. Totalmente de acuerdo	
Estigma sexual	SEP_01	Creo que mi cuerpo debe ser más delgado	1. Nunca	.81
	SEP_02	Me siento satisfecho con la definición de mis abdominales	2. Una o dos veces 3. Algunas veces	

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
	SEP_03	Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido	4. Muchas veces	
Actitud hacia el condón	SPAC_01	El uso de condón es una interrupción de los juegos previos.	1. Totalmente en desacuerdo	.74
	SPAC_02	Los condones arruinan el acto sexual.	2. Muy en desacuerdo	
	SPAC_03	Los condones son muy divertidos.	3. Ligeramente en desacuerdo	
	SPAC_04	El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante.	4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
	SPAC_05	Los condones son incómodos para ambas partes.	5. Ligeramente de acuerdo	
Autoeficacia para el uso consistente del condón	SUCC_01	Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.	6. Muy de acuerdo	.85
	SUCC_02	Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	7. Totalmente de acuerdo	
	SUCC_03	Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	1. Muy inseguro	
			2. Inseguro	
			3. Algo seguro	
			4. Seguro	
			5. Muy seguro	

Nota: α = Alfa de Cronbach.

Variables de factores proximales

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Consumo de sustancias	ISCS_01	¿Con qué frecuencia consume alcohol antes de tener sexo?	a. Nunca	.89
	ISCS_02	¿Con qué frecuencia tu pareja consume alcohol antes de tener sexo?	b. Rara vez	
	ISCS_03	¿Con qué frecuencia tú y tu pareja consumen alcohol antes de tener sexo?	c. Algunas veces	
	ISCS_04	¿Con qué frecuencia consume drogas antes de tener sexo?	d. Frecuentemente	
	ISCS_05	¿Con qué frecuencia tu pareja consume drogas antes de tener sexo?		

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
	ISCS_06	¿Con qué frecuencia tú y tu pareja consumen drogas antes de tener sexo?		
Uso de plataformas digitales para citas	FrecRelLin	¿Qué tan frecuente es que tengas relaciones sexuales con alguien que conociste en línea?	a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. Frecuentemente	
Negociación sobre uso del condón	SACEN_01	Amenazar con no tener relaciones	Escala del 1 al 10	.85
	SACEN_02	Si me quieres respetarás que quiera utilizarlo	1. Nada adecuada 10. Totalmente adecuada	
	SACEN_03	No somos pareja estable		
Habilidad sobre uso del condón	SACEN_04	Sin preservativo no hay sexo		.81
	EPEUC_01	¿Verifico que el condón no tenga daños visibles en el empaque antes de abrirlo?	1. No 2. Sí, lo hice 1 ocasión	
	EPEUC_02	¿Coloco en el lado incorrecto hacia arriba y tuvo que darle la vuelta?	3. Sí, lo hice en 2 ocasiones 4. Sí, lo hice en las 3 ocasiones	
	EPEUC_03	¿Dejó espacio en la punta del condón cuando te lo colocaste?		
	EPEUC_04	¿Extrae el aire después de ponerlo?		
	EPEUC_05	¿Se pierde o se comienza a perder la erección, mientras lo coloca?		
	EPEUC_06	¿Usa el condón sin un lubricante a base de agua?		
	EPEUC_07	¿También utilizó un lubricante a base de aceite, como vaselina o aceite para bebés, con el condón?		
	EPEUC_08	¿Se pierde o se comienza a perder la erección después de que la relación sexual había comenzado durante y con el uso del condón?		
	EPEUC_09	¿El condón está en contacto con uñas, joyería, piercings o perforaciones u objetos que pueden perforarlos, o utiliza los dientes en cualquier momento antes o durante la relación sexual?		

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
	EPEUC_10	¿Comienza a tener relaciones sexuales sin condón y se detiene para colocarse el condón y continuar con la relación sexual?		
	EPEUC_11	¿Comienza a tener relaciones sexuales con condón y luego se lo quita para seguir teniendo relaciones sexuales sin él?		
	EPEUC_12	¿Se rompió el condón durante la relación sexual?		
	EPEUC_13	¿Una vez colocado, el condón se resbaló durante la relación sexual?		
	EPEUC_14	¿El condón se deslizó fuera cuando estaba retirando su pene del ano o recto?		
	EPEUC_15	¿Presento algún problema con la forma en la que el condón se ajusta o queda puesto en el pene?		
	EPEUC_16	¿Usted o su pareja tuvo algún problema con la sensación experimentada?		
Búsqueda de sensaciones sexuales	EBSS_01	Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes.	1. Para nada como yo	.91
	EBSS_02	Las sensaciones físicas son lo más importante al tener relaciones sexuales	2. Un poco como yo	
	EBSS_03	Me gusta la sensación de las relaciones sexuales sin condón	3. Parcialmente como yo	
	EBSS_04	Mis compañeros sexuales probablemente piensan que soy una persona que toma riesgos	4. Muy parecido a mí	
	EBSS_05	Cuando se trata de sexo, la atracción física es más importante para mí que tan bien conozco a la persona		
	EBSS_06	Disfruto de la compañía de personas sensuales		
	EBSS_07	Me gusta ver vídeos clasificados X		

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Intención de la conducta sexual	EBSS_08	He dicho cosas que no eran exactamente verdaderas para conseguir que una persona tenga relaciones sexuales conmigo		.87
	EBSS_09	Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales		
	EBSS_10	Me gusta explorar mi sexualidad		
	EBSS_11	Me gustaría tener experiencias y sensaciones sexuales nuevas y excitantes		
	MCS_01	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien con quien nunca ha tenido sexo?	1. Definitivamente no	
	MCS_02	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien que conoció hace poco tiempo?	2. Probablemente no	
	MCS_03	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien que usted sabe que tenía otras parejas sexuales?	3. Probablemente sí 4. Definitivamente sí	
	MCS_04	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien que ha salido por mucho tiempo?		
	MCS_05	¿Qué tan probable es que use un condón con alguien que ya ha tenido sexo?		

Nota: α = Alfa de Cronbach.

Variables de conducta sexual

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
Conducta sexual segura	CCSS_01	Insisto con el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales	1. Nunca	.80
	CCSS_02	Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales	2. A veces	
	CCSS_03	Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares (como tocar/besar/agasajar)	3. La mayor parte del tiempo	
	CCSS_04	Pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales	4. Siempre	

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
	CCSS_05	Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual		
	CCSS_06	Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales		
	CCSS_07	Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien		
	CCSS_08	Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozco el historial sexual		
	CCSS_09	Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en la zona genital		
	CCSS_10	Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual		
	CCSS_11	Insisto en examinar a mi pareja sexual en busca de llagas, cortes o abrasiones en el área genital		
	CCSS_12	Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, de inmediato doy mi punto de vista		
	CCSS_13	Practico sexo oral sin usar barreras de protectoras como un condón		
	CCSS_14	Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón		
	CCSS_15	Practico sexo anal		
	CCSS_16	Les pregunto a mis posibles parejas sexuales sobre sus antecedentes de uso de drogas intravenosas		
	CCSS_17	Si sé que una cita puede conducir a una relación sexual, tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro		

Constructo	Variable	Descripción	Medida	α
	CCSS_18	Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin condón, me niego a tener relaciones sexuales		
	CCSS_19	Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual		
	CCSS_20	Me resulta difícil hablar de temas sexuales con mis parejas sexuales		
	CCSS_21	Inicio el tema de las relaciones sexuales seguras con mi posible pareja sexual		
	CCSS_22	Tengo relaciones sexuales con alguien que sé que es bisexual o gay		
	CCSS_23	Practico sexo anal sin usar condón		
	CCSS_24	Tomo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales		

Nota: α = Alfa de Cronbach.

Resumen Autobiográfico

Resumen autobiográfico

MCE. Carlos Alberto Catalán Gómez

Candidato a Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL PARA “HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)” CON OBESIDAD.

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

Datos personales: Nacido en León, Guanajuato, México, el 04 de mayo de 1995.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero (2013-2018). Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en el periodo de agosto del 2021 a julio del 2024. Actualmente miembro de la Sociedad de Honor en Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Alpha, miembro de la Red de Enfermería en Salud infantil y del adolescente, miembro activo de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de recursos Humanos y miembro de la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa.

Experiencia profesional: Tutor clínico durante el periodo 2017-2019 en hospitales como ISSSTE, IMSS y Hospital General Raymundo Abarca Alarcón en Chilpancingo, Guerrero. Docente adjunto de asignaturas como Fundamentos de Enfermería, Investigación en Enfermería, Administración y Servicios de Salud y Farmacología en Enfermería (2017-2019).

Experiencia en investigación: Publicación de siete artículos científicos en revistas indexadas Nacionales e Internacionales, así como tres trabajos aceptados y en proceso de publicación. Colaborador en capítulo de libro “Investigaciones en el campo de Enfermería”. Revisor de artículos científicos en revistas como Enfermería Universitaria, Horizonte Sanitario, Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Titular estatal de investigación por la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería en su sede Nuevo León. Participación en diferentes Estancias de Investigación Nacionales e Internacionales. De igual importancia la participación como ponente en múltiples eventos y universidades en los cuales he obtenido algunos reconocimientos.

Correo electrónico: catalangomez8@gmail.com