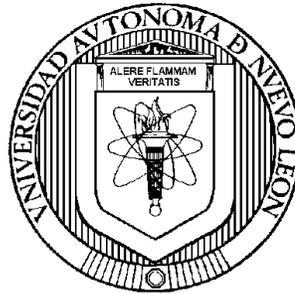


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
HOMBRES

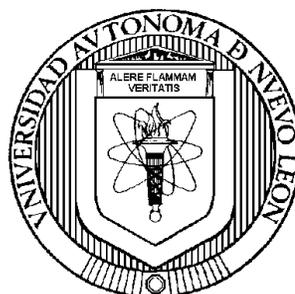
Por

MCE. CAROLINA VALDEZ MONTERO

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

AGOSTO, 2015

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
HOMBRES

Por

MCE. CAROLINA VALDEZ MONTERO

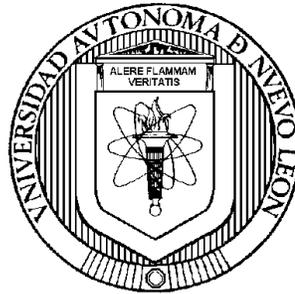
Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

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

AGOSTO, 2015

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
HOMBRES

Por

MCE. CAROLINA VALDEZ MONTERO

Co - Director de Tesis

DR. JOSÉ MORAL DE LA RUBIA

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

AGOSTO, 2015

MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
HOMBRES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Director de Tesis y Presidente

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.
Secretario

Dr. José Moral De La Rubia
Vocal

Dra. Fuensanta López Rosales
Vocal

Dra. María Aracely Márquez Vega
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	8
Modelo de Promoción de la Salud	8
Teoría de Rango Medio Modificada: Conducta sexual en HSH (MCONSEX)	10
Proposiciones	26
Diagrama C-T-E	28
Estudios relacionados	31
Síntesis de estudios relacionados	50
Objetivos específicos	53
Definición de términos	54
Capítulo II	
Metodología	56
Diseño del estudio	56
Población muestreo y muestra	56
Criterios de inclusión	57
Criterios de eliminación	57
Instrumentos de medición	58
Procedimiento de recolección de información	62
Entrenamiento de los informantes claves	64
Consideraciones éticas	64
Plan de análisis de los datos	65
Modelo de ecuaciones estructurales	66
Modelo estructural de regresión	68

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	69
Estadística descriptiva de la muestra	69
Prueba de Kolgomorov-Smirnov	73
Confiabilidad de los instrumentos	75
Influencia de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón	76
Efectos de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencia interpersonales para la conducta sexual en los HSH	89
Influencia de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH	95
Influencia de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual de los HSH	103
Influencia de la percepción del uso del condón en la conducta sexual en HSH	117
Efecto de las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH en la conducta sexual en HSH	126
Efecto de las influencias situacionales para la conducta en los HSH en la conducta sexual en HSH	132
Modelos estructurales	139
Contraste del modelo de Pender para predecir frecuencia de relaciones sin condón	141
Modelos estructurales de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres y hombres	160
Modelo para frecuencia de relaciones sexuales con mujeres	160
Modelo para frecuencia de relaciones sexuales con hombres	165

Contenido	Página
Frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja estable	175
Frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional	181
Predicción de la frecuencia de de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón	193
Capítulo IV	
Discusión	209
Limitaciones	220
Conclusiones	221
Recomendaciones	223
Referencias	225
Apéndices	244
A. Consentimiento Informado	245
B. Cédula de datos personales	247
C. Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales	248
D. Escala de Homofobia Internalizada	249
E. Escala de Beneficios percibidos para el uso del condón	250
F. Escala de Barreras percibidas para el uso del condón	251
G. Escala de Autoeficacia percibida para el uso del condón	252
H. Escala de Provisión Social para Sexo Seguro	254
I. Escala de Influencias Situacionales para la conducta sexual	258
J. Escala de Conducta Sexual en HSH	259
K. Backward de objetivo 1	261
L. Backward de objetivo 2	264
M. Backward de objetivo 3	266
N. Backward de objetivo 4	267
Ñ. Backward de objetivo 5	271

Listas de Figuras

Tabla	Página
1. Descripción de las variables biológicas y socioculturales por identidades sexuales en hombres y gay/homosexual	70
2. Tipo de sexo en la primera relación sexual por identidades sexuales	71
3. Tipo de relación de pareja por identidades sexuales	72
4. Infecciones de transmisión sexual por identidades	73
5. Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov	73
6. Consistencia interna de los instrumentos	75
7. Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción para el uso del condón	77
8. Medias marginales estimadas de la identidad sexual en la percepción para el uso del condón	78
9. Modelo general lineal multivariante “Inicial” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción para el uso del condón	80
10. Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción para el uso del condón	82
11. Modelo general lineal multivariante “Final” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción para el uso del condón	86
12. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción para el uso del condón	87
13. Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH	90

Tabla	Página
14. Medias marginales estimadas de la identidad sexual en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH	91
15. Modelo general lineal multivariante “Inicial” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH	92
16. Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales	93
17. Modelo general lineal multivariante “Final” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH	94
18. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales	95
19. Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH	96
20. Medias marginales estimadas de la identidad sexual en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH	97
21. Modelo general lineal multivariante Inicial de factores biológicos	98
22. Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos	100
23. Modelo general lineal multivariante “Final” de factores biológicos	102
24. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos	103

Tabla	Página
25. Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual de los HSH	104
26. Medias marginales estimadas de la identidad sexual en la conducta sexual en HSH	105
27. Modelo general lineal multivariante “Inicial” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH	108
28. Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH	110
29. Modelo general lineal multivariante “Final” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH	113
30. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH	115
31. Correlación de Spearman de percepciones del uso del condón en la conducta sexual de los HSH	117
32. Medias marginales estimadas de la conducta sexual en HSH	118
33. Modelo general lineal multivariante “Inicial” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH	120
34. Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH	121
35. Modelo general lineal multivariante “Final” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH	124
36. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH	125
37. Correlación de Spearman de influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH en la conducta sexual de los HSH	126

Tabla	Página
38. Medias marginales estimadas de las influencias interpersonales en la conducta sexual en HSH	127
39. Modelo general lineal multivariante “Inicial” de influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	128
40. Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	129
41. Modelo general lineal multivariante “Final” de influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	130
42. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	131
43. Correlación de Spearman de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	132
44. Medias marginales estimadas de las influencias situacionales en la conducta sexual en HSH	133
45. Modelo general lineal multivariante “Inicial” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	134
46. Modelo general lineal multivariante “Inicial Bootstrap” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	135
47. Modelo general lineal multivariante “Final” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	138

Tabla	Página
48. Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH	139
49. Correlaciones con alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina	140
50. Significación de los pesos de regresión estandarizados	144
51. Significación de los pesos de regresión estandarizados	147
52. Significación de los pesos de regresión estandarizados	151
53. Significación de los pesos de regresión estandarizados	153
54. Significación de los pesos de regresión estandarizados	156
55. Significación de los pesos de regresión estandarizados	159
56. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	163
57. Significación de los pesos de regresión estandarizados	163
58. Significación de las covarianzas entre las variables exógenas	163
59. Significación de las correlaciones entre las variables exógenas	164
60. Significación de las varianzas de las variables exógenas	164
61. Significación del porcentaje de varianza explicada	164
62. Índices de ajuste y parsimonia del modelo final	165
63. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	168
64. Significación de los pesos de regresión estandarizados	169
65. Significación de las covarianzas entre variables exógenas	169
66. Significación de las correlaciones entre variables exógenas	169
67. Significación de las varianzas de las variables exógenas	170
68. Significación del porcentaje de varianza explicada	170
69. Índices de ajuste y parsimonia del modelo final	170

Tabla	Página
70. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	173
71. Significación de los pesos de regresión estandarizados	174
72. Significación de la covarianza entre variable exógena	174
73. Significación de correlaciones entre variables exógenas	174
74. Significación de las variables exógenas	175
75. Significación del porcentaje de la varianza explicada	175
76. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	179
77. Significación de los pesos de regresión estandarizados	179
78. Significación de las covarianzas entre las variable exógena	180
79. Significación de las correlaciones entre la variable exógena	180
80. Significación de las varianzas de las variables exógenas	180
81. Significación del porcentaje de varianza explicada	181
82. Índices de ajuste y parsimonia del modelo final	181
83. Índices de ajuste de parsimonia del modelo final	184
84. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	187
85. Significación de los pesos de regresión estandarizados	187
86. Significación de las covarianzas entre las variables exógenas	188
87. Significación de las correlaciones entre las variables exógenas	188
88. Significación de las varianzas de las variables exógenas	188
89. Significación del porcentaje de varianza explicada	189
90. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	190
91. Significación de los pesos de regresión estandarizados	191
92. Significación de las covarianzas entre variable exógena	191
93. Significación de las correlaciones entre variable exógena	192
94. Significación de las variables exógenas	192
	192

Tabla	Página
95. Significación del porcentaje de la varianza explicada	192
96. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	198
97. Significación de los pesos de regresión estandarizados	198
98. Significación de las covarianzas entre las variables exógenas	199
99. Significación de las correlaciones entre las variables exógenas	199
100. Significación de las varianzas de las variables exógenas	200
101. Significación del porcentaje de la varianza explicada	200
102. Índices de ajuste y parsimonia del modelo final	201
103. Significación de los pesos de regresión sin estandarizar	205
104. Significación de los pesos de regresión no estandarizados	205
105. Significación de las covarianzas entre variable exógena	206
106. Significación de las correlaciones entre variable exógena	207
107. Significación de las variables exógena	207
108. Significación del porcentaje de varianza explicada	208

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011)	8
2. Esquema de relación de conceptos del Modelo de Conducta Sexual en HSH (MCONSEX).	27
3. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	28
4. Sistema de aproximación tipo cadena	57
5. Modelo estructural de regresión	68
6. Modelo MCONSEX	143
7. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón	147
8. Modelo con variables cognitivas y características personales sin la variable de conducta sexual	150
9. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón	153
10. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador sexual sin condón	159
11. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	161
12. Modelo revisado de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres con 4 variables exógenas estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	162

Figura	Página
13. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con hombres con 5 variables exógenas estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	166
14. Modelo revisado de frecuencia de relaciones sexuales con hombres estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	168
15. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con hombres estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	173
16. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	177
17. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	178
18. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	183

Figura	Página
19. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	184
20. Modelo revisado 2 de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	186
21. Modelo 1 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	194
22. Modelo 1 revisado 1 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	195
23. Modelo 1 revisado 2 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles	197
24. Modelo 1 revisado 1 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles.	204

Resumen

Carolina Valdez Montero
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: *****, 2015

Título del Estudio: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Número de páginas:

Candidata a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método de Estudio: Evaluar un modelo explicativo de la conducta sexual de los HSH a partir de algunos conceptos de Pender, Murdaugh y Parsons (2011) como las características personales (biológicas, psicológicas y socioculturales), las cogniciones (autoeficacia percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, influencias interpersonales y situacionales) y la conducta de salud y conceptos de identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada. Se utilizó un diseño de comprobación de modelo. La población estuvo conformada por 241 HSH. El Coeficiente de Determinación de $R^2 = .1$, una potencia de prueba de 90% para un modelo de Regresión Lineal Multivariado con 14 variables. Se utilizó el muestreo dirigido por entrevistados. Los instrumentos utilizados fueron; Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales, Escala de Homofobia Internalizada, Sub-escala de beneficios percibido de la Escala de Creencias de Salud Sida, Sub-escala de Efectos sobre la experiencia sexual en hombres, Escala de Autoeficacia para el uso del condón, Escala Provisión Social para Sexo Seguro para medir el apoyo familiar y de la pareja, también la Escala de Influencias Situacionales para la Conducta Sexual en HSH y Escala de Conducta Sexual en HSH que fueron elaboradas para el presente estudio. Los instrumentos fueron aplicados en lápiz y papel y en línea a través del portal SurveyMonkey. Todos los instrumentos mostraron confiabilidad aceptable. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. La prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, Coeficientes Correlación de Spearman, pruebas de Regresión lineal múltiple y el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

Contribución y Conclusiones: El número de parejas sexuales en el último año se encontró una *media* de 10.52 (*Mdn*= 3.0, *DE*= 30.54, *min*= 0, *max*= 300) y el 12.9% de los participantes señalaron haber tenido al menos una ITS (*Media*= .13, *DE*= .33).

En relación a los modelos de regresión en el primero modelo se encontró que la escolaridad, la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales explicaron 7.8% de la varianza en los beneficios para usar el condón ($F_{[6,231]}= 3.27, p < .001$), explicaron el 14.7% de la varianza en las barreras para usar el condón ($F_{[6,231]}= 6.66, p < .001$), explicaron el 10.1% de la varianza en la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón ($F_{[6,231]}= 4.32, p < .001$) y explicaron el 6.0% de la varianza en el uso correcto del condón ($F_{[6,231]}= 2.44, p < .027$).

El segundo modelo demostró que la escolaridad y la búsqueda de sensaciones sexuales en el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras explicó el

5.6% de la varianza ($F_{[2,235]} = 7.02, p < .001$). Asimismo, el tercer modelo señala que los ingresos, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 11.6% de la varianza en el consumo del alcohol previo al encuentro sexual ($F_{[3,218]} = 9.67, p < .001$), explicaron el 4.5% de la varianza en el consumo de drogas previo al encuentro sexual ($F_{[3,218]} = 3.45, p < .002$) y explicaron el 14.0% de la varianza en la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ($F_{[3,218]} = 11.81, p < .001$).

El cuarto modelo demostró que la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales explicaron el 7.7% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres ($F_{[5,235]} = 3.94, p < .002$), explicaron el 24.9% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres ($F_{[5,235]} = 15.58, p < .001$) y explicaron el 5.6% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón ($F_{[5,235]} = 2.80, p < .018$). El quinto modelo de los beneficios para el uso del condón, las barreras para el uso del condón y la autoeficacia en la comunicación con la pareja para el uso del condón explicaron el 4.6% en la frecuencia de relaciones sexuales con hombre ($F_{[3,237]} = 3.78, p < .011$), explicaron el 3.3% de la varianza en la frecuencia de las relaciones sexuales con mujer ($F_{[3,237]} = 2.73, p < .045$), explicaron el 3.8% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[3,237]} = 3.16, p < .025$), explicaron el 5.2% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional ($F_{[3,237]} = 4.35, p < .005$), explicaron el 10.6% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[3,237]} = 9.38, p < .001$).

El sexto modelo señala que el apoyo de la pareja para practicar sexo seguro explicó el 4.7% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional ($F_{[1,239]} = 11.77, p < .001$), explicó el 8.8% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[1,239]} = 22.96, p < .001$). El séptimo modelo muestra que el consumo drogas previo al encuentro sexual y asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas explicó el 10.2% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres ($F_{[2,238]} = 13.59, p < .001$), explicó el 2.9% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales mujeres ($F_{[2,238]} = 3.52, p < .031$), explicó 6.5% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[2,238]} = 8.30, p < .001$).

Para evaluar el modelo de conducta sexual con trabajador sexual sin uso del condón el ajuste fue bueno por cinco índices ($\chi^2/gl = 113.061/112 = 1.009, GFI = .973, AGFI = .961, NFI = .953$ y $RFI = .943$), adecuado por un índice ($SRMR = .058$) y malo por 1 índice (p de B-S = $0/2,000 = 0$). La parsimonia del modelo fue muy alta ($RP = .824$). Debe señalarse que la gran complejidad y alta parsimonia hace muy difícil un buen ajuste a través de la prueba de muestreo repetitivo de Bollen-Stine, muy sensible a la desviación.

La presente investigación es de apoyo para el profesional de enfermería y ciencias a fines para conocer a la población y proponer y realiza estrategias de prevención de ITS y VIH e incorporar elementos en las intervenciones que sean apropiados y significativos en el cambio o mejora del comportamiento sexual de los HSH.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) son considerados unas de las epidemias más devastadoras en las últimas décadas y ha provocado múltiples problemas de índole social, económica y de salud pública. Se estima que a nivel mundial viven más de 35 millones de personas con el VIH siendo afectados principalmente poblaciones marginadas y personas excluidas en razón a sus prácticas sexuales, lo cual contribuye a que la epidemia se expanda (Programa conjunto de las naciones unidas, [ONUSIDA], 2014). En América Latina hasta el 2013 había más de 1,6 millones de personas viviendo con el VIH (ONUSIDA, 2014).

En México, el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida (CENSIDA, 2014) señala que a finales del 2013 existían más de 180 mil personas viviendo con el VIH (IC 95%= 140,000-230,000), de los cuales el 60% de los afectados son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y/o con mujeres. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) representan el grupo más grande de personas que viven con el VIH en México. Bautista, Colchero, Romero, Conde y Sosa (2013) reportaron que la prevalencia de VIH en HSH mexicanos es de 16.9%.

El término HSH describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente de si tienen relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tiene una identidad homosexual, gay, bisexual o travesti. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres (Isacco, Yallum & Chromik, 2012; CENSIDA, 2011).

Diversos estudios han demostrado que los HSH realizan conductas sexuales de riesgo, tales como tener relaciones sexuales anales, orales y/o vaginales sin condón, tener múltiples parejas sexuales, tener relaciones casuales que puede ser con personas

desconocidas, usar inconsistentemente el condón y consumir alcohol y/o drogas previo a encuentros sexuales (Akin, Fernández, Bowen & Warren, 2008; Preston, D'Augelli, Kassab & Starks, 2004). Además, se ha encontrado que los HSH que tienen relaciones sexuales receptivas sin condón con parejas casuales tienen mayores probabilidades de contraer el VIH, comparados con los HSH que son insertivos y usan el condón (Read, Hocking, Sinnott & Hellard, 2007).

Una revisión reciente de la literatura reveló que los hombres que se identifican como homosexuales o bisexuales son más propensos a tener relaciones sexuales anales sin protección y con múltiples parejas sexuales (Choi, Han, Hudes & Kegeles, 2002; Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks & Brandford, 2005). A su vez, un estudio demostró que los HSH que se identifican como heterosexuales en comparación con aquellos que se identifican como homosexuales o bisexuales perciben menor riesgo de adquirir ITS o VIH y son menos propensos a acceder a servicios de salud (Merighi, Chassler, Lundgren, & Inniss, 2011).

Se puede apreciar de los estudios anteriores, que una característica de las investigaciones, es que se han enfocado exclusivamente al estudio de la relación entre infección por VIH y prácticas sexuales (Izazola-Licea, Ávila-Figueroa, Gortmaker & Del Río-Chiriboga, 1995; Izazola-Licea, et al., 1991). En un primer acercamiento, es lógico este interés de las investigaciones sobre VIH en las prácticas sexuales, ya que el contacto sexual es el principal mecanismo de transmisión de la infección. Sin embargo, es necesario precisar que la infección se origina por el contacto con el virus y no por las prácticas sexuales en sí mismas. Existen diversos factores socioculturales, psicológicos, cognitivos, de interacción social y situacional que pueden estar influenciando en la salud sexual de los individuos.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señala que dentro de los factores o determinantes de la salud, se incluye la edad, ingreso económico y nivel de escolaridad, características individuales considerando los factores psicológicos y

cognitivos de las personas, entorno social tales como las interacción con los demás y las situaciones en las que las personas se enfrentan y que pudieran estar influyendo en las conductas de los individuos. El ingreso económico y el nivel de educación están vinculados con una mejor salud de los individuos. Sohn y Cho (2012) encontraron que los HSH que tenían un nivel educativo bajo mostraron mayor probabilidad de tener sexo anal sin condón. Otro estudio demostró que los HSH que tenían nivel educativo alto tenían mayor probabilidad de realizar sexo anal sin condón con su pareja estable, sin embargo, los HSH con ingresos económicos bajos mostraron mayor probabilidad de realizar el mismo tipo de sexo pero con pareja casual, lo que señala un mayor riesgo sexual (Appleby et al., 2005).

En relación a las características individuales se encuentran inmersos los factores psicológicos y estos intervienen en los estados mentales de los individuos (Dumoy, 1999). Un factor psicológico reconocido en los HSH es la identidad sexual (Logie, 2012). La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2011), señala en el dominio 8 de sexualidad clase 1 a la identidad sexual y la define como estado de ser de una persona específica respecto a la sexualidad y/o el género. Antezana (2007) señala que existen algunos HSH que no quieren mostrar su identidad sexual y ocultan su orientación sexual para evitar ser rechazados o aislados por la sociedad. El encontrar la etiqueta de identidad sexual permite corroborar el beneficio de estar incluido como lenguaje enfermero reconocido, lo que indica que el sistema de clasificación es aceptado como sustento para la práctica de enfermería. Sin embargo, aún no se ha probado ningún diagnóstico en esta clase, lo que indica la importancia de seguir realizando investigaciones relacionadas a la identidad sexual y a los HSH, esto a su vez podría ser de utilidad para los profesionales de enfermería.

La búsqueda de sensaciones sexuales es otro factor psicológico en los HSH y se han encontrado estudios que dicha búsqueda se asocia con las prácticas sexuales de riesgo. Algunos autores señalan que los HSH que buscan sensaciones sexuales se

relacionan con el consumo de drogas y/o alcohol, mayor número de actos sexuales y sexo anal receptivo sin condón (Kalichman, Heckman & Kelly, 1996; Matarelli, 2013). Otro factor psicológico es la homofobia internalizada. Maylon (1982) señala que la homofobia internalizada es un proceso psicológico que está relacionado con la formación de la identidad sexual, autoestima y relaciones interpersonales. Los HSH que presentan homofobia internalizada tienen sentimientos reprimidos de autocastigo y culpa. Ortiz y García (2005) demostraron en su estudio que la homofobia internalizada se ha relacionado con mayor riesgo de consumo de drogas previo a las relaciones sexuales.

En relación a los aspectos cognitivos estos hacen referencia a las capacidades o habilidades mentales que permiten al individuo actuar de forma racional para lograr una meta y objetivos. Los HSH poseen percepciones y capacidades para usar o no el condón. En cuanto a los beneficios percibidos para el uso del condón en los HSH, se reportó que utilizaban los condones por que previene las ITS o el VIH y disminuye la ansiedad y preocupación en relación a contraer una ITS (King, Vidourek & Singh, 2014).

Las barreras percibidas para usar el condón son los impedimentos que perciben los HSH para utilizar un condón en cualquiera de los encuentros sexuales que pudieran presentárseles. La literatura ha demostrado que los HSH refieren que usar condones es incómodo, “no se siente igual” o “no es natural” o falta de acceso a los condones que está relacionada a la vergüenza o intimidad para comprarlos o asistir a los servicios de salud (Doyle, Calsyn & Ball, 2009). También se ha encontrado que los HSH que perciben barreras para usar el condón tienen menor probabilidad de usar el condón en el próximo encuentro sexual (Charnigo, Crosby & Troutman, 2010).

Otro elemento cognitivo es la autoeficacia percibida para usar el condón y este se refiere a la capacidad que percibe para usar el condón a pesar de la influencia de la pareja, el tiempo de relación y el consumo de sustancias psicoactivas (Ross, Rosser & Neumaied, 2008). La literatura señala que los HSH con mayor percepción de

autoeficacia para usar el condón presentan menor probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales y relaciones sexuales anales desprotegidas (Tomas et al., 2009).

Respecto a las influencias interpersonales, la OMS (2015) señala que los individuos con relaciones de apoyo social tienen un impacto considerable en la salud. Las influencias interpersonales que tienen los HSH, pueden incluir a las relaciones de comunicación y apoyo por parte de las personas más cercanas como lo son la pareja y la familia. El apoyo familiar se ha demostrado que es un factor protector de conductas sexuales de riesgo en los HSH. Preston et al., (2004) encontraron que los HSH que contaban con mayor apoyo de su familia, principalmente por los padres en relación a temas sexuales y a su identidad sexual tenían mayor probabilidad de realizar conductas sexuales protegidas en comparación con los HSH que han sido rechazados o expulsados de sus hogares. El apoyo de la pareja es un elemento fundamental para tomar decisiones en cuanto al cuidado sexual. Se ha demostrado que los HSH que tienen parejas estables y se involucran en actos sexuales anales sin condón a menudo no conocen el estado serológico de su pareja (Davidovich, Wit & Strobe, 2004).

En relación a los factores situacionales o contextuales, los espacios físicos de socialización públicos y semi-públicos están ligados a los encuentros de seducción y sexuales: bares, saunas, lugares clandestinos, tales como parques, estaciones, bares, antros, cuartos oscuros (dark rooms), saunas, baños o cines (Shifter & Madrigal, 2000). Las razones que llevarían al sexo en lugares público no sólo tienen que ver con la imposibilidad o dificultad de tener sexo en lugares más confortables, sino con la fantasía y el goce ligados al riesgo, la novedad y el anonimato (al tener sexo “con extraños”). Tal cuestión parece estar ligada con la percepción positiva del hecho de disociar las prácticas sexuales de los lazos afectivos, con la eficacia y rapidez en llegar a la concreción del acto sexual y con la compulsión de conocer nuevas personas. Las prácticas más comunes de este tipo de encuentros son el sexo oral y las masturbaciones recíprocas (Binson,

Pollack, Blair & Woods, 2010). Se ha encontrado que los HSH que asisten a sitios de encuentros sexuales les facilita encontrar parejas sexuales, así como el consumo de alcohol y/o drogas, implicando la toma de riesgo sexual (Groves & Crown, 2012).

Los estudios en relación a la conducta sexual de los HSH han sido poco abordados y existe una escasa literatura científica en relación a la explicación de dicha conducta a través de los factores biológicos, socioculturales, psicológicos, cognitivos y situacionales. Lo anterior pareciera deberse a la doble sensibilidad del estudio, por una parte a la identidad sexual y a la conducta sexual. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que los HSH son considerados una población vulnerable. Las poblaciones vulnerables se refieren a diversos grupos de personas que corren mayor riesgo en su salud física, psicológica y social que el resto de la población. Las poblaciones vulnerables incluyen a todas las personas que experimentan discriminación, estigma, intolerancia, subordinación, así como los que están políticamente marginados y privados de sus derechos.

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) proponen el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) para explicar la conducta del individuo por medio de diversas variables biológicas, psicológicas, socioculturales, cognitivas y situacionales principalmente en poblaciones vulnerables, tales como los HSH. El MPS se encuentra estructurado desde tres constructos principales. El primer constructo son las características y experiencias individuales que se refiere a la conducta previa relacionada y a los factores personales, el segundo constructo son las cogniciones y afectos relativos a la conducta, que incluye los beneficios percibidos, las barreras percibidas, la autoeficacia percibida, la actividad relacionada al afecto, las influencias interpersonales, las influencias situacionales, el compromiso con un plan de acción y las demandas de competencias inmediatas y preferencias y el tercer constructo es el resultado conductual y se refiere a la conducta promotora de salud.

Peterson y Bredow (2009) refieren que el MPS se ha utilizado en una variedad de entornos, incluyendo escuelas, lugares de trabajo, centros de tratamiento ambulatorio, centro de rehabilitación y la prisión. Su uso ha estado con una amplia variedad de comportamientos de salud, incluyendo el ejercicio, la nutrición, y el uso de protección auditiva. Los estudios han involucrado a diversos clientes en relación con el género y la edad y también se ha aplicado en diversos grupos culturales. Cabe destacar que el modelo se ha utilizado en personas con enfermedades crónicas, tales como el VIH. Sin embargo, hasta donde se indagó el MPS no ha sido aplicado para explicar la conducta sexual de los HSH.

Por lo cual se propone desarrollar una Teoría de Rango Medio Modificada (TRMM) a partir del MPS para explicar la conducta sexual en los HSH. Las TRMM son teorías concretas e incorporan nuevos conceptos necesarios para una explicación de los fenómenos específicos de enfermería. Éstas tienen la ventaja de que cuentan con un número limitado de conceptos que están definidos operativamente, así como de proposiciones que muestran claridad en sus relaciones, lo que permite su prueba empírica.

Fawcett (2005) y Meleis (2012) señalan que la TRMM son herramientas apropiadas para sustentar los cuidados de los individuos por parte de los profesionales de enfermería, ya que generan explicaciones de los fenómenos íntimamente ligados a la práctica de enfermería. Por tal motivo el propósito del presente estudio es evaluar un modelo explicativo de la conducta sexual de los HSH a partir de algunos conceptos del MPS de Pender, Murdaugh y Parsons (2011) tales como; las características personales (factores biológicos, psicológicos y socioculturales), las cogniciones y afecto (autoeficacia percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, influencias interpersonales y situacionales) y la conducta de salud, a su vez, se incorporará los conceptos psicológicos de identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada.

Marco teórico conceptual.

El MPS (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) se propone como un marco para la enfermería y perspectivas de las ciencias conductuales de los factores que influyen en los comportamientos de salud. El MPS se construyó a partir de dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El MPS está formado por nueve conceptos (ver figura 1) que se ubican dentro de tres categorías: a) características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales), b) cogniciones específicas de la conducta y afecto (beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, actividades relacionadas al afecto), influencias interpersonales e influencia situacional y c) resultado conductual (conducta de promoción de la salud).

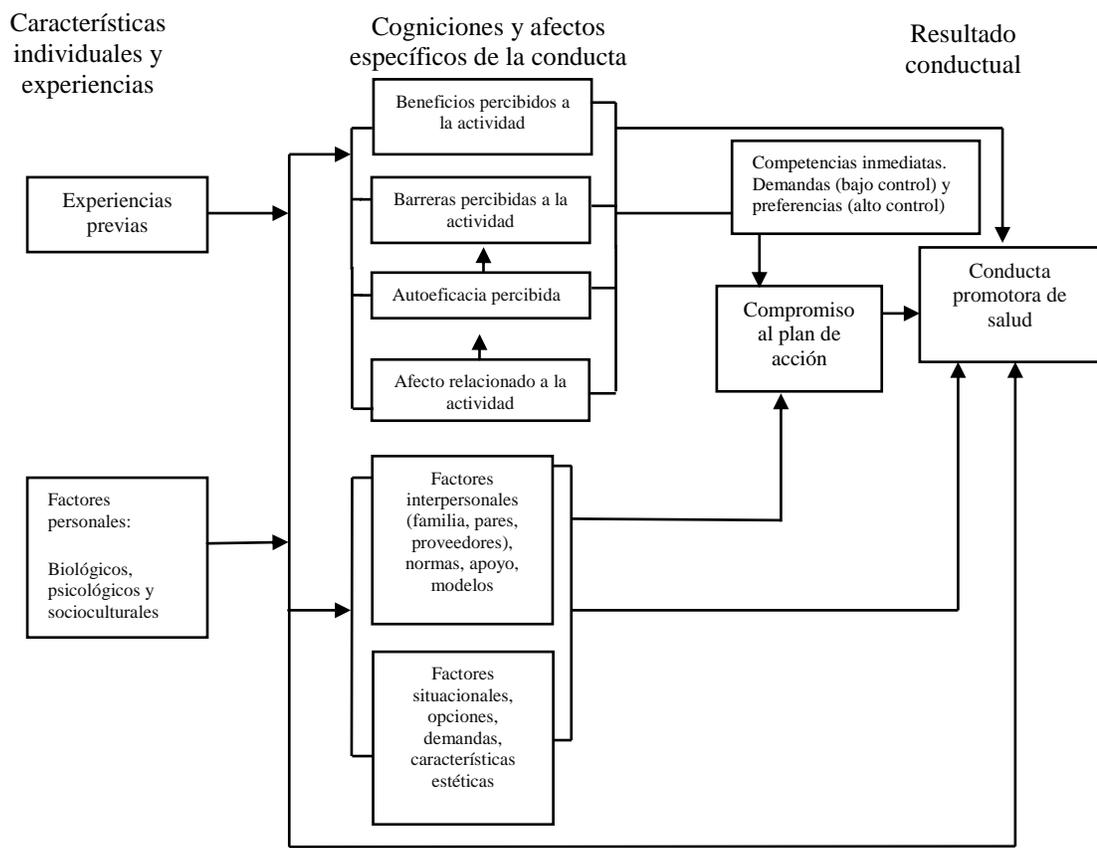


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011)

Asimismo, el MPS modelo cuenta con catorce proposiciones teóricas:

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen las creencias, el afecto y la promulgación de la conducta promotora de salud.
2. Las personas comprometidas, adoptan conductas de las cuales ellos deriven personalmente beneficios anticipadamente.
3. La percepción de barreras pueden restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta.
4. Competencia percibida o autoeficacia a ejecutar una conducta dada incrementa la probabilidad de compromiso a la acción y a mejores resultados de la conducta actual.
5. Mayor autoeficacia percibida resulta en menores barreras percibidas a una conducta específica de salud.
6. Afecto positivo hacia una conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o afecto son asociados con una conducta la probabilidad de compromiso y acción se incrementan.
8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.
9. Familias, pares, y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y adaptación de conductas promotoras de salud.
10. Influencias situacionales y el ambiente externo pueden incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud.
11. Un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas.

12. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.

13. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y preferidas que la conducta.

14. Las personas pueden modificar cogniciones, afecto y los ambientes físico e interpersonal y crear incentivos para la acción de salud.

Para la presente derivación de teoría se utilizaron los pasos propuestos por Walker y Avant (2011) y Fawcett (1999), de los cuales se tomaron conceptos del MPS para proponer la teoría de rango medio modificada y la explicación de la conducta sexual en los HSH. A continuación se detallan cada uno de los conceptos utilizados.

Teoría de Rango Medio Modificada: Conducta Sexual en HSH (MCONSEX).

Una TRM es una coherente articulación de un conjunto de conceptos que describen y explican las relaciones de un fenómeno en particular (Meleis, 2012). De acuerdo a Fawcett (2005), la TRM por lo general tiene un número limitado de conceptos y proposiciones y son más operacionales y susceptibles a probarse. Para el presente estudio se realizará TRM modificada de la conducta sexual en HSH (MCONSEX), debido a que se realizó una modificación en el concepto de factores psicológicos. Pender, Murdaugh & Parsons (2011), señala que los factores personales tales como los psicológicos deben limitarse a los que son teóricamente relevantes para explicar o predecir un comportamiento determinado, por lo cual se seleccionaron conceptos psicológicos apropiados y necesarios para explicar la conducta sexual en HSH. Para la derivación de la TRM modificada se utilizaron los cinco pasos de Walker y Avant (2011).

El primer y segundo paso se refieren a identificar y familiarizarse con el tema de interés. En este caso se realizaron búsquedas de literatura en bases de datos indexadas utilizando palabras claves en relación a los conceptos seleccionados de la teoría que más

adelante serán abordados. Asimismo, se realizó la identificación de diferentes perspectivas teóricas, de las cuales se puede retomar que pocos estudios de investigación abordan la temática con aporte teórico o bien las definiciones conceptuales son poco claras. En relación a los pocos estudios de investigación que utilizaban teoría principalmente fueron en psicología, antropología social y sociología. Sin embargo, se considera importante utilizar conceptos del MPS debido a que incluyen aspectos de habilidades y destrezas para usar el condón, la interacción con los otros o bien el apoyo social, el contexto o medio ambiente donde los HSH se desenvuelve, las características personales que lo definen y la relación con la conducta sexual que pudo o no haber realizado.

En el tercer paso se refiere a la selección de la teoría para realizar la derivación. Por lo cual para este proyecto de investigación se seleccionaron algunos conceptos del MPS. Se seleccionaron los conceptos de factores personales que incluyen los factores biológicos (edad), factores socioculturales (escolaridad, ingresos propios), factores psicológicos (donde se realizó la adaptación y se incluyeron los conceptos de; identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada), también se seleccionaron conceptos cognitivos tales como; beneficios percibidos a la actividad, barreras percibidas a la actividad, autoeficacia percibida a la actividad, influencias interpersonales, influencias situacionales y la conducta de salud.

Factores personales

Estos factores predicen el comportamiento dado que están determinados por la naturaleza de la conducta objetivo a considerar. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que los factores personales son las características únicas de un individuo que pueden ser biológicos, psicológicos y socioculturales. Los *factores biológicos* son aquellas características humanas que son propias y no se pueden encontrar en otro grupo de individuos. Los factores biológicos incluyen la edad, que se define como el número de años cumplidos.

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) consideran que la edad de los individuos es un factor importante para realizar la conducta. En etapas tempranas de la vida es cuando se inicia el establecimiento de patrones de comportamientos y a tomar decisiones en relación a los estilos de vida que pueden afectar tanto en la salud actual como futura (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, 2015). En esta etapa de transición, los jóvenes exploran su orientación sexual y durante esa fase se puede dar inicio a las relaciones sexuales con hombres o bien a la búsqueda de estas. Se han encontrado estudios donde señalan que los HSH que se encuentran en la etapa de la adolescencia y juventud que consumen alcohol y drogas y tienen una relación con la pareja estable son más probables a realizar prácticas sexuales de riesgo (Mustanski, 2008; Parsons, Grov, & Kelly, 2009; Stueve, O'Donnell, Duran, San Doval, & Geier, 2002). Asimismo, Wilson, Cook, McGaskey, Rowe y Dennis (2008) encontraron que los HSH de menor edad tienden a tener mayor número de parejas sexuales y este se encuentra vinculado con los comportamientos sexuales de alto riesgo en comparación con los HSH de mayor edad.

Los *factores socioculturales* son las fuerzas de mayor escala dentro de las culturas y sociedades que afectan los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas. Los factores socioculturales contemplan la educación y el estado socioeconómico. Para el presente estudio se utilizarán los conceptos de *escolaridad e ingresos propios*. En relación a la escolaridad y a los ingresos propios estos proporciona a los individuos mayor seguridad laboral, mejor remuneración y por lo tanto, mejores condiciones de vida. Se hipotetiza que estas personas con mayor calidad de vida incurren en menos prácticas sexuales de riesgo. Conforme a la anterior hipótesis, se han encontrado estudios que demuestran que los HSH con menor número de años de estudios se ha relacionado con mayor probabilidad de tener sexo anal sin condón (Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks & Brandford, 2005; Sohn & Cho, 2012; Thomas et al., 2009). Appleby, Marks, Ayala, Miller, Murphy y Manserg (2005) al evaluar el

tipo de pareja (estable o casual) y el rol sexual (insertivo o receptivo), encontraron que un mayor nivel educativo se asocia con mayor frecuencia de sexo anal receptivo sin condón y con pareja estable y un ingreso propio bajo se asocia con mayor frecuencia al sexo anal receptivo sin condón y con pareja casual. Al constituir el sexo anal receptivo sin protección con una pareja casual, existe mayor riesgo de infección de VIH frente a una pareja estable.

En segundo lugar el MPS tiene al constructo de *cogniciones y afectos relativos a la conducta específica* y los conceptos de este son los centrales del modelo y se considera que tienen una gran importancia motivacional. Este constructo incluye a los beneficios percibidos para la acción, las barreras percibidas para la acción, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado a la actividad, las influencias interpersonales y situacionales. Estos conceptos consideran las percepciones para realizar una acción o una conducta de salud. Para el presente trabajo se considera la percepción para usar el condón como las capacidades que tienen los HSH para usar el condón e incluyen los beneficios, barreras y autoeficacia.

Beneficios percibidos para la acción

Son representaciones mentales de las consecuencias positivas o refuerzo de un comportamiento. En el modelo se propone que los beneficios puedan ser motivados directa e indirectamente al comportamiento a través de la determinación del grado de compromiso con un plan de acción para realizar la conducta.

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) señala que los individuos que perciben beneficios para realizar una acción es muy probable que la realicen y sea como un factor protector de los individuos. Katikiro y Njau (2012), han destacado la importancia que tienen para la prevención del Sida en las creencias relacionadas con los beneficios percibidos para usar el condón. Asimismo, se han encontrado estudios que han sido abordados en jóvenes heterosexuales y han demostrado que los principales beneficios

que perciben para usar el condón es que previene embarazos e ITS (William & Cherly, 1999).

También se encontró que la percepción de los HSH para usar el condón fue principalmente prevenirse de la transmisión del Sida y la protección de sí mismo y de su pareja (King, Vidourek & Singh, 2014). 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.

Barreras percibidas para la acción

Se definen como las percepciones de los bloques, obstáculos y costos personales de llevar a cabo una conducta de salud. De acuerdo a Pender, Murdaugh y Parsons (2011), las barreras percibidas para la acción pueden afectar directamente a las conductas promotoras de salud al servir como obstáculos para la acción, así como indirectamente a través de la disminución del compromiso con un plan de acción.

En el estudio William y Cherly (1999) utilizaron el MCS y los autores refieren que este modelo se compone por cuatro dimensiones de creencias de salud y las expectativas relacionadas con la conducta de salud principalmente a la percepción a la susceptibilidad de enfermarse, percibir severidad en la enfermedad, percibir beneficios para el cambio de conducta y percibir barreras para cambiar la conducta. De acuerdo al MCS, los individuos podrían adoptar mejores conductas de salud si ellos percibieran ser susceptibles a enfermedades y si ellos conocieran las serias consecuencias de la infección.

Se ha encontrado evidencia empírica donde han demostrado que las barreras o dificultades para usar el condón se relaciona con que los individuos piensan que si se usa el condón arruinaría el sexo, que su pareja puede pensar que él está infectado de VIH/Sida o alguna ITS, es vergonzoso comprar condones y los condones son difíciles de usar (Tung, Lu, & Cook, 2010). Para el presente estudio se considera las barreras del uso del condón como los obstáculos que perciben los HSH para usar el condón.

Autoeficacia percibida para la acción

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) la definen como un juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un comportamiento de salud en particular, esto es la auto-confianza en la realización de la conducta de salud con éxito. Así como también, la autoeficacia percibida influye en las barreras percibidas para la acción, cuanto mayor nivel de autoeficacia resulte se espera que sean menores las barreras que se perciban para realizar la conducta.

Asimismo, la autoeficacia motiva a realizar comportamientos saludables y este puede afectar indirectamente a las barreras percibidas y a determinar el nivel de compromiso para un plan de acción.

Bandura (1997) define la autoeficacia percibida como una forma de lograr el cambio autodirigido. La autoeficacia percibida se refiere a las creencias de las personas que puedan ejercer control sobre su motivación y comportamiento y sobre su entorno emocional. Las personas que perciben un nivel alto de autoeficacia confían más en sus capacidades para someterse en diferentes tipos de demandas ambientales. Las personas tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente incontrolables.

Se ha abordado la autoeficacia percibida en relación a la prevención de la conducta sexual, por ejemplo la resistencia a las coerciones sexuales y el uso de anticonceptivos. También, se han abordado las conductas sexuales de riesgo como no usar condones como medida de protección de ITS y han sido estudiadas entre poblaciones de HSH (Bandura, 1997). Bandura señala que el uso de condones no solo requiere destrezas técnicas sino también la negociación interpersonal. Convencer a la pareja que se resista a aceptar las prácticas sexuales protegidas requiere un alto sentido de eficacia para ejercer control sobre las conductas sexuales. La autoeficacia del uso del condón para estudio es la capacidad percibida de los HSH acerca de sus habilidades para usar el condón.

Influencias interpersonales

De acuerdo al modelo de Pender, Murdaugh y Parsons (2011) las *influencias interpersonales* se refieren a las cogniciones acerca de los comportamientos, creencias o actitudes de los demás. Estas cogniciones pueden o no corresponder a la realidad. Las principales fuentes de influencia interpersonal en las conductas de promoción de la salud son la familia, la pareja, los compañeros y profesionales de la salud. En el MPS las influencias interpersonales se proponen ver cómo afecta el comportamiento de promoción de la salud tanto directa como indirectamente a través de la presión social o el estímulo a comprometerse con un plan de acción.

Antezana (2007) define a la red social como las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. El apoyo social de los individuos permite mantener su identidad social, recibir apoyo emocional, de servicios e información y adquirir nuevas relaciones sociales. Es por ello que a partir de la red se obtiene el apoyo social. Diversos estudios han encontrado que la red social predice las conductas sexuales en HSH principalmente en la familia y la pareja.

La *familia* es un componente importante de la red social de los HSH y se ha demostrado que los integrantes de la familia han tenido influencia en la conducta sexual en los HSH. Preston, D`Augelli, Kassab, Cain, Shulze y Starks (2004) informaron que las familias que tenían actitudes más tolerantes en relación a la preferencia sexual tenían más probabilidad de modificar las conductas sexuales de riesgo en comparación con los hombres que no contaban con el apoyo familiar. De igual forma, Ryan, Huebner, Diaz y Sánchez (2009) demostraron que los HSH que reportaron mayores niveles de rechazo familiar tenían mayor probabilidad de tener relaciones sexuales anales sin condón. Por lo que se puede decir que el rechazo familiar de los HSH los deja expuestos a situaciones de vulnerabilidad.

Asimismo, se ha demostrado que los HSH han sido expulsados de sus hogares por parte de sus familiares a causa de su orientación sexual, por lo que es común que

oculten su orientación para evitar el rechazo o agresión (Antezana, 2007; Warren, Fernández, Harper, Hidalgo, Jamil, & Torres, 2008). Los HSH con frecuencia presentan experiencias de estigma y discriminación por parte de su núcleo principal que es la familia y esto se asocia con frecuencia a mayores conductas sexuales de riesgo para ITS-VIH/Sida (Harper et al. 2004; Sohn & Cho, 2012).

La *pareja* también es elemento importante en la red social de los HSH. Barbosa y Jiménez (2010) refieren que los HSH mantienen relaciones afectivas y sexuales y con frecuencia se comprometen en un vínculo amoroso perdurable y recíproco con personas de sus mismo sexo, pero desgraciadamente y con frecuencia son objeto de presiones sociales y familiares, debido a comportamientos homofóbicos presentes en la sociedad, esto limita a manifestar de manera libre la afectividad de la pareja, así como también el murmullo o burlas en lugares públicos. Por otra parte, Davidovich, Wit y Strobe (2004) demostró que los HSH que cuenta con parejas estables y tienen relaciones sexuales anales sin condón, con frecuencia no conocen el estado serológico de su pareja. A su vez, demostró que las parejas estables se han convertido en una fuente importante de riesgo de infección por VIH entre los HSH.

Las conductas de los HSH están fuertemente influenciadas principalmente por la familia y la pareja. Los HSH que han experimentado agresiones tales como homofobia y discriminación por parte de su familia y la pareja se han relacionado con conductas sexuales desprotegidas y con múltiples parejas sexuales (Bravo, 2009; Raymond, Fisher, Chen, Stall & McFarland, 2011). Es importante considerar que los HSH que cuenten con una red fortalecida y con apoyo social reducen los sentimientos de vergüenza y aislamiento, a su vez, favorece a la promoción de una identidad positiva y por tanto, tienden a realizar conductas sexuales seguras. Para el presente estudio se considerará a las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH a las relaciones de apoyo y cuidado que proporciona la familia y la pareja para realizar conductas sexuales en HSH.

Influencias situacionales

Concepto que se ubica en la parte central del modelo, se refiere a las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que facilitan o impiden el comportamiento. Asimismo, incluyen las percepciones acerca de la disponibilidad, características de la demanda, y las características estéticas del entorno en el que se propone un determinado comportamiento a realizar. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que las personas se sienten atraídas y realizan los comportamientos más competentemente en situaciones o contextos ambientales en el que se sienten identificados, relacionados y seguros. Los entornos que son interesantes para las personas son contextos deseables para la realizar las conductas de salud. Los HSH en busca de la aceptación y libertad de sus deseos sexuales acuden a sitios donde se sienten identificados y aceptados. Pollock y Halkitis (2009) señalan que los sitios de ambientes de los HSH permiten encontrar parejas sexuales y estas han sido implicadas en la toma de riesgo sexual y la transmisión potencial del VIH.

También, existen estudios en HSH donde se han encontrado que los entornos comerciales para sexo como por ejemplo asistir a baños saunas o clubes sexuales demostraron altos niveles de riesgo sexual (Crosby, Salazar & Mettey, 2005). Asimismo, se han realizado investigaciones en los HSH que frecuentan asistir a entornos de sexo público como por ejemplo paradas de descanso y parques y esto se ha relacionado con sexo anal sin protección (Groves, Parsons & Bimbi, 2007). Los riesgos sexuales pueden ser explicados debido a que Frankis y Flowers (2009), al estudiar conductas sexuales de riesgo para VIH en baños sauna, encontraron que las creencias normativas de guardar silencio en estos establecimientos facilitan los encuentros anónimos y dificultan negociar el uso de condón, haciendo más probable las infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, un estudio reciente ha demostrado que las fiestas sexuales privadas también son entornos que deben ser considerados para la comprensión y entendimiento de las prácticas sexuales de los HSH. Las fiestas de sexo con frecuencia están

organizadas en espacios privados, por ejemplo habitaciones de hoteles y tiene difícil acceso al público en general (Solomon, Halkitis, Moeller, Siconolfi, Kiang, & Barton, 2011). Pollock y Halkitis (2009) encontraron que los HSH que asistieron a fiestas sexuales indican un mayor número de parejas sexuales ocasionales. Por lo anterior, se puede decir que el contexto donde se desenvuelven lo HSH pueden estar influenciando las conducta sexuales. Para el presente estudio se considera a las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH a la frecuencia de asistencia a los sitios de encuentros sexuales y al consumo del alcohol y/o drogas previo a encuentros sexuales en los HSH.

Conducta de salud

El tercer constructo es la variable resultado y hace referencia a la conducta promotora de salud, este se dirige en última instancia, hacia el logro de los resultados de salud positivos en el individuo. Sin embargo para el presente estudio se considerará sólo la conducta de salud, debido al fenómeno de estudio y a que Pender, Murdaugh y Parsons (2011) no consideran si la conducta será beneficiosa o perjudicial para la salud de los individuos. La conducta sexual es la expresión específica de la sexualidad. Las prácticas 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. La distinción entre las prácticas que se consideran sexuales depende de definiciones sociales y culturales, y de la subjetividad individual que puede atribuir un significado sexual a determinadas acciones. Se puede precisar que el concepto de práctica sexual alude a aquellos comportamientos realizados habitual o repetidamente, distinguiéndose del concepto de comportamiento sexual que puede referirse a cualquier tipo de actividad sexual independientemente de su periodicidad.

Lohman y Billings (2008) señala por su parte que la conducta sexual abarca las acciones que el individuo decide realizar en situaciones sexuales en las que entorno y los

estímulos recibidos juegan un papel relevante. Lo anterior, señala que la conducta sexual se encuentra determinada por diversos factores para tomar decisiones favorables o desfavorables para la salud sexual. García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) definen a la conducta sexual como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a la salud como por ejemplo infectarse de VIH de manera individual o hacia otra persona. La conducta sexual en los HSH para este estudio se define como la frecuencia de la práctica sexual que incluye sexo anal, vaginal y oral con mujeres, sexo anal insertivo y receptivo con hombres, sexo oral con hombre, uso de condones, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o trabajador/a) sexual.

El cuarto paso hace referencia a la identificación del contenido y estructura de la teoría o modelo. En este paso de acuerdo a Walker y Avant (2011) el teórico o investigador es libre de elegir nuevos conceptos que sean más apropiados al fenómeno de estudio. En este sentido, dentro del concepto de factores psicológicos del MPS se consideran solamente a la autoestima, automotivación y percepción del estado de salud del individuo. Sin embargo, Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que este concepto puede estar limitado y sugieren que puede cambiarse a lo que teóricamente es relevante para explicar o predecir el comportamiento del individuo. En este sentido para explicar específicamente la conducta sexual en los HSH se requieren de conceptos específicos; tales como identidad sexual, homofobia internalizada y búsqueda de sensaciones sexuales debido a que la literatura señala que son predictores fuertes para dicha comprensión.

En general, los *factores psicológicos* son los estados mentales y de comportamiento de un individuo o grupo (Dumoy, 1999). Para el presente estudio los factores psicológicos se conformarán por los conceptos de identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada. El desarrollo de una identidad sexual gay, bisexual, transexual, travestí, transgénero es un proceso complejo y a menudo difícil de abordar (Jain & Silva, 2011). Lamas (2002) considera que la identidad sexual

no ha cambiado durante la historia, la autora señala que la homosexualidad y la heterosexualidad siempre han existido.

La NANDA señala en el dominio 8 de sexualidad clase 1 a la identidad sexual y la define como estado de ser de una persona específica respecto a la sexualidad y/o el género. Un concepto ligado a la identidad sexual es la orientación sexual y este concepto hace referencia a la reacción del individuo ante la diferencia sexual, por lo que se puede decir que las prácticas sexuales de orientación sexual pueden ser diferenciadas por el deseo de la identidad (Ortíz-Hernández, 2005). Del mismo modo, la identificación como gay u homosexual puede llevar a los individuos a participar en comportamientos sexuales acordes con esa identidad. Se han detectado algunas incongruencias en relación a la identidad homosexual y la conducta heterosexual (Núñez, 2007). Algunos autores han señalado que un proceso de formación de la identidad y la integración como individuos realizan esfuerzos por una congruencia entre su orientación sexual (fantasías, atracción sexual), comportamiento sexual e identidad sexual. Lo anterior puede ser la formación de la identidad que consiste en tomar conciencia de la orientación sexual (deseos y erotismos) que desarrolla el individuo, iniciando con el cuestionamiento si la persona puede ser gay, bisexual, homosexual y ahí al involucramiento a actividades sociales relacionadas con comunidades gays o conductas sexuales (Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2011).

Asimismo, a partir de las fantasías o deseos sexuales, los individuos pueden formar potencialmente una identidad ya sea homosexual o bisexual y esta identidad socialmente se encuentra sancionada, el desarrollo de una identidad puede enfrentar diversos obstáculos tales como la homofobia y/o el heterosexismo. Los individuos pueden realizar prácticas sexuales referentes a su identidad sexual, sin embargo, los individuos que se identifican como homosexuales pueden realizar prácticas sexuales heterosexuales como una manifestación de ocultamiento de su identidad sexual, incluso llegando a formalizar relaciones con mujeres a través del matrimonio. Se ha identificado

que los hombres que se identifican como homosexuales han sido víctimas de procesos de aceptación tormentosa dado a que no se atreven a mencionar su orientación sexual. Es común que los HSH oculten su preferencia o que traten de que no se note su orientación sexual para evitar ser rechazados o aislados socialmente (Antezana, 2007). Para este estudio la identidad sexual es la autodefinición en razón a su sexualidad, independientemente de su sexo biológico y sus orientaciones sexuales, la autodefinición puede ser como hombre, homosexual/gay, bisexual, travesti o transexual/mujer transgénero.

La búsqueda de sensaciones ha sido definida como la tendencia de buscar excitación extrema y experiencias estimulantes (Kalichman, Tannenbaum, & Nachimson, 1998). La búsqueda de sensaciones es un constructo multidimensional que incluye cuatro componentes: la emoción y la aventura de buscar, la experiencia y la desinhibición en la búsqueda y la susceptibilidad al aburrimiento (Zuckerman, 2007). Se trata de una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias. La persona que busca sensaciones selecciona aquellos estímulos externos que maximizan sus emociones. Así la persona que tiene un alto nivel de búsqueda de sensaciones tiende a realizar conductas peligrosas y arriesgadas en comparación con las personas que tienen un bajo nivel de búsqueda de sensaciones (Prestage, et al., 2006).

Específicamente en relación a la búsqueda de sensaciones sexuales se ha demostrado que tiene una influencia en las conductas sexuales de los HSH (Matarelli, 2013). Zuckerman (2007) señala que las personas que buscan sensaciones tienden a participar en conductas sexuales con mayor número de parejas en comparación con las personas que no buscan. Asimismo, investigadores indican que las personas que buscan sensaciones están influenciados por los beneficios a corto plazo por ejemplo el placer sexual para realizar conductas de riesgo (Cooper, Madera, Ocrutt & Albino, 2003). Fisher y Misovich (1990) llevaron a cabo un estudio que apoya los resultados de

Zuckerman. Los investigadores demostraron una relación entre los comportamientos sexuales de riesgo y la búsqueda de sensaciones entre estudiantes universitarios homosexuales y heterosexuales. Los resultados indicaron que la búsqueda de sensaciones se correlacionó positivamente con el número de parejas sexuales, incluyendo parejas sexuales desconocidas y bajo nivel de percepción de riesgo a infectarse de alguna infección de transmisión sexual.

Asimismo, Hoyle, Stephanson, Palmgreen, Lorch y Donohew, (2002) encontraron que la búsqueda de sensaciones predijo el número de parejas sexuales, el sexo sin protección y los encuentros sexuales de alto riesgo. Kalichman Cherry, Cain, Pope y Rompa (2005) señalan que una persona que busca sensación sexual tiene mayor probabilidad de asistir a fiestas, beber en exceso, consumir sustancias ilícitas y tener relaciones sexuales con múltiples parejas. Búsquedas de sensaciones sexuales para este estudio se define como el interés por alcanzar niveles de excitación sexual y participación en experiencias nuevas.

Los individuos que incorporan autoconceptos de los significados negativos, prejuicios y estereotipos asociados a la homosexualidad están determinados como *homofobia internalizada*. Ross, Rosser y Smolenski (2010) señala que es un proceso psicológico de asimilación donde los valores, actitudes y creencias de la cultura y de la sociedad a la que pertenece el individuo son integrados a su funcionamiento cognitivo automático. Asimismo, señaló que las internalizaciones influyen en la formación de la identidad, la autoestima, la elaboración de mecanismos de defensa, patrones cognitivos, integridad psicosocial y relaciones interpersonales. Las internalizaciones homofóbicas contribuyen a desarrollar una mayor propensión para tener sentimientos de culpabilidad y autocastigo. Las creencias y actitudes negativas acerca del propio ser, como por ejemplo evaluarse de perverso, surgen de los deseos orientados hacia individuos del mismo sexo y de la conducta que éstos motivan.

La homofobia internalizada se define como un rechazo hacia el propio deseo homosexual y la manifestación pública de la homosexualidad, siendo aplicado esencialmente a personas homosexuales. Así la presencia de homofobia internalizada en personas con conductas homosexuales va a implicar una disforia con su orientación sexual también denominada homosexualidad egodistónica (Newcomb & Mustanski, 2009).

Otro concepto psicológico es la homofobia internalizada es aplicable al desarrollo psicosexual así como al funcionamiento mental del individuo. Herek (2004) señaló que la formación de la identidad involucra una serie de procesos mentales que organizan el mundo representacional y preservan el sentimiento de la propia auto-cohesión y de continuidad en el tiempo. Cuando las actitudes, valores y otros atributos de un grupo son internalizados, éstos contribuyen a formar el sentimiento de identidad.

Williamson (2000) señala que existen diversas investigaciones que han estudiado el papel que desempeña la homofobia dentro de la epidemia del VIH. Éstas se pueden reducir en gran medida a tres áreas: prevención del VIH y procesos de toma de decisiones para lograr un sexo más seguro, estrategias de afrontamiento de los hombres homosexuales seropositivos y efecto de la homofobia internalizada en el riesgo de infección. En los HSH altos niveles de homofobia internalizada pueden inhibir su conducta homosexual, pero también reducen el control o planificación sobre la misma, pudiendo incurrirse en conductas sexuales de riesgo (Ross, Rosser, Neumaier, & the Positive Connections Team, 2008). Para el presente estudio se considera la homofobia internalizada como los sentimientos negativos de los HSH relacionados con su orientación sexual e interrelación con otros HSH.

Por último el quinto paso se refiere al desarrollo y redefinición de nuevos conceptos y proposiciones del MCONSEX, para ello se propuso utilizar la técnica conceptual-teórico-empírico (C-T-E) de Fawcett (1999). Esta técnica está integrada por cinco pasos: 1) Identificación de los conceptos, 2) Clasificación de los conceptos de la

teoría de rango medio, 3) Identificación y clasificación de las proposiciones, 4) Organización jerárquica de las proposiciones y 5) Construcción del diagrama C-T-E. El primer y el segundo paso para la formalización C-T-E se hace referencia a la identificación y clasificación de los conceptos del MCONSEX. El modelo está constituido por los siguientes conceptos: *edad*, se refiere al número de años cumplidos en el momento de la aplicación de los instrumentos del estudio. *Identidad sexual* es la autodefinición en razón a su sexualidad, independientemente de su sexo biológico y sus orientaciones sexuales, la autodefinición puede ser como hombre, homosexual/gay, bisexual, travesti o transexual/mujer transgénero. *Búsqueda de sensaciones sexuales* se refiere al interés por alcanzar niveles óptimos de excitación sexual y participación en experiencias nuevas en los HSH. *Homofobia internalizada* son sentimientos negativos de los HSH relacionados con su orientación sexual e interrelación con otros HSH. *Escolaridad* son los años de estudio e *ingresos propios* es la remuneración económica mensual a cambio de ofrecer un servicio.

La percepción para usar el condón son las capacidades que tienen los HSH para usar el condón e incluyen los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón. Los *Beneficios del uso del condón* son los resultados positivos para la prevención de ITS-VIH/sida que los HSH asocian al uso del condón. Las *barreras del uso del condón* son los obstáculos que perciben los HSH para usar el condón. La *autoeficacia del uso del condón* se refiere a la capacidad percibida de los HSH acerca de sus habilidades para usar el condón. Las *influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH* son las relaciones de apoyo y cuidado que proporciona la familia y la pareja para realizar conductas sexuales en los HSH. Las *influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH* es la frecuencia de asistencia a sitios para conocer parejas y el consumo de alcohol y/o drogas previo al encuentro sexual por el individuo pareja o ambos.

Por último la *conducta sexual en los HSH* es la frecuencia de las prácticas sexuales que incluye sexo anal, vaginal y oral con mujeres, sexo anal y oral insertivo y receptivo con hombres, uso de condones, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o trabajador/a sexual).

En el paso 3 se realizó la identificación y clasificación de las proposiciones del MCONSEX descritas de la siguiente manera:

1. La edad, la identidad sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, la escolaridad y los ingresos se relacionan en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón.
2. La edad, la identidad sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, la escolaridad y los ingresos influyen en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH.
3. La edad, la identidad sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, la escolaridad y los ingresos influyen en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH.
4. La edad, la identidad sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, la escolaridad y los ingresos influyen en la conducta sexual en los HSH.
5. Los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual.
6. Las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH se relacionan en la conducta sexual de los HSH.
7. Las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH influye en la conducta sexual de los HSH.

En el paso 4 propuesto por Fawcett (1999) se procedió a realizar esquemáticamente la organización jerárquica de las proposiciones del MCONSEX. Con la identificación y clasificación de las proposiciones se propone el Modelo de Conducta Sexual en HSH (MCONSEX) ver figura 2.

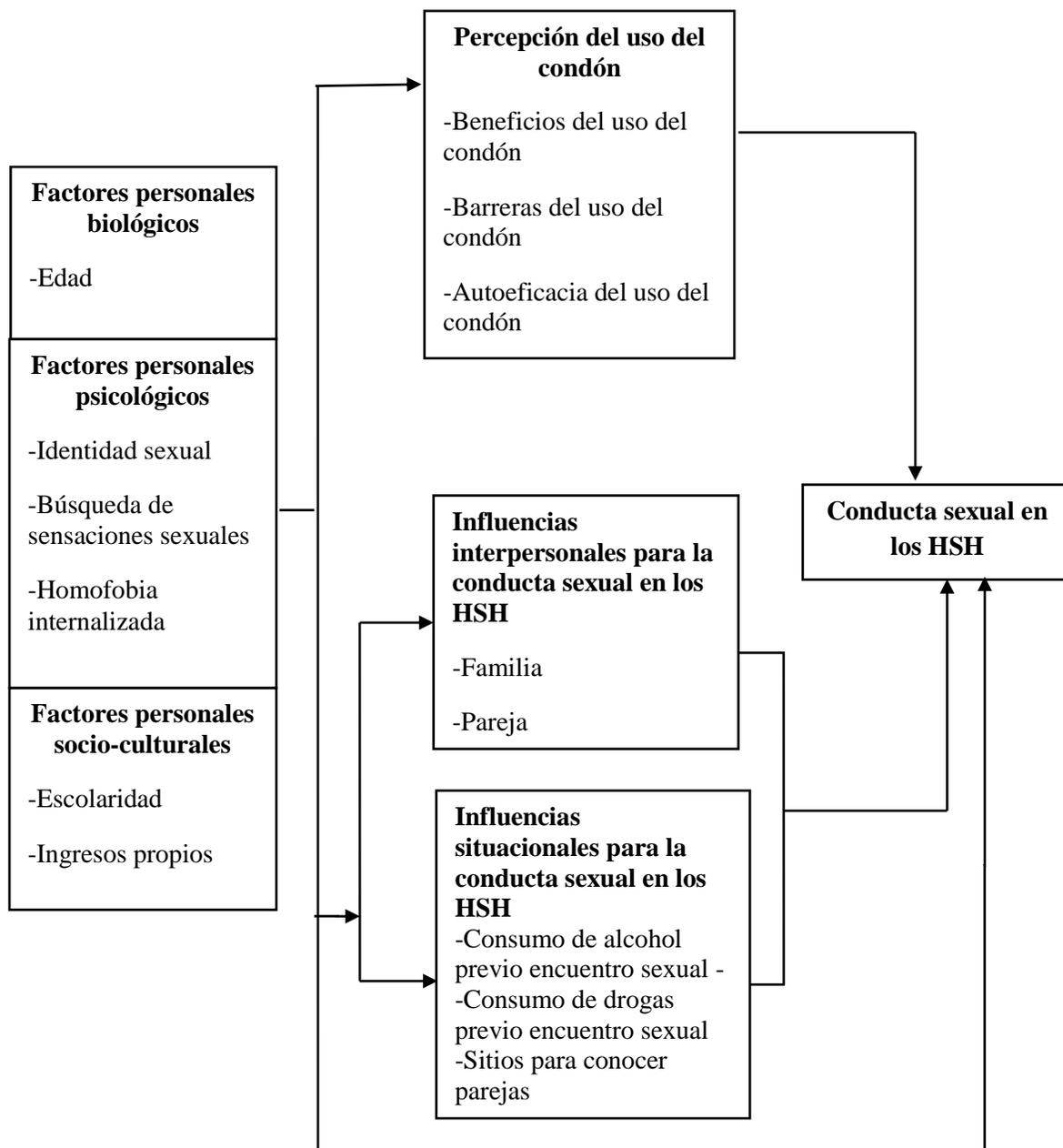


Figura 2. Esquema de relación de conceptos del Modelo de Conducta Sexual en HSH (MCONSEX).

En el paso 5 se realizó la construcción del diagrama C-T-E de los conceptos del MCONSEX.

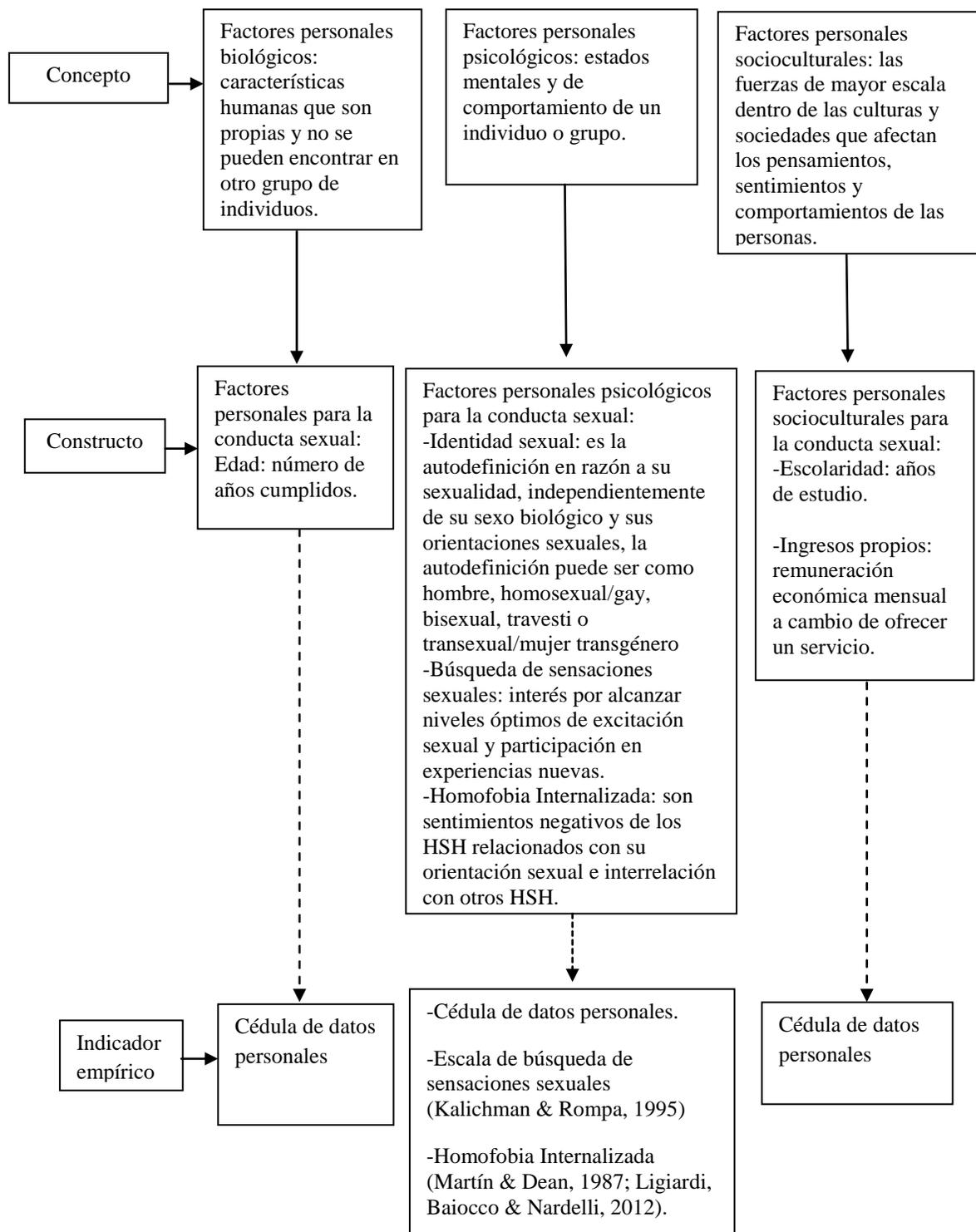


Figura 3. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica

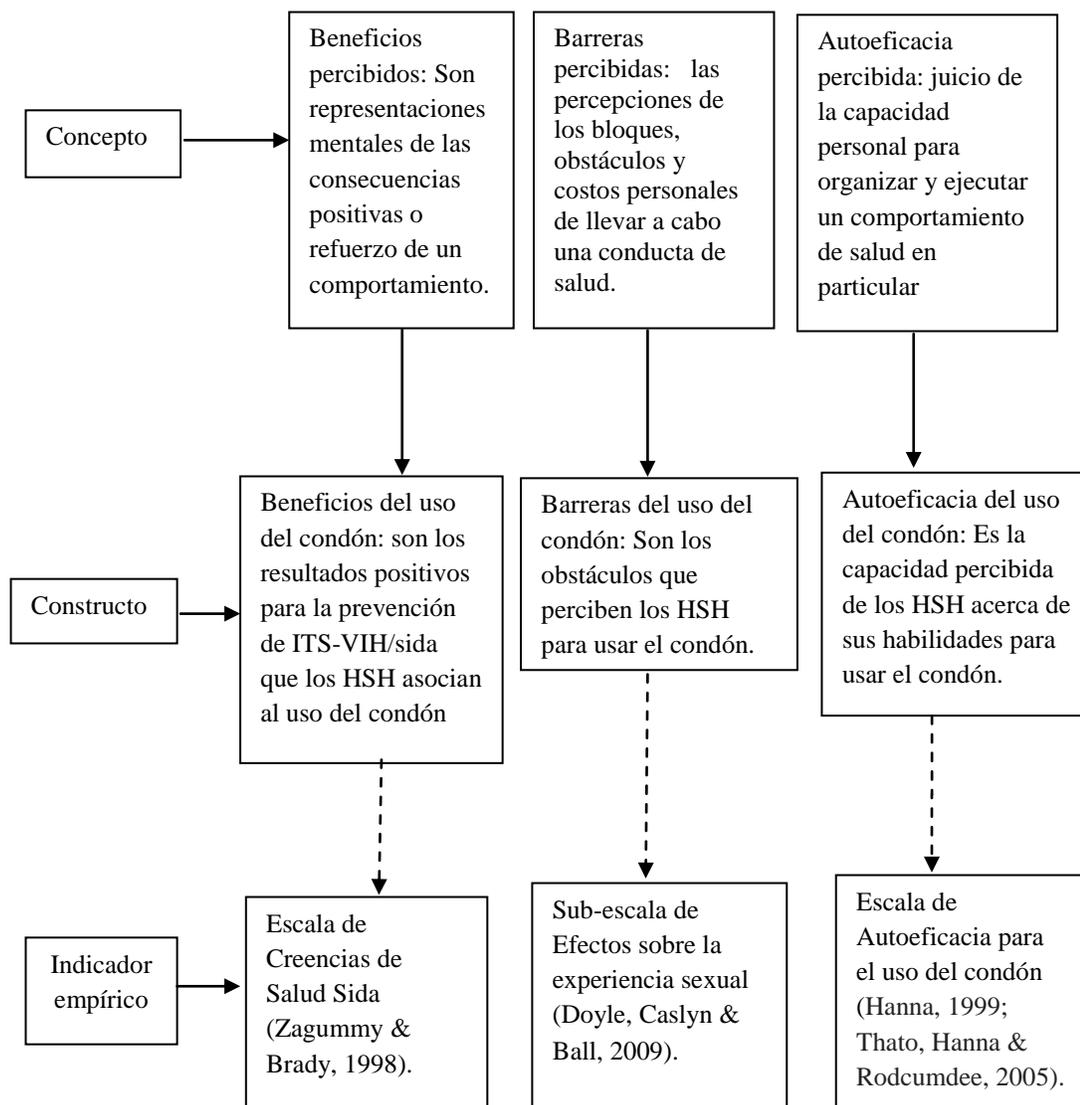


Figura 3 Continuación. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica.

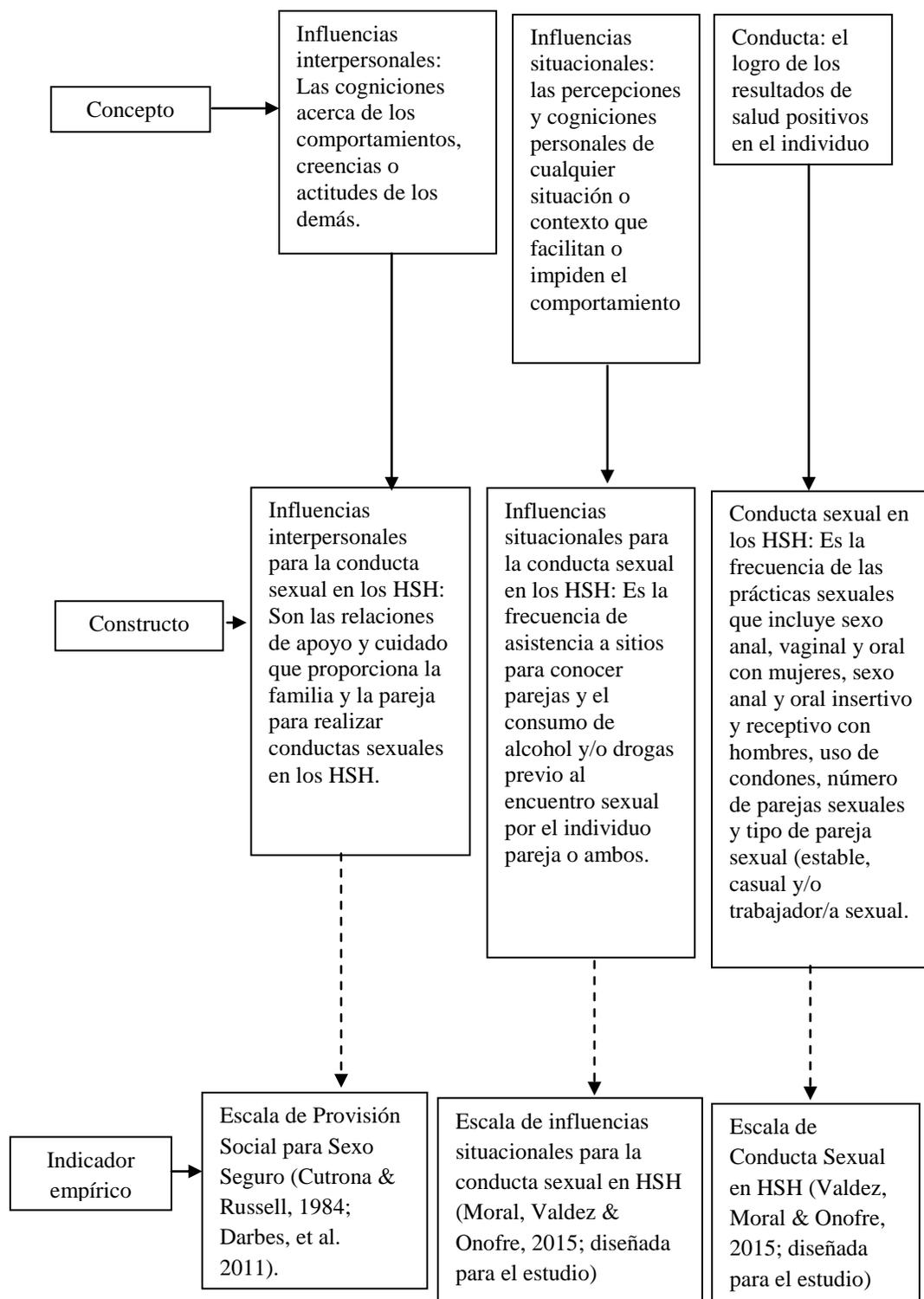


Figura 3 Continuación. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica.

Estudios relacionados

Para el presente estudio se realizaron búsquedas de artículos en 12 bases de datos electrónicas. Se utilizaron combinaciones de palabras claves de acuerdo al Medical Subject Headings. El periodo de búsqueda se limitó a los años 1990 a 2014. La búsqueda se complementó con las listas de referencias de los artículos encontrados. A continuación se presentan los estudios científicos de acuerdo a las variables a estudiar del modelo propuesto.

Factores biológicos

Edad

Wheldon y Pathak (2010) se plantearon la hipótesis de que las actitudes hacia las normas culturales dominantes de la masculinidad (es decir, la masculinidad normativa) estarían asociados a los tipos de acuerdos negociados entre parejas sexuales de hombres gays. El estudio se realizó en 931 HSH a través de una encuesta en línea, los autores encontraron que los HSH de mayor edad ($OR= 1.92$, 95% $IC= [1.30-2.84]$) y que tienen una relación de pareja con un hombre que es mayor de 20 años tienen mayor probabilidad de tener acuerdos no monógamos ($OR= 3.30$, 95% $IC= [1.55-7.02]$).

Prestage, et al. (2009) realizaron un estudio en Australia y se preguntaron lo siguiente ¿La edad afecta al comportamiento sexual entre hombres gays? Los autores encontraron que los HSH con pareja ocasional menor de 25 años tenían una mayor probabilidad de tener sexo anal ($OR= 0.79$, 95% $IC= [0.65-0.96]$) y sexo anal receptivo sin condón ($OR= 0.75$, 95% $IC= [0.57-0.98]$). También se encontró que los hombres mayores de 50 años tienen más probabilidad de tener sexo anal sin condón ($OR= 0.57$, 95% $IC= [0.41-0.78]$) y los HSH mayores de 40 años tenían mayor probabilidad de tener sexo en grupo ($OR= 1.74$, 95% $IC= [1.41-2.16]$). Los HSH más jóvenes estaban más expuestos a tomar la posición receptiva durante el sexo anal sin condón con pareja ocasional ($p < .01$).

Prestage, Jin, Bavinton, Scott y Hurley (2013) realizaron un estudio en 1,476 HSH a través de una encuesta en línea asistida por un ordenador. El objetivo del estudio fue describir las relaciones entre la conducta y las diferencias de edad entre los HSH VIH-negativos y sus parejas sexuales. Se encontró que los HSH que reportaron relaciones sexuales con una pareja estable y que su pareja tiene mayor edad que ellos tienden a establecer posición receptiva ($OR= 2.00$, 95% $IC= [1.02-3.92]$; $p < .05$). Entre los HSH que reportaron tener sexo con parejas casuales más jóvenes que ellos tendían a tomar la posición insertiva con uso del condón ($OR= 2.45$, 95% $IC= [1.39-4.20]$; $p < .01$) y en ocasiones cuando no se usaba el condón ($OR= 2.54$, 95% $IC= [1.04-6.20]$; $p < .05$).

Bruce, Harper, Fernández y Jamil (2012) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la conducta sexual de riesgo que pueden presentarse en las experiencias sexuales con edades discrepantes. La población estuvo constituida por 200 HSH de 15 a 22 años ($M= 19.3$, $DE= 1.7$) 35.5% afroamericanos, 34% latinos y 30.5% blancos que se auto identificaron como homosexuales (74%), bisexuales (22%) y en duda de su identidad (4%). El 21% de los participantes tenían una educación inferior a la secundaria, el 31% eran graduados de la preparatoria y el 43.5% se encontraban estudiando la universidad o eran graduados. El 15% se encontraba en una relación a largo plazo (más de un año). Los autores también encontraron diferencias significativas en la edad de la pareja dentro de cada acto sexual; sexo anal receptivo con hombres ($\chi^2= 41.58$, $p < .001$), sexo anal insertivo con hombres ($\chi^2 = 34,48$; $p < .001$), sexo oral con hombres ($\chi^2 = 63,57$; $p < .001$) y sexo vaginal ($\chi^2 = 98,0$; $p < .001$).

Jacobs, Fernandez Ownby, Bowen, Hardigan y Kane (2010) realizaron una investigación con el objetivo de examinar los factores asociados a las relaciones sexuales anales receptivas sin condón en 802 HSH de 40 a 94 años. Se realizó regresión logística y se encontró que los HSH más jóvenes por ejemplo la edad de 40-59 años ($OR= 0.6$, 95% $IC= [0.4-0.9]$), el estado de VIH-positivo ($OR= 2.8$, 95% $IC= [1.9-4.0]$), el consumo de drogas ($OR= 2.6$, 95% $IC= [1.7, 3.7]$), un mayor número de parejas

sexuales masculinas ($OR= 1.7$, 95% $IC= [1.3-2.3]$), y menor homofobia internalizada ($OR= 0.9$, 95% $IC= [1.0, 1.0]$) incrementa el riesgo de sexo anal receptivo sin condón. A su vez, la edad más joven de los participantes ($OR= 0.4$, 95% $IC= [0.3, 0.6]$), el estado de VIH positivo ($OR= 1.5$, 95% $IC= [1.0, 2.1]$), el consumo de drogas ($OR= 1.6$, 95% $IC= [1.1, 22.3]$), el uso de viagra ($OR= 1.7$, 95% $IC= [1.2, 2.4]$), mayor número de parejas sexuales ($OR= 2.1$, 95% $IC= [1.6, 2.9]$) se asociaron con mayor riesgo de sexo anal insertivo sin condón.

En síntesis, la edad de los participantes influye en la conducta sexual de los HSH. Se puede destacar que los HSH que son mayores de 40 años realizan sexo anal sin condón y han realizado mayores comportamientos sexuales en grupo, también, los HSH mayores que tienen pareja estable tienden a tomar el rol receptivo de la relación sexual y a no tener acuerdos monógamos. En relación a los HSH jóvenes (menores de 25 años) toman la posición del rol receptivo en las relaciones sexuales y estas actividades con frecuencia son sin uso del condón. Asimismo, se ha demostrado que los HSH más jóvenes prefieren tener parejas sexuales mayores que ellos, así como también se ha demostrado tener mayor número de parejas casuales sexuales insertivas.

Factores psicológicos

Identidad sexual

González, Martínez, Leyton y Bardi (2004) realizaron un estudio exploratorio descriptivo en 50 adolescentes con el objetivo de describir las características y procesos que se relacionan con las dificultades en el desarrollo de la identidad sexual que presenta un grupo de adolescentes consultados en un centro de salud. Los investigadores encontraron que los adolescentes que se identificaban como homosexuales presentaron conflictos en la escuela, especialmente con profesores y directiva al descubrir su orientación o conducta homosexual (7.7%), mostraron conflictos personales al darse cuenta de sus sentimientos homosexuales (11.5%), conflicto familiar y escolar al descubrirse orientación o conducta homosexual (3.8%), también los adolescentes que se

identificaron como gay mostraron dudas o confusiones acerca de su orientación sexual (11.5%), expresa atracción escrita o verbal hacia personas del mismo sexo (7.7%), a su vez señalaron que sus compañeros los molestaban por ser afeminados o juntarse solo con mujeres (15.4%) y señalaron comportamientos homosexuales abusivos (7.7%).

King et al., (2013) realizaron un estudio cualitativo en 16 HSH que se encontraban en alto riesgo de contraer VIH. Se realizaron dominios para la investigación incluye orientación sexual, identidad de género, uso del condón, estigma, discriminación y violencia. El 56.9% señalaron se gay, 38.7% bisexual y 4.4% heterosexual. Este estudio demostró que todos los participantes presentaron sentimientos conflictivos relacionados con su orientación sexual, asimismo, se encontró que las principales barreras para usar el condón fueron la accesibilidad, actitudes negativas hacia el uso del condón y la confianza entre las parejas sexuales.

Reback y Larkins (2013) realizaron un estudio cualitativo en 31 hombres que se identifican como heterosexuales pero que reportan al menos un encuentro sexual con un hombre o transexual en los 12 meses anteriores al estudio. La media de edad fue de 38.9 años ($DE= 8.4$), el 58.4% informó consumir alcohol y/drogas y el 58.1% estaban infectados por VIH. El estudio demostró que los hombres que tuvieron encuentros sexuales con transexuales tomaron el rol sexual anal penetrativo o insertivo en comparación con los que tuvieron parejas sexuales masculinas (rol sexual anal receptivo). También se encontró que de los participantes infectados por el VIH tenían más probabilidad de usar un condón con una pareja femenina biológica que con una pareja masculina o transexual.

En relación a los estudios de identidad sexual se encontró que los HSH que tienen sentimientos o deseos homosexuales presentan conflictos internos en relación a su identidad sexual y esto se ha relacionado con barreras para usar el condón tales como las actitudes al uso de este método y a la poca o nula confianza que los HSH puedan tener con sus parejas sexuales. Asimismo, se encontró que lo HSH con orientación

homosexual pero que no necesariamente se identifican como homosexuales o HSH han tenido encuentros sexuales con otros hombres. En el caso de las relaciones sexuales de los HSH con hombres transexuales tienden a tomar el rol insertivo (activo) y cuando tienen relaciones sexuales con hombres de apariencia masculina toman el rol receptivo (pasivo). Es importante señalar que los estudios encontrados fueron principalmente cualitativos y en los estudios cuantitativos se basan principalmente en las identidades sexuales. Lo que se pretende realizar y encontrar en la presente investigación es como los deseos eróticos homosexuales se relacionan con la conducta sexual de los HSH.

Búsqueda de sensaciones sexuales

Prestage, et al., (2006) los autores realizaron un estudio sobre los acuerdos entre parejas regulares o estables en 1,333 HSH VIH negativos en Australia. Se encontró que 822 de los participantes tenían una pareja regular o estable y el 87.2% de ellos señalaron que la mayoría habían llegado a acuerdos sobre sexo con sus parejas, el 34.2% de los participantes señalaron que habían acordado usar siempre condones con pareja sexuales casuales, el 28.6% mencionó acordar no tener sexo fuera de sus relaciones y el 48.8% reportó alguna molestia al discutir con su pareja sobre tener sexo fuera de la relación. Asimismo, se encontró que los HSH que no tenían una pareja estable reportaron mayor búsqueda de sensaciones sexuales ($M= 3.41$, $F_{(1,201)}= 14.02$, $p<.001$) y la búsqueda de sensaciones sexuales se relacionó con tener menor conciencia sobre el VIH ($r= .29$, $p<.001$) y mayor conducta sexual de riesgo con la pareja estable ($r= .23$, $p<.05$). Asimismo, se encontró que el riesgo sexual con pareja casual se relacionó con la búsqueda de sensaciones sexuales ($r= .28$, $p<.001$) y tener menor conciencia sobre el VIH ($r= .42$, $p<.001$).

Matarelli (2013) realizó un estudio en 86 HSH para explorar la búsqueda de sensaciones sexuales y los predictores sexuales (número de actividades sexuales recientes y sexo anal receptivo sin condón). En una regresión jerárquica multivariante, las puntuaciones más altas de búsqueda de sensaciones sexuales predijeron un mayor

número de actividades sexuales recientes ($p < .05$) y sexo anal receptivo sin condón ($p < .05$). En una regresión logística, las puntuaciones más altas de búsquedas de sensaciones sexuales aumentaron tres veces la probabilidad de tener sexo anal receptivo sin condón ($OR = 3.0$, $95\% IC = 1.15-7.85$, $p < .05$). Asimismo se encontró que la búsqueda de sensaciones sexuales se relacionó con las actividades sexuales recientes ($r = .25$, $p < .05$) y sexo anal receptivo sin condón ($r = .21$, $p < .05$)

Crawfort, Hammack, Mckirnan, Ostrow, Zamboni, Robinson y Hope (2003) estudiaron la relaciones estables en los HSH, las conductas sexuales de riesgo sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales en 230 HSH. Los autores demostraron que los HSH que buscaban sensaciones sexuales se relacionaba con los HSH de menor edad ($r = .24$, $p < .05$) y con el consumo de alcohol y/o drogas ($r = .35$, $p < .01$) y el sexo anal receptivo sin condón se relacionó con el consumo de drogas ($r = .18$, $p < .05$) y búsquedas de sensaciones sexuales ($r = .21$, $p < .01$).

Kalichman, Heckman y Kelly (1996) se plantearon la hipótesis de que la búsqueda de sensaciones se asocia con el consumo de drogas y/o alcohol y la conducta sexual de riesgo en 99 HSH. La media de edad de los participantes fue de 35.9 años ($DE = 8.9$). La media de años completados de educación fue de 13.9 ($DE = 1.9$, rango = 10-17). El 39% de los participantes reportaron tener un empleo de medio tiempo, el 89% de los HSH informaron al menos una pareja sexual masculina y el 46% señaló de dos o más parejas sexuales (masculinas) en los últimos 3 meses. Además el 91% de los participantes señalaron haberse realizado la prueba de VIH y el 37% de ellos mencionaron ser seropositivos. Los autores encontraron que los HSH que buscan sensaciones sexuales se relacionó con sexo anal sin condón ($r = .22$, $p < .05$), mayor número de parejas sexuales ($r = .24$, $p < .05$), consumo de alcohol ($r = .29$, $p < .01$) y drogas ($r = .32$, $p < .01$). También el estudio mostró que el número de parejas sexuales se relacionó con sexo anal sin condón ($r = .34$, $p < .01$), consumo de alcohol ($r = .32$, $p < .01$) y drogas ($r = .21$, $p < .05$) y con la búsqueda de sensaciones sexuales ($r = .37$, $p < .01$).

Asimismo, se encontró que el sexo anal sin condón se relacionó con el número de parejas sexuales ($r = .87, p < .01$), consumo del alcohol ($r = .32, p < .01$) y drogas ($r = .33, p < .01$) y con la búsqueda de sensaciones sexuales ($r = .33, p < .01$).

En síntesis, los HSH que mayormente buscan sensaciones sexuales pueden presentar menor conciencia en relación al VIH, mayor conducta sexual de riesgo con su pareja estable. Asimismo, la búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona con mayor sexo anal sin condón, consumo de alcohol y/o drogas y mayor número de parejas sexuales. Los HSH que están en la etapa de la juventud tienden a ser mayores buscadores de sensaciones sexuales en comparación con los HSH adultos.

Homofobia internalizada

Kashubeck-West y Szymanski (2008) investigaron la conducta sexual de riesgo en 209 gays y hombres bisexuales. Los autores utilizaron modelo de ecuaciones estructurales para mostrar la relación de los factores del consumo de alcohol y/o drogas (antes y durante las relaciones sexuales) entre la identidad sexual, la homofobia internalizada, la búsqueda de sensaciones y sexo anal sin condón. Los autores encontraron relaciones en la identidad sexual que fue medida por las puntuaciones de Kinsey para conocer los niveles de identidad homosexual o bisexual es el individuo y los niveles de homofobia internalizada ($r = -.28$ y $r = -.37; p < .01$, respectivamente). Lo que indica que los hombres que se identifican como bisexuales tienen niveles más altos de homofobia internalizada comparados con los que se identifican como gays. También se encontró que la homofobia internalizada se relacionó con el consumo de alcohol y/o drogas ($r = .32, p < .01$) y con tener sexo anal sin condón ($r = .22, p < .05$). La búsqueda de sensaciones sexuales se relacionó con el consumo del alcohol y/o drogas durante las relaciones sexuales ($r = -.35, p < .001$) y el consumo de alcohol y/o drogas durante las relaciones sexuales se relacionó con el sexo anal sin condón ($r = .88, p < .001$). Procediendo con el análisis del modelo estructural, los autores probaron el modelo y mostró un buen ajuste de los datos $TLI = .95$; $IFI = .97$; $CFI = .97$;

RMSEA= .05, 90% CI lower bound= .00, upper bound= .08 y ($\chi^2 = 36.17$, $df = 25$, $p < .07$). Las variables del modelo explicaron 66% de la varianza de la conducta sexual.

Newcomb y Mustanski (2011) realizaron un meta análisis con 16 artículos que fueron localizados entre 1988 al 2008 en las bases de datos PsycINFO, PubMed y ProQuest. Se incluyeron los artículos que incluyeran homofobia internalizada y la relación con la conducta sexual y se excluyeron los estudios que incluyeran individuos transgénero. Los autores encontraron un efecto moderado por el año de recopilación de los datos entre la homofobia internalizada y el riesgo sexual ($\gamma_{01} = -.017$, $p < .05$), de tal manera que la z-score de la Correlación entre estas dos variables disminuye en promedio .017 por cada año entre 1988 y 2008. Para el análisis condicional, los componentes de la varianza fue de .018 lo que refleja una disminución aproximadamente del 67% de la varianza explicada a partir del análisis incondicional, pero todavía existía una cantidad significativa de varianza no explicada entre los estudios en análisis condicional ($\chi^2 = 54.13$, $df = 12$, $p < .01$).

Ortiz y García (2005) analizaron la relación entre las prácticas sexuales de riesgo para infección por VIH y la opresión que éstos han internalizado debido al prejuicio y discriminación en 318 hombres bisexuales y homosexuales en México. Los autores encontraron que más del 30% de los HSH no usaron condón cuando tuvieron sexo insertivo y receptivo. Se reportaron Razones de Prevalencias ajustadas (RP) por edad y escolaridad y se encontró que la homofobia internalizada se asoció con mayor consumo de drogas antes ($RP = 1.98$, 95%, $IC = 0.87-3.94$) o durante las relaciones sexuales ($RP = 2.15$, 95%, $IC = 1.25-3.27$), sexo anal insertivo sin condón ($RP = 1.78$, 95%, $IC = 1.20-2.30$) sexo receptivo sin condón ($RP = 2.05$, 95%, $IC = 1.06-3.31$) y tragó semen de otro hombre ($RP = 3.09$, 95%, $IC = 1.47-5.58$).

Ratti , Bakeman y Peterson (2000) se plantearon la hipótesis de que los HSH que tienen altos niveles de homofobia internalizada y poca aculturación a la comunidad gay

tienen mayor probabilidad de presentar conductas sexual de alto riesgo. El estudio fue en 98 HSH Canadienses y Europeos y encontraron que la autoeficacia para usar condón ($r = -0.27, p < .01$) y la homofobia internalizada se relacionó con tener sexo anal sin condón ($r = .28, p < .01$). También encontraron que los HSH que no asisten o participan en una comunidad gay (aculturación gay) se relacionó con homofobia internalizada ($r = -0.61, p < .01$) y tener sexo anal sin condón se relacionó con la aculturación de comunidad gay ($r = .27, p < .01$).

Los estudios anteriormente señalaron encontraron que los HSH que presentaban mayores niveles de homofobia internalizada eran los que se identificaban como bisexuales o que habían tenido encuentros sexuales con hombres independientemente de su identidad. A su vez, los HSH con homofobia internalizada mostraban mayor consumo de alcohol y/o drogas y tener relaciones sexuales anales insertivas o receptoras sin usar condón.

Factores socioculturales

Ingresos propios y educación

Rosario, Schrimshaw y Hunter (2006) realizaron un estudio en 80 HSH de 14 a 21 años ($M = 18.1, DE = 1.69$) con el propósito de elaborar un modelo de la conducta sexual de riesgo y examinar las intenciones del uso del condón, la autoestima, síntomas de ansiedad, abuso de sustancias, el estrés y la identidad sexual. Los autores encontraron que los hombres jóvenes gay y bisexuales reportaron medias aproximadamente de 3 parejas sexuales masculinas y 25 encuentros sexuales entre el mismo sexo en los últimos 6 meses. Los participantes reportaron 32% de sexo anal receptivo sin condón y el 41% reportó sexo anal insertivo sin condón en el último año del periodo del estudio. El 48% reportó consumo de sustancias tales como el alcohol y/o drogas y el 54% reportó abuso sexual durante la infancia. La edad mostró relación con varias variables, los hombres mayores de edad reportaron mayor involucramiento en actividades gays ($r = .42, p < .05$), mayores actitudes positivas acerca de la homosexualidad

($r = .27, p < .05$) y más encuentros sexuales ($r = .20, p < .10$). Sin embargo, los hombres jóvenes que tienen altos niveles de estado socioeconómico reportan más parejas sexuales ($r = .20, p < .10$), pero eran menos probables a tener sexo anal receptivo que los HSH más jóvenes y con menor estado socioeconómico. Los HSH con niveles altos de estado socioeconómico fueron identificados como gays ($r = .26, p < .10$).

Appleby, Marks, Ayala, Miller, Murphy y Mansergh (2005) realizaron un estudio correlacional en 339 HSH con el propósito de examinar si las tendencias a tener en cuenta las consecuencias futuras de las acciones de los HSH se asociaba con las conductas sexuales de riesgo de infección por VIH. Los autores demostraron que a mayor nivel educativo los HSH tenían mayor probabilidad a involucrarse en actos sexuales anales sin protección ($r = -.15, p < .01$) y tenían menos probabilidad de tener sexo anal sin protección con una pareja específica ($r = -.23, p < .01$). Asimismo se encontró que los HSH con menores ingresos se asociaron significativamente con el sexo anal receptivo sin protección con una pareja no primaria ($r = -.16, p < .05$).

Kashubeck-West y Szymanski (2008) encontraron que las variables demográficas fueron relacionadas con la búsqueda de sensaciones sexuales. La edad ($r = -.26, p < .001$) y el nivel educativo ($r = -.37, p < .001$) se relacionó con la búsqueda de sensaciones sexuales. Por lo que se puede decir es que los participantes que mostraron mayor nivel de edad y educación reportaron una disminución en la búsqueda de sensaciones sexuales.

Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks y Brandford (2005) realizaron un estudio en 250 HSH con el objetivo de replicar y extender una investigación realizada por Díaz et al. (1999) sobre los determinantes de riesgo de VIH entre los hombres latinos gays y bisexuales que viven en San Francisco. Los autores demostraron que los datos demográficos, la edad y la educación se asociaron significativamente con el sexo sin protección. Los hombres más jóvenes y aquellos que tenían menor educación con mayor

frecuencia practicaban sexo anal sin condón en comparación con los hombres mayores y con un mayor nivel educativo ($r = -.019$, $p < .05$; $r = -0.27$ $p < .005$, respectivamente).

En síntesis a las variables de educación e ingresos se puede analizar que los HSH con mayores ingresos económicos tienen mayor probabilidad de tener mayor número de parejas sexuales e identificarse como gays. Los HSH con nivel de educación e ingresos bajos tienen mayor riesgo sexual, ya que buscan mayor mente sensaciones sexuales, presentan mayor sexo anal receptivo sin condón con parejas ocasionales, sin embargo un estudio determinó que los HSH con nivel educación alto mostraron mayor probabilidad de tener sexo anal sin condón.

Percepción del uso del condón.

Beneficios del uso del condón

Carballo-Dieguez y Curtis (1999) propusieron describir la conducta sexual de riesgo en 182 HSH de Puerto Rico y su percepción de los obstáculos y beneficios para usar el condón. La *media* de edad de los participantes fue de 29.4 años ($DE= 7.0$, *rango*= 19-59), la media del nivel educativo fue de 13.2 años ($DE= 2.8$, *rango* = 4-18), el 65% de los participantes se auto identificaron como gays, el 20% como bisexual y el 15% como heterosexual. Todos los participantes tuvieron sexo oral y solo el 16% de los participantes usaron el condón de manera consistente. El 91% tuvieron sexo anal pero menos del 55% usaron siempre el condón, un tercio de los participantes usaron consistentemente el condón durante el sexo vaginal y el 43% lo usó durante el sexo anal. Los autores también encontraron que el 95% de los participantes refirieron a la prevención de enfermedades como el principal beneficio de usar condón, el 52% hace referencia específica a las ITS y el 38% al VIH/Sida. Asimismo, el 23% señaló que usaron el condón para proteger a su pareja, el 22% a ellos mismos y el 91% de los participantes lo utilizaron para prevenir ITS cuando tuvieron relaciones sexuales con parejas desconocidas o casuales.

King, Vidourek y Singh (2014) realizaron un estudio con 122 estudiantes de Asia y la India con el propósito de determinar los conocimientos de la ITS, el porcentaje del uso del condón y las barreras y beneficios percibidos para el uso del condón. Se aplicaron los instrumentos en línea. El rango de edad de los participantes fue de 18 a 35 años ($M= 24.30$, $DE= 3.391$). El 30.6% de los participantes habían tenido relaciones sexuales, el *rango* de la edad de inicio de las relaciones sexuales fue 12 a 30 años con una *media* de 21.07 ($DE= 4.1$), El *rango* del número de parejas sexuales durante su vida fue de 1 a 30 con una *media* 3.12 ($DE= 5.725$). A su vez, los participantes señalaron que los beneficios percibidos para el uso del condón es que al usar e condón se protegen de ITS (53.2%), previene la transmisión del VIH/sida (49.5%), proporciona seguridad de no contraer una ITS (48.4%), reduce la ansiedad en relación a contraer ITS (46%).

Tung, Farmer, Ding, Tung y Hsu (2009) realizaron un estudio con el propósito de explorar conducta sexual y el uso del condón y las diferencias específicas de los ítems de percepción de beneficios y barreras del uso del condón en 279 estudiantes universitarios en Taiwan. La *media* de edad de la primera experiencia sexual fue de 18.68 ($DE= 2.97$, *rango*= 10-28), el 57% de los participantes eran sexualmente activos, el 11.9% señalaron usar el condón de manera consistente, el número de parejas sexuales fue de 2 ($DE= 1.18$) y el 62.9% tuvieron dos o más parejas sexuales. Se realizó un análisis de varianza y prueba de Tukey. Los beneficios percibidos fueron que el uso de condones hace que lo individuos se sientan más responsables ($M= 4.24$, $DE= 1.0$, $F_{[3, 125]}= 3.06$, $p <.05$) y sentían protección a sus parejas así como así mismo ($M= 4.65$, $DE= .5$, $F_{[3, 125]}= 3.14$, $p <.05$).

William y Cherly (1999) llevaron a cabo una investigación con 601 hombres de 15 a 24 años de edad con el propósito de identificar los factores psicosociales y conductuales que influyen en el uso del condón para reducir el riesgo del VIH entre los hombres jóvenes en Ghana. El estudio demostró que los beneficios percibidos para el

uso del condón ($M=15.19$, $DE= 2.13$) no mostraron relación significativa con siempre usar el condón ($t= 0.68$, $p < .05$) y usar el condón en la última relación sexual ($t= 0.68$, $p < .05$). Sin embargo si mostró diferencia significativa en las barreras percibidas para el uso del condón ($M=18.04$, $DE= 5.64$) con siempre usar el condón ($t= -7.57$, $p < .001$) y usar el condón en la última relación sexual ($t= -8.82$, $p < .001$). Los autores encontraron que los encuestados que perciben un bajo nivel de las barreras para el uso de condones tenían 2.35 veces más probabilidad de haber usado alguna vez un preservativo que aquellos que perciben un alto nivel de las barreras al uso del condón ($OR= 2.35$, 95% $[IC= 1.66-3.38]$; $p < .01$).

En síntesis los beneficios percibidos para usar el condón en los HSH se relacionó con usar siempre condones en sus relaciones sexuales y el mayor beneficio para utilizar el condón fue la disminución de riesgos sexuales, tales como infectarse por VIH/Sida.

Barreras del uso del condón

Charnigo, Crosby y Troutman (2010) realizaron una investigación con el objetivo de determinar las asociaciones entre los constructos psicosociales relacionados con el condón y el uso del preservativo en una muestra de 266 hombres jóvenes estadounidenses heterosexuales africanos recién diagnosticados con una enfermedad de transmisión sexual. El 47.7% de los participantes utilizaron el condón en la última relación sexual, así mismo se encontró que el factor de barreras para el uso del condón en relación con la pareja presento una menor probabilidad de usar el condón en el último encuentro ($OR= 1.08$, $p < .005$).

Peltzer (2000) realizó un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de investigar los factores que afectan el uso del condón en 206 jóvenes universitarios sudafricanos. El autor demostró que las barreras percibidas para el uso del condón se asocian con la edad ($r= .231$, $p < .01$) y la disminución de las intenciones del uso del condón ($r= -.196$, $p < .01$).

En relación a las barreras que perciben los HSH para usar el condón se demostró que mostraron mayores riesgos de contagio de ITS-VIH/sida. Los HSH de menor edad presentaron mayores barreras para usar el condón.

Autoeficacia del uso del condón

Amirkhanian et al. (2009) estudiaron a 156 HSH rusos y polacos con una media de edad de 28 años, con el propósito de reclutar cuatro redes socio céntricas de HSH, para determinar la prevalencia y predictores de comportamientos sexuales de riesgo. Como variables predictoras se consideró el número de parejas con las que se tiene sexo anal no protegido, número de veces que se practica sexo anal no protegido y porcentaje del uso del condón en sexo anal. Conforme a las expectativas, modelos de regresión logística binaria mostraron que los HSH con mayor autoeficacia para usar el condón tienen menor riesgo de pertenecer al grupo de hombres con parejas sexuales con las que tienen sexo anal no protegido ($OR= 0.77$, 95% [IC= 0.63, 0.93]) y que al grupo que practica sexo anal sin uso del condón ($OR= 0.64$, 95% [IC= 0.50, 0.83]). Así este estudio muestra que la baja autoeficacia para el uso del condón y la información que se intercambia (posiblemente falsa información tranquilizadora) son predictores de conductas sexuales de riesgo.

Sohn y Cho (2012) realizaron un estudio en Corea en 1070 HSH, con el objetivo de evaluar la población de HSH en Corea del Sur, centrada en el VIH/sida, el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de riesgo, e identificar los factores del uso de preservativos en la prevención del VIH. 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.

Tomas et al. (2009) realizaron un estudio con 210 HSH con el propósito de examinar las características demográficas y psicosociales que pueden influir en el comportamiento sexual de riesgo entre los HSH en Chennai, India. Este estudio

demonstró que los HSH con mayor autoeficacia para usar condón tienen menor número de relaciones sexuales anales desprotegidas y de parejas sexuales ($OR= .52, p < .01$).

Peterson, Coates, Catania, Middleton, Hilliard y Hearst (1992) examinaron la frecuencia y asociaciones del sexo anal sin protección en 250 hombres homosexuales y bisexuales afroamericanos. El 73% de los participantes tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses, el 22% tuvieron sexo anal sin condón con su pareja primaria y el 33% con una pareja secundaria y el 63% de los participantes refirieron usar de manera inconsistente el condón. Los autores también encontraron que a mayor situación marginal ($OR= 3.43, IC\ 95\% [1.64-7.18]$), menor percepción de riesgo al VIH ($OR= 2.50, IC\ 95\% [1.46-4.26]$), menor apoyo social ($OR= 0.51, IC\ 95\% [0.26-0.98]$) y menor autoeficacia ($OR= 1.38, IC\ 95\% [1.15-1.65]$) existe mayor probabilidad de sexo anal sin condón en los últimos 6 meses.

William y Cherly (1999) encontraron que los hombres percibían autoeficacia para el uso del condón predecía el siempre uso del condón ($M=11.34, DE= 2.85$) con siempre usar el condón ($t= 7.89, p < .001$) y con el usar condón en la última relación sexual ($t= 7.40, p < .001$). Asimismo se encontró que los HSH que percibían mayor autoeficacia para usar condón eran 2.54 veces más probables a usar un condón que aquellos hombre que perciben menos autoeficacia para usar el condón ($OR= 2.54, 95\% IC= [1.66-3.90]; p < .01$).

En síntesis, se encontró que los HSH que perciben mayor autoeficacia para usar condones se asoció con menores riesgos sexuales tales como mayor uso del condón en cualquier tipo de relación y menor número de parejas sexuales.

Influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Preston, D'Augelli, Kassab, Cain, Schulze & Starks (2004) realizaron un estudio descriptivo correlacional con 99 hombres de 18 a 69 años de edad, su propósito fue investigar la relación entre el comportamiento de riesgo sexual, las características personales, la salud mental y el estigma en una muestra rural de HSH. Este estudio

demonstró que los hombres pertenecientes a familias con actitudes más tolerantes en relación a la preferencia sexual tenían más probabilidad de modificar las conductas sexuales de riesgo en comparación con los hombres que no contaban con el apoyo familiar ($r = .28, p < .05$).

Ryan, Huebner, Diaz y Sanches (2009) realizaron una investigación con el objetivo de examinar las reacciones del rechazo de la familia por la orientación sexual y expresión de género en la adolescencia como predictores de los problemas de salud actuales en una muestra de 224 jóvenes lesbianas, bisexuales y gays. Los autores demostraron que los jóvenes que reportaron niveles más altos de rechazo familiar tenían 3.4 veces más probabilidad a consumir drogas ilegales y 3.4 veces más probable a practicar sexo sin condón ($p < .01$).

Hart y Peterson (2004) realizaron un estudio con el propósito de examinar la prevalencia y las correlaciones de las relaciones sexuales anales sin condón en 758 HSH jóvenes afroamericanos. El 53.4% de los participantes señalaron identificarse como gay, el 32.6% bisexual, 5.6% aún estaba indeciso, el 7.8% otros y el .08% se consideraban heterosexual. El 26.5% señalaron haber tenido sexo anal sin condón, el 16.5% sexo anal insertivo sin condón y el 18.6% sexo anal receptivo sin condón. Asimismo, los autores demostraron que los HSH que tenían pareja estable tenían mayor probabilidad de tener sexo anal insertivo sin condón ($OR = 2.50, IC\ 95\%, 1.26-4.97$) y sexo anal receptivo sin condón ($OR = 4.62, IC\ 95\%, 2.14-9.9$). También encontraron que los HSH que mencionaron no llevar consigo condones presentaban mayor probabilidad de tener sexo anal receptivo sin condón ($OR = 2.75, IC\ 95\%, 1.35-5.60$). Los autores demostraron que los HSH con menor percepción del uso del condón por la pareja mostró mayor probabilidad de relaciones sexuales anales receptivas sin condón ($OR = 2.14, IC\ 95\%, 1.32-3.47$) y sexo anal insertivo sin condón ($OR = 1.90, IC\ 95\%, 1.15-3.14$).

Choi, Han, Hudes y Kegeles (2002) estudiaron a 253 HSH con el objetivo de examinar la relación de las características demográficas, los factores situacionales y las cuestiones psicosociales e interpersonales para el coito anal sin protección. Los análisis multivariados demostraron que el sexo anal sin protección se asoció con identificarse como gay o bisexual ($OR = 8.56$, $IC = 1.08-72.69$), tener múltiples parejas sexuales ($OR = 1.48$, $IC = 1.06-2.07$), tener relaciones sexuales con una pareja estable ($OR = 5.63$, $IC = 2.77-11.41$) y no percibir normas de apoyo por parte de los pares para el sexo más seguro ($OR = 2.97$, $IC = 1.60-5.5$).

Davidovich, Wit y Stroebe (2004) examinaron las características de 324 HSH de 18 A 34 años para identificar el primer incidente de sexo anal sin condón entre parejas masculinas estables, las barreras cognitivas para sexo seguro por medio de la asociación de creencias con respecto al sexo anal sin condón con el comportamiento de protección. 189 HSH señalaron tener sexo anal sin condón con su pareja estable y el 55% de ellos señalaron haberlo realizados los primeros 3 meses de la relación y el 46% no discutió acerca de tener sexo anal sin condón antes de que eso sucediera. Los análisis demostraron que la percepción de tener sexo anal sin condón es un símbolo de confianza y de creer en la pareja. Asimismo, se encontró una asociación en la duración de la relación de la pareja con sexo anal receptivo o insertivo sin condón ($\chi^2 = 24.10$, $p < .001$).

William y Cherly (1999) encontraron que los hombres jóvenes que mostraban mayor apoyo social en relación a utilizar el condón predecía a que los jóvenes siempre utilizaran el condón ($M = 20.89$, $DE = 4.12$; $t = 5.47$, $p < .001$) y con usar el condón en la última relación sexual ($t = 4.48$, $p < .001$). El estudio reportó que los hombres jóvenes que tenían un alto nivel de apoyo social tenían 1.67 veces más probabilidad a usar siempre un condón en comparación con los que tenían una percepción limitada de apoyo social ($OR = 1.67$, $95\% IC = 1.11-2.53$; $p < .01$).

En relación a las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH se puede decir que los HSH con menor apoyo familiar en relación a temas sexuales se asociaron con mayor consumo de alcohol y/o drogas y con menor uso del condón en las relaciones sexuales anales. En cuanto a la relación de pareja se puede señalar que los HSH que contaban con pareja estable o duradera y no percibir apoyo por parte de la pareja, se relaciona con mayores prácticas sexuales de riesgo tales como sexo anal insertivo o receptivo sin condón.

Influencias situacionales para la conducta sexual en HSH

Fernández-Dávila y Zaragoza (2011) realizaron un estudio con el objetivo de comparar las variables asociadas al riesgo de infección por el VIH entre los HSH ≤ 25 años (jóvenes) y >25 años de edad y determinar las variables asociadas a la penetración anal sin condón de los hombres jóvenes con parejas sexuales ocasionales. La proporción de bisexuales y de hombres cuya identidad sexual no está definida fue mayor entre los hombres jóvenes (16%) que en los mayores de 25 años (10%).

Entre los espacios de ocio más frecuentados por los HSH jóvenes los autores encontraron que mayormente fue la discoteca el lugar de ambiente donde se buscaron y conocieron parejas sexuales (52% frente a 37% de los mayores de 25 años). En cambio, los mayores de 25 años buscaron y conocieron parejas sexuales, en una mayor y significativa proporción, en sex-clubs, saunas y zonas de cruising. En general, fueron los mayores de 25 años los que más buscaron parejas sexuales en lugares de ambiente (76% frente a 71% de los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres). Los HSH jóvenes fueron penetrados sin condón en mayor proporción que los mayores de 25 años (73% frente a 58%, respectivamente) y los mayores de 25 años penetraron sin condón en mayor proporción que los jóvenes (77% frente a 64%, respectivamente). El único motivo estadísticamente significativo que llevó a que los jóvenes a no usar el condón en la última penetración anal, en comparación con los mayores de 25 años, fue que la pareja sexual fue conocida por Internet y los había convencido (8% frente a 0%, $p < .05$).

También el estudio demostró que la proporción de hombres que consumió alguna droga en los últimos 3 meses cuando tuvo penetración anal sin condón con parejas sexuales conocidas tanto por Internet como en lugares de ambiente es significativamente mayor entre los mayores de 25 años (68% y 73%, frente a 55% y 55% de los HSH jóvenes). El alcohol fue la droga más consumida en ambos grupos, pero entre los mayores de 25 años las drogas más consumidas en una proporción significativa fueron el popper y Viagra utilizados con parejas sexuales conocidas por Internet y en lugares de ambiente, la cocaína lo fue con las parejas sexuales conocidas por Internet (31% frente a 18%) y el éxtasis con las conocidas en lugares de ambiente (22% frente a 9%). Asimismo se encontró que el no uso o el uso inconsistente del condón con la pareja estable son del 67% entre los HSH. Se encontró como factor protector que ser VIH negativo reduce la probabilidad de practicar la penetración anal sin condón, en la proporción de la muestra, en un 72% ($OR= 0.281$, 95% $IC= 0.101-0.782$; $p < .05$).

Wilson, Cook, McGaskey, Rowe y Dennisa (2008) se propusieron comprender la toma de riesgos sexuales en HSH y se plantearon el objetivo de examinar los factores relacionados con situaciones sexuales de alto riesgo. Realizaron el estudio en 100 HSH, los participantes tenían de 20-61 años de edad ($M= 43$), el 80% reportaron tener relaciones sexuales con más de una pareja y el 79% señalaron que consumieron drogas en los últimos 2 meses. Asimismo, el estudio demostró que los HSH que asisten a club de sexo como lo son los baños saunas se relacionó con tener sexo anal sin condón o con una pareja desconocida ($OR= 6.3$, 95% $IC= 1.0-26.9$, $p < .01$).

Binson, Woods, Pollack, Paul, Stall y Catania (2001) realizaron una investigación en 2,881 HSH en 4 ciudades de Estados Unidos con el objetivo de identificar las diferencias de las conductas sexuales de riesgo entre los HSH que asistieron a casas de baños gay, zonas de cruceros públicos o ambas cosas. El 54.6% de los participantes señalaron asistir a lugares para tener encuentros sexuales, también se encontró que los HSH jóvenes ($OR= 66.4$, 95% $IC= 57.7-74.1$, $p < .001$) y con menor

nivel educativo ($OR= 58.6$, 95% $IC= 54.0-63.1$, $p<.001$). Los HSH que tenían sexo anal sin condón tenían mayor probabilidad de tener pareja ocasional ($OR= 76.3$, 95% $IC= 54.0-63.1$, $p< .001$) y los que frecuentan asistir a baños saunas tienen mayor probabilidad de tener sexo anal sin condón ($OR= 2.37$, 95% $IC= 54.0-63.1$, $p< .001$).

Akin, Fernández, Bowen y Warren (2008) realizaron un estudio con el objetivo de describir las prácticas sexuales, consumo de drogas, factores psicosociales y predictivos para el sexo anal sin condón en una muestra de 566 HSH latinoamericanos reclutados de la comunidad y sitios de internet. Los autores encontraron que los HSH que tenían sexo anal sin condón se relacionó con asistir a un club de drogas en los últimos 6 meses ($OR= 2.01$, 95% $IC= 1.32-3.06$, $p < .001$) y con mayor número de parejas sexuales en los últimos 6 meses ($OR= 1.01$, 95% $IC= 1.00-1.02$, $p< .05$).

En síntesis de los estudios de las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH se puede decir que los HSH que son menores de 25 años y que asisten a sitios de encuentros específicamente bares o antros se asoció con tener sexo anal sin condón. También se demostró que los HSH que consumían alcohol y/o drogas se relacionó con tener sexo anal sin condón con parejas que se conocían por medio del internet. Asimismo se encontró que los HSH que asistían a baños saunas se relacionó con sexo anal sin condón con parejas desconocidas y mayor número de parejas sexuales.

Síntesis de estudios relacionados

Los estudios anteriores fueron realizados en Estados Unidos, Canadá, Corea y Europa. También existen investigaciones realizadas en población Mexicana, como la de Martín, Martínez y Rojas (2011). En este estudio cualitativo se pone a prueba los conceptos de la teoría de comportamiento planificado. Se obtiene una validación de la misma, destacando el papel de las actitudes positivas e introduciéndose algunas matizaciones sobre la automatización de comportamientos.

En relación a la edad se demostró que los HSH más jóvenes (menores de 25 años) presentaron sexo anal sin condón, parejas sexuales mayores que ellos y rol sexual receptivo, consideró este como uno de los más riesgosos si no se usa protección. La escolaridad y los ingresos son variables que se correlacionan entre ellas y se puede señalar que los HSH con mayor grado de escolaridad e ingresos muestran una mayor identidad (gay) esto pudiera ayudarles a mantener relaciones de parejas. Los HSH con nivel bajo de escolaridad e ingresos son más probables a entablar relaciones de parejas sexuales ocasionales y realizar sexo sin condón.

En cuanto a la identidad sexual, los estudios se basan principalmente en conocer las identidades sexuales de los HSH y en muchos de los estudios dejan de lado el deseo sexual por la preferencia sexual hacia otros hombres o en hombres y mujeres independientemente de su identidad sexual y está como se relaciona con la conducta sexual, esto con el fin de considerar a los hombres que no hacen pública su identidad sexual y realizan prácticas sexuales anónimas con hombres. En base a la revisión de la literatura la búsqueda de sensaciones sexuales en los HSH es consistente, debido a que los artículos señalan que los HSH que buscan mayormente sensaciones sexuales se encuentran en mayor riesgo sexual.

En relación a la homofobia internalizada se encontró que los HSH que muestran niveles elevados realizan mayores conductas sexuales de riesgo, sin embargo, la evidencia encontrada no es suficiente para ser tan conductas en dicha asociación y a su vez sería importante explorar la homofobia internalizada con otras variables que pudieran explicar aún mejor estas relaciones con la conducta sexual.

En relación a la autoeficacia para el uso del condón en HSH, la literatura es consistente, entre mayor autoeficacia percibida mayores conductas sexuales protegidas realizan los HSH. Asimismo hasta donde se indagó se encontraron pocos estudios en relación a los beneficios y barreras para el uso del condón en esta población, y estos

estudios son más descriptivos en cuanto a esas variables, considerando importante la relación de ellas con la conducta sexual.

La revisión de la literatura demuestra que las influencias interpersonales predicen la conducta sexual en los HSH; sin embargo se encontraron algunas diferencias en cuanto a estas influencias. El apoyo de la familia es un componente importante en las influencias interpersonales de los HSH y se ha demostrado que ha tenido una influencia en la conducta sexual protegida. El apoyo de la pareja, también es un predictor para la conducta sexual de los HSH, debido a que las parejas estables o con larga duración se considera de riesgo debido a que no usan el condón y esto pudiera deberse al símbolo de confianza y seguridad por su pareja, sin embargo los HSH que no tienen compromiso de pareja también suelen ser buscadores de sensaciones sexuales y esto pudiera también ponerlos en riesgos sexuales, por lo que se sugiere indagar en esas variables.

En relación a las influencias situacionales para la conducta sexual de los HSH se encontró evidencia de los diversos sitios de encuentros sexuales y otras situaciones que pudieran desencadenar prácticas sexuales de riesgo, esas situaciones pueden ser el consumo de alcohol y/o drogas. En cuanto a los sitios de encuentros se encontraron algunos tales como los bares, antros, fiestas de sexo, sitios en línea y estos están relacionados con tener sexo anal in condón con las parejas que se contactan por ese medio. Asimismo, el consumo de alcohol y/o drogas previo al encuentro sexual pueden estar influenciando en el no uso o uso inconsistente del condón. Es importante señalar que existen otros medios por los cuales los HSH pudieran contactarse y mantener relaciones sexuales desprotegidas, es por ello la necesidad de incorporarla al modelo y conocer la relación con otros variables.

Finalmente se puede señalar que hasta donde se indagó se encontraron pocos estudios de investigación en la población de HSH, asimismo, no se encontraron estudios que se relacionaran todas las variables del modelo y algunos estudios que se incluyeron

no fueron en población de HSH precisamente por la carencia de estudios de investigación en dicha población.

Objetivos específicos

1. Determinar la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en la percepción del uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia del uso del condón).
2. Conocer el efecto de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH (familia y pareja).
3. Determinar la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH (consumo de alcohol, drogas previo encuentro sexual y sitios para conocer parejas).
4. Conocer la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en la conducta sexual de los HSH.
5. Determinar la influencia de la percepción del uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia del uso del condón) en la conducta sexual en los HSH.
6. Conocer el efecto de las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH (familia y pareja) en la conducta sexual en los HSH.
7. Determinar el efecto de las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH (consumo de alcohol, drogas previo encuentro sexual y sitios para conocer parejas) en la conducta sexual en los HSH.

Definición de términos

Edad se refiere a los años cumplidos de los HSH al día de aplicación de los instrumentos, fue medido por medio de una pregunta abierta que se encuentra en la cédula de datos personales.

Identidad sexual es la autodefinición en razón a su sexualidad, independientemente de su sexo biológico y sus orientaciones sexuales, la autodefinición puede ser como hombre, homosexual/gay, bisexual, travesti o transexual/mujer transgénero fue medido por una pregunta que se encuentra en la cédula de datos personales.

Búsqueda de sensaciones sexuales se refiere al interés por alcanzar niveles óptimos de excitación sexual y participación en experiencias nuevas en los HSH se midió por medio de escala de búsqueda de sensaciones sexuales (Kalichman & Rompa, 1995).

Homofobia internalizada son sentimientos negativos de los HSH relacionados con su orientación sexual e interrelación con otros HSH, se midió por medio de la escala de homofobia internalizada de Martin y Dean (1987) y Ligiardi, Baiocco y Nardelli (2012).

Escolaridad son los años de estudios de los HSH, fue medida por medio de una pregunta abierta y se encuentra en la cédula de datos personales.

Ingresos propios es la remuneración económica mensual a cambio de ofrecer un servicio, esta variable fue medida por medio de una pregunta abierta y se encuentra en la cédula de datos personales.

Percepción del uso del condón. Son las capacidades que tienen los HSH para usar el condón e incluyen los beneficios, barreras y autoeficacia del uso del condón.

Beneficios del uso del condón son los resultados positivos para la prevención de ITS-VIH/sida que los HSH asocian al uso del condón, se midió por la sub-escala de beneficios percibido de la escala de creencias de salud Sida (Zagummy & Brady, 1998).

Barreras del uso del condón son los obstáculos que perciben los HSH para usar el condón y se evaluó por medio de la sub-escala de efectos sobre la experiencia sexual para hombres de Doyle, Calsyn y Ball (2009).

Autoeficacia del uso del condón se define como a la capacidad percibida de los HSH acerca de sus habilidades para usar el condón, se evaluó con la escala de autoeficacia para el uso del condón (Hanna, 1999; Thato, Hanna & Rodcumdee, 2005).

Influencias interpersonales para la conducta sexual son las relaciones de apoyo y cuidado que proporciona la familia y la pareja para realizar conductas sexuales en los HSH y se midió por medio de la Escala de Provisión Social (Cutrona & Russell, 1984; Darbes, 2011)

Influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH es la frecuencia de asistencia a sitios para conocer parejas y el consumo de alcohol y/o drogas previo al encuentro sexual por el individuo pareja o ambos, para medir esta variable se realizó la escala de influencias situacionales en HSH (Moral, Valdez & Onofre, 2015).

Conducta sexual en HSH es la frecuencia de la prácticas sexuales que incluye sexo anal, vaginal y oral con mujeres, sexo anal y oral insertivo y receptivo con hombres, uso de condones, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o trabajador/a sexual, para medir esta variable se realizó la escala de conducta sexual en HSH (Valdez, Moral & Onofre, 2015).

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y plan de análisis de los datos.

Diseño del estudio

En el presente estudio se utilizó diseño correlacional y de comprobación de modelo. Esto debido a que el propósito del estudio fue determinar si las variables en el modelo propuesto predicen la conducta sexual de los HSH (Burns & Grove, 2005). Asimismo, fue de tipo transversal ya que la obtención de los datos fue en un momento específico (Polit & Hungler, 2000).

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por HSH mayores de 18 años residentes Monterrey, Nuevo León y su área Metropolitana. El tamaño de la muestra fue de 241 participantes, la cual se calculó a través del paquete estadístico nQueryAdvisor (Elasshoft, Dixon & Crede, 2000) con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $R^2 = .1$, una potencia de prueba de 90% para un modelo de Regresión Lineal Multivariado con 14 variables.

Se utilizó muestreo dirigido por entrevistados (MDE). El MDE es una técnica de reclutamiento en poblaciones ocultas, este muestreo ha sido utilizado en HSH en población mexicana y ha mostrado ser eficaz (Pitpitan, et al., 2015). Para el reclutamiento de los participantes, el investigador principal (IP) seleccionó tres semillas. Las semillas estaban constituidas por individuos con identidades diversas. La primera semilla tenía la característica de ser HSH que frecuentaba bares gays (SB), la segunda semilla era un HSH que se conectaba con la comunidad gay a través de portales y grupos de amigos de HSH en línea (SL) y la tercera semilla era una organización de la sociedad

civil de HSH (OSC). Desde el inicio del estudio se les solicitó tres contactos que contarán con los criterios de inclusión y que aceptarán participar en el estudio y se le proporcionó cupones para identificar a cada uno de los reclutados. Los participantes nuevos que formaban ser parte del estudio se consideraban olas de reclutamiento (ver figura 4).

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

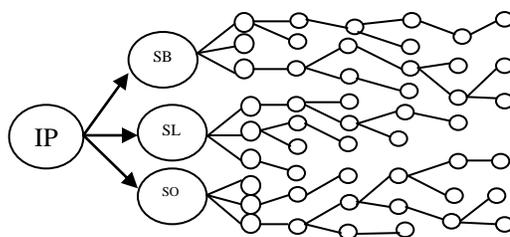


Figura 4. Sistema de aproximación tipo cadena.

El reclutamiento de los participantes tardó 11 semanas, tiempo que fue apropiado en este tipo de muestreo y población (Estrada & Vargas, 2010).

Criterios de inclusión

Hombres mayores de 18 años residentes del área metropolitana de Monterrey, que hayan tenido al menos una vez relaciones sexuales con hombres y ser sexualmente activo (pareja masculina, femenina o ambos), se aplicó una pregunta filtro al iniciar el llenado de la encuesta.

Criterios de eliminación

Participantes que señalen su estado serológico positivo, esto se corroboró con una pregunta que se encuentra ubicada en el instrumento de conducta sexual. El participante con VIH positivo fue eliminado debido a que el presente estudio se centra en los factores de riesgo o de protección al VIH. Asimismo, se eliminaron a los participantes que no completaron los instrumentos o que se retractaron en participar.

Instrumentos de medición

El llenado de los instrumentos fue en línea y en papel, esto debido a que se ha demostrado que los HSH se contactan a través del internet o por medio de sitios de encuentro como lo son bares o discotecas (Fernández-Dávila & Zaragoza, 2011). También se optó por el llenado de estos métodos, para alcanzar diversos estratos socioeconómicos de los HSH. En estudios de investigación de HSH se han utilizado ambas técnicas de llenado de los instrumentos y han mostrado ser eficaces (Preston, et al, 2004; Sohn & Cho, 2012).

A continuación se presentan los instrumentos que fueron utilizados para medir las variables de estudio. El idioma original de beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón y homofobia internalizada era en inglés y se procedió a realizar la traducción del mismo al español por medio del método de Back-Translation siguiendo los pasos propuestos por Burns y Grove (2005) que consistió en traducir los instrumentos del idioma original (inglés) al español por un profesional del área de la salud bilingüe cuyo idioma nativo era el español, segundo paso, se procedió a traducir de nuevo al inglés de la versión en español por un traductor profesional cuya lengua materna es el inglés. Tercer paso, se realizó la revisión y comparación de las traducciones de ambas versiones para comprobar que las preguntas conservaran el mismo sentido o significado.

Factores biológicos y socioculturales.

Dentro de los factores personales tales como la edad, nivel de escolaridad, ingresos propios e identidad sexual fueron medidos por medio de una cédula de identificación (Apéndice C).

Búsqueda de sensaciones sexuales.

Kalichman, Johnson, Adair, Rompa, Multhauf y Kelly (1994) diseñaron la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (SSS) compuesta por 11 ítems con escala de respuesta tipo likert de 4 puntos. La escala va de 1 (me disgusta totalmente), 2 (me

disgusta), 3 (me gusta) y 4 (me gusta muchísimo). Un ejemplo de un reactivo es: Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes. Con un puntaje mínimo de 11 y un puntaje máximo de 44. Un mayor puntaje indica mayores encuentros desinhibidos y salvajes. Esta escala fue aplicada por primera vez con 106 hombres homosexuales de Estados Unidos y el instrumento presentó un Alfa de Cronbach .75 (Kalichman, Johnson, Adair, Rompa, Multhauf & Kelly, 1994). La escala ha sido aplicada en hombres y mujeres mostrando consistencia interna de .81 y una prueba de 3 meses mostró un t-retest de .73 (Kalichman & Rompa, 1995). Recientemente esta escala fue aplicada en hombres que se identifican como heterosexuales y tienen relaciones sexuales anales con hombres y mostró un Alfa de Cronbach .86 (Hess, Reynolds & Fisher, 2014). Asimismo, Saenz (2014) aplicó la SSS en parejas heterosexuales Mexicanas mostrando confiabilidad interna aceptable; hombres $\alpha = .81$ y en mujeres $\alpha = .74$ (Apéndice E).

Homofobia internalizada.

Martin y Dean (1987) diseñaron la Escala de Homofobia Internalizada constituida por 9 ítems con escala de respuesta tipo likert de 4 puntos. La escala va de 1 (Nunca), 2 (Casi nunca), 3 (A veces) y 4 (Frecuentemente). Un ejemplo de un reactivo es: En el último año, ¿con qué frecuencia has pensado que sería mejor evitar tener una relación personal o social con otros hombres gays? (Apéndice F). Con un puntaje mínimo de 9 y un puntaje máximo de 36. Una mayor puntuación señala mayor homofobia internalizada. Esta escala ha sido aplicada en Estados Unidos en mujeres lesbianas y bisexuales y la escala presentó un Alfa de Cronbach de .87 (Szymanski & Henrichs, 2014) y en hombres gays y bisexuales y mostró un Alfa de Cronbach de .71. Asimismo, esta escala se aplicó en HSH Italianos y mostró un Alfa de Cronbach de .83 (Lingiardi, Baiocco & Nardelli, 2012).

Beneficios del uso del condón.

Para medir los beneficios para el uso del condón se utilizó la sub-escala de beneficios percibido de la Escala de Creencias de Salud Sida (Zagummy & Brady, 1998). Esta sub-escala mide los beneficios percibidos del uso del condón para la

prevención del Sida. Esta escala ha sido aplicada en adolescentes y jóvenes universitarios heterosexuales. La sub-escala está integrada por 4 ítems. Las opciones de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos que van desde 1 (completamente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (indiferente), 4 (de acuerdo) y 5 (definitivamente de acuerdo). Un ejemplo de los reactivos es: Yo creo que las posibilidades de contraer el Sida puede reducirse significativamente si yo uso el condón. Las puntuaciones oscilan de 4 a 20 donde a mayor puntuación representan mayores beneficios percibidos para usar el condón. Esta sub-escala ha presentado Alpha de Cronbach de .92 (Zagummy & Brady, 1998; Apéndice G).

Barreras del uso del condón.

La variable de barreras para el uso del condón se midió con la sub-escala de Efectos sobre la experiencia sexual en hombres (Doyle, Clasyn & Ball, 2009) adaptada de la escala de barreras percibidas para el uso del condón en mujeres (Lawrence, Chapdelaine, Devieux, O'Bannon, Brasfield & Eldridge, 1999) con el objetivo de evaluar las barreras percibidas para usar el condón. Esta sub-escala consta de 7 reactivos con opciones de respuesta de tipo Likert de 5 puntos que van de 1 (completamente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (indiferente), 4 (de acuerdo) y 5 (definitivamente de acuerdo). Un ejemplo de los reactivos es: Los condones rozan y causan irritación. La puntuación oscila de 7 a 35 donde a mayor puntuación indica que los condones causan rozaduras o irritación. Esta sub-escala ha sido aplicada en hombres y ha presentado Alfa de Cronbach de .86 y se ha reportado validez de convergencia con coeficientes aceptables entre .52 y .77 (Doyle, Clasyn & Ball, 2009; Apéndice H).

Autoeficacia del uso del condón.

La Escala de Autoeficacia para el uso del condón (Hanna, 1999) fue diseñada para medir la percepción de la capacidad del individuo para usar correctamente el condón. Originalmente la escala fue aplicada en adolescentes de Estados Unidos y mostró un Alfa de Cronbach de .85. La escala está conformada por 14 ítems y tres sub-

escalas; uso consistente ($\alpha = .72$), uso correcto ($\alpha = .78$) y comunicación para usar el condón ($\alpha = .77$). Un ejemplo de un reactivo es: Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual. El tipo de respuesta es tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (muy inseguro), 2 (inseguro), 3 (algo seguro), 4 (seguro) y 5 (muy seguro). Con puntuación total en un rango mínimo de 14 y máximo 70, puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia para usar el condón. Esta escala ha sido traducida a Coreano (EunSeok, Kim & Burke, 2008) y Tailandés (Thato, Hanna & Rodcumdee, 2005) y ha mostrado confiabilidad Alfa de .85 a .91 (Apéndice).

Influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH.

La variable de Influencias Interpersonales se midió con la Escala Provisión Social para Sexo Seguro para medir el apoyo familiar y de la pareja para la conducta sexual segura (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987). Esta escala también fue aplicada en HSH para medir el apoyo social y de la pareja (Darbes, Chakravarty, Beougher, Neilands & Hoff, 2012). Esta contiene 41 reactivos, de los cuales 19 corresponden al apoyo familiar y 22 al apoyo de la pareja. Un ejemplo de reactivo es, puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro. Las respuestas están en escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (ni desacuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Con puntuación total de 41 a 205. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar y de la pareja para realizar prácticas sexuales seguras. Este instrumento ha reportado un Alfa de Cronbach de .94 y un Test-retest a los 6 meses $r = .81$ (Apéndice J).

Influencias situacionales para la conducta sexual en HSH.

La Escala de Influencias Situacionales para la Conducta Sexual, fue elaborada por los autores para el presente estudio (Moral, Valdez & Onofre, 2015) y surge de la revisión teórica, del análisis de contenido y codificación (Waltz, Strickland & Lenz, 2005). Esta escala mide las características del ambiente tales como el consumo de

alcohol, consumo de drogas y asistir a sitios de encuentros sexuales para conocer parejas sexuales. Esta contiene 14 ítems en total, de los cuales 3 ítems corresponden al consumo de alcohol previo al encuentro sexual, 3 ítems al consumo de drogas previo al encuentro sexual y 8 ítems corresponden a los sitios de encuentro para conocer parejas sexuales. Un ejemplo de la pregunta es, ¿con qué frecuencia consume alcohol antes de tener sexo? Las respuestas están en escala tipo Likert de 4 puntos 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces) y 4 (siempre). Con puntuación total de 14 a 56. Las puntuaciones mayores indican mayor consumo del alcohol previo a encuentros sexuales (Apéndice H).

Conducta sexual en HSH.

Para medir la conducta sexual en los HSH se utilizó la Escala de Conducta Sexual en HSH que fue elaborada para el presente estudio (Valdez, Moral & Onofre), esto debido a que no se encontró escala validada por otras investigaciones. Esta escala consta de 24 reactivos y tiene el objetivo de evaluar la conducta sexual para VIH en HSH tales como sexo anal, vaginal y oral con mujeres, sexo anal insertivo y receptivo con hombres, sexo oral con hombre, uso de condones, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o sexo servidor/a). Un ejemplo de la pregunta es ¿Con qué frecuencia usas el condón con su pareja estable o formal en el sexo oral (tu boca en su pene)? Las opciones de respuesta van de 1 (no he tenido ese tipo de sexo), 2 (siempre usamos condón), 3 (con mucha frecuencia usamos condón), 4 (con frecuencia usamos condón), 5 (a veces usamos condón) y 6 (nunca usamos condón), donde un puntaje más alto, indica mayor conducta sexual de riesgo para VIH (Apéndice L).

Procedimiento de recolección de información

Para la realización del presente estudio se solicitó previa autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Para reclutar a los participantes se seleccionaron tres informantes claves o semillas que frecuentaran o asistieran a bares, a organizaciones de la sociedad civil o sitios en línea de la comunidad gay. Para la selección de los

participantes se utilizó el muestreo MDE por medio de los informantes claves se les invitó a participar por medio de cupones en el estudio, en el cual se les explicó el objetivo de la investigación y los criterios de inclusión señalando lo siguiente; Para participar en este proyecto, tienes que ser mayor de 18 años y haber tenido sexo al menos una vez con un hombre y ser sexualmente activo (pareja masculina, femenina o ambos). A su vez se les hizo énfasis que el estudio era completamente anónimo y que los datos recabados serían utilizados únicamente por el investigador principal de manera confidencialmente para fines de investigación, si el posible participante aceptaba, se le otorgaba el consentimiento informado y se le proporcionaba un código en el cupón con la finalidad de que no se repitan respuestas y conocer que informante clave realizó la invitación.

Los instrumentos fueron aplicados en línea y en papel. Se seleccionó el portal SurveyMonkey para realizar la aplicación de los instrumentos debido a que los temas de sexualidad son sensibles y este medio hace anónima la participación y pueden responder en el lugar de su preferencia. Este tipo de aplicación de instrumentos ha sido utilizado en estudios similares y han demostrado ser útiles (Kashubeck-West & Szymanski, 2008; Matarelli, 2013) sin embargo, también se optó por aplicar instrumentos a papel y lápiz para obtener mayor alcance en cuanto al nivel socioeconómico y a su vez a las diversidades de identidades sexuales (Fernández-Dávila & Zaragoza, 2011).

A los que aceptaban participar y que contaban con los criterios de inclusión se les enviaban recordatorios cada tercer día, hasta que respondían la encuesta o que refirieron ya no querer participar en el estudio. Asimismo, el informante clave solicitaba un correo electrónico o cualquier medio de comunicación de preferencia del participante para poder contactarse y aplicarle los instrumentos. En el caso del informante clave en línea, les hacía llegar un link un día después del reclutamiento, el cual contenía todos los instrumentos que fueron subidos a la plataforma SurveyMonkey. En la plataforma colocaban su código y procedían a responder a cada uno de los instrumentos. Los

participantes que terminaban el llenado del instrumento oprimían el botón finalizar y aparecía una leyenda agradeciendo su participación en el estudio. En el caso de los informantes claves de asistencia a bares y de organizaciones de la sociedad civil, se aplicaron los instrumentos en papel y fueron auto aplicados, sin embargo, en algunos casos existió la necesidad de leer las preguntas a los participantes porque lo solicitaban y algunos señalaban que no sabían leer. Al terminar el llenado de los instrumentos se resguardaban en sobre por los informantes claves de manera que garantizara la confidencialidad y anonimato.

Entrenamiento de los informantes claves

Con el objetivo de proteger y asegurar la confiabilidad de los resultados del proyecto de investigación, los informantes claves fueron entrenados para abordar a los participantes y la aplicación de los instrumentos. Primeramente se les informó de los objetivos del estudio y los criterios de inclusión para la selección de los participantes. Posteriormente se les proporcionaron los cupones, consentimientos informados e instrumentos para que los leyeran y conocieran de la información que se les proporcionaría a los participantes. Se les informó la forma de aplicación de los instrumentos en papel y en línea y como salvaguardar la confidencialidad de la información que el participante otorgará. Los informantes claves eran HSH por lo que tuvieron la facilidad de comunicarse y la habilidad de convencer en participar en el estudio.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Se consideró el título segundo, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en los artículos siguientes.

En todo momento prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar (Artículo 13). El investigador entregó un consentimiento informado por escrito a cada uno de los participantes y fueron firmados y de esta forma se acreditó su participación en el estudio (Artículo 14, Fracción V).

Se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, fracción VII). Se procedió a aplicar los instrumentos a los participantes cuando se obtuvo la autorización del sitio de reclutamiento (Artículo 14, Fracción VIII), manteniendo el anonimato de los participantes en la investigación, omitiendo su identidad y aplicando los cuestionarios en su área de preferencia (Artículo 16).

Esta investigación fue de riesgo mínimo debido a que se abordaron aspectos que podían producir incomodidad al hablar de temas sexuales, en caso de dudas el participante podía contactarse por medio de correo electrónico con el investigador principal para aclararlas (Artículo 17, Fracción II). Los participantes recibieron una explicación clara y completa de la investigación (Artículo 21). Se les explicó que podían realizar preguntas si no tenían claridad en el estudio, incluso tenían la libertad de retirarse del estudio (Artículo 21, Fracción VII y Artículo 58, Fracción I). Los resultados del estudio serán utilizados exclusivamente para fines de investigación y difusión de los resultados en revistas y congresos científicos (Artículo 58, Fracción II).

Plan de análisis de los datos

Los datos del presente estudio se analizaron por medio del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22 y Analysis of Moment Structures (AMOS) versión 17. Se propusieron dos etapas para realizar el análisis del presente estudio.

Etapa 1. Modelos de regresión:

Se realizó un diccionario para la codificación de cada una de las respuestas de los instrumentos. Para la captura de los instrumentos en el portal SurveyMonkey, se creó

una codificación de las preguntas para cada uno de los instrumentos, asignando los valores previamente seleccionados en el directorio. La captura de los instrumentos de papel fue por medio del portal SurveyMonkey. Posteriormente las respuestas de todos los participantes fueron exportadas del portal SurveyMonkey a Excell y al programa SPSS.

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para conocer las características de los participantes del estudio, a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, se calcularon índices y sumatorias para los instrumentos. Posteriormente se aplicó la prueba de normalidad de las distribuciones de las variables por la prueba de Kolmogorov-Smirnov- Lilliefors y se determinó utilizar estadística no paramétrica.

Para los objetivos específicos se utilizaron correlaciones de *Spearman* para establecer las relaciones de las variables. Se determinó el peso de las relaciones con Modelos Regresiones Múltiples. Debido a que se utilizó estadística no paramétrica, para cumplir con el supuesto del Modelo de Regresión Múltiple, se aplicó *Bootstrap* a cada uno de los modelos.

Etapa 2. Modelos de Ecuaciones Estructurales:

Para cumplir con el propósito del estudio se utilizó un análisis mediante el Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) que permitió indicar la trayectoria y las relaciones causales entre los constructos del modelo propuesto. Se utilizó el programa AMOS versión 17, para correr nuevamente un análisis factorial de tipo confirmatorio con los factores identificados en el análisis factorial exploratorio.

En el contraste de los modelos estructurales, se empleó la matriz de correlaciones de *Spearman*, debido a la falta de normalidad en las distribuciones de las variables numéricas y a la escala de medida ordinal o dicotómica de otras variables. Como método para estimar la función de discrepancia se empleó mínimos cuadrados libres de escala

(Scale-Free Least Squares [SFLS]), que es una variante de mínimos cuadrados no ponderados para el caso en el que las variables tengan distintos rangos. Como método para contrastar significación de parámetros se empleó el método de muestreo repetitivo de percentiles, extrayendo 2,000 muestras. Los valores del coeficiente estructural (β) o de medida (λ) $< .10$ se consideraron que reflejan un tamaño de efecto trivial, de $.10$ a $.29$ pequeño, de $.30$ a $.49$ mediano, de $.50$ a $.69$ alto y $\geq .70$ muy alto. Se consideró que un porcentaje de varianza explicada $< 2\%$ refleja un modelo con potencia explicativa trivial, de 2 a 12.9% baja, de 13 a 25.9% mediana, de 26 a 49.9% alta y $\geq 50\%$ muy alta (Cohen, 1988, Ellis, 2010).

Como índices de ajuste se contemplaron: el cociente entre la razón de verosimilitud de estadístico χ^2 y sus grados de libertad (χ^2/gl), la prueba de muestreo repetitivo de Bollen-Stine (p de B-S) con la extracción de 2,000 muestras, el índice de bondad de ajuste (GFI) de Jöreskog y Sörbom y su fórmula ajustada (AGFI), el índice de ajuste normado (NFI) de Bentler y Bonett y el índice relativo de ajuste (RFI) por el coeficiente ρ_1 de Bollen y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) de Jöreskog y Sörbom. Siguiendo a Byrne (2010), se estipularon como valores de buen ajuste: $\chi^2/gl \leq 2$, p de B-S $< .05$, GFI y NFI $\geq .95$, AGFI y RFI $\geq .90$, y SRMR $\leq .05$; y como valores de ajuste adecuado: $\chi^2/gl \leq 3$, p de B-S $< .01$, GFI y NFI $\geq .90$, AGFI y RFI $\geq .85$, y SRMR $\leq .10$. Se calculó la parsimonia del modelo por medio de la razón de parsimonia (RP) de James, Mulaik y Brett. Se estipuló parsimonia baja $< .25$, media de $.25$ a $.49$, alta de $.50$ a $.74$ y muy alta $\geq .75$ (James, Mulaik, & Brett, 1982).

A continuación se presentan los MEE propuestos a partir del MPS, denominado MCONSEX.

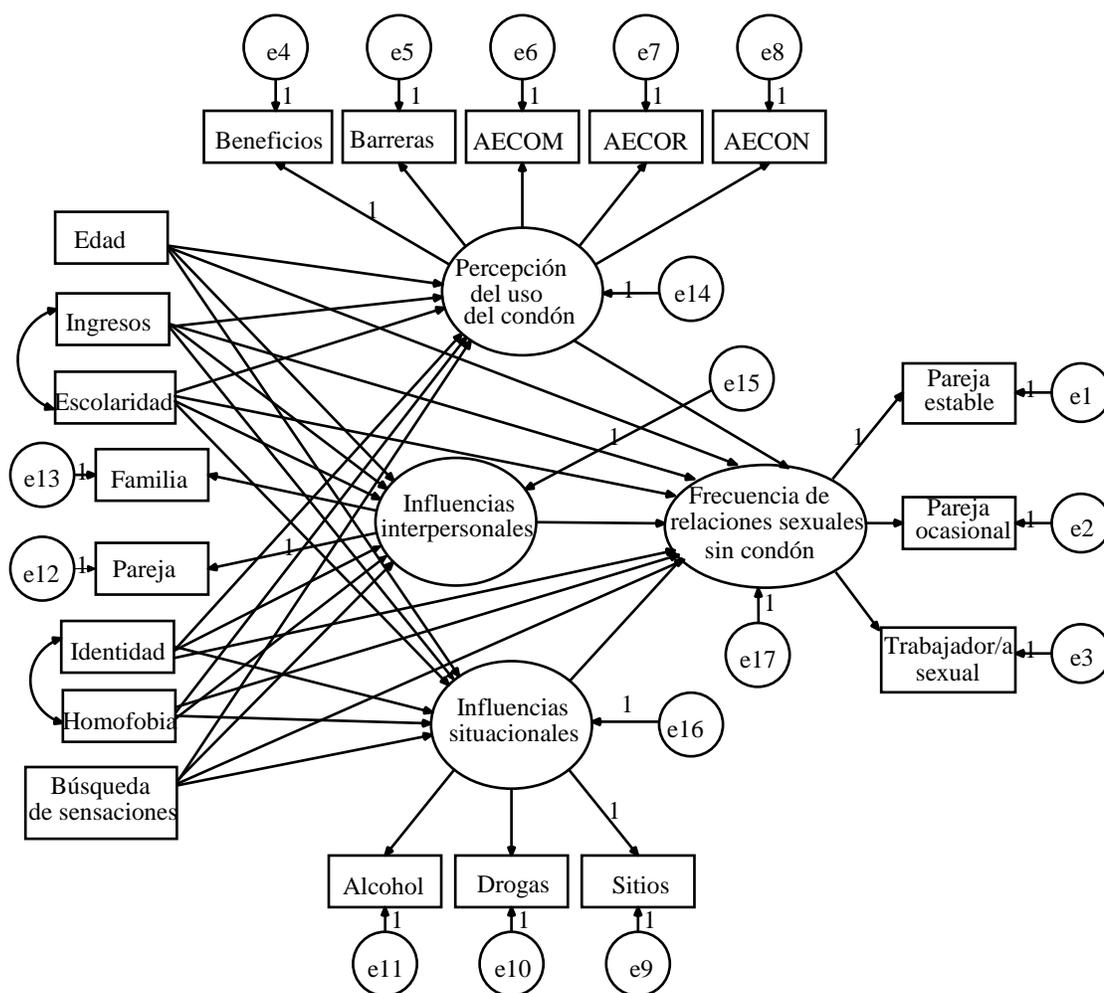


Figura 5. Modelo estructural de regresión

Capítulo III

Resultados

A continuación se muestra el análisis de los datos del estudio. Primeramente se presentan la descripción de las variables socio demográficas y la estadística descriptiva. Posteriormente se presenta la confiabilidad interna de los instrumentos y sub-escalas utilizados. Después se establecen las correlaciones y modelos de regresión para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio. Finalmente se muestran los resultados del modelo de ecuaciones estructurales.

Estadística descriptiva de la muestra

La muestra se conformó por 241 HSH, de los cuales el 64.7% respondieron los instrumentos en papel y el 35.3% respondieron en línea a través del portal SurveyMonkey. El 15.4% de los participantes se identificaron como hombres, el 60.0% como gay/homosexual, el 15.4% como bisexual, el 4.2% como travesti y el 5.0% como transexual o mujer transgénero.

Asimismo, el 53.8% de los participantes tenían de 18 a 25 años, el 26.9% de 26 a 35 años y el 16.7% eran mayores de 35 años. En cuanto a la escolaridad de los participantes se encontró una media de 15.45 años de estudio ($Mdn= 15.50$, $DE= 3.72$), el nivel de ingreso mostró una media de 6,774.61 ($Mdn= 5,200$, $DE= 7,229.37$). En la tabla 1 se presenta la descripción de las variables biológicas y socioculturales por identidades sexuales.

En relación al contacto y comunicación con miembros de la comunidad gay, se encontró que el 47.7% de participantes se contactan con la comunidad gay a través del internet, el 52.3% por medio de los bares y/o restaurantes gays, el 29.5% por medio de grupos sociales gay y el 7.1% a través de centros comunitarios gay.

Tabla 1

Descripción de las variables biológicas y socioculturales por identidades sexuales en hombres y gay/homosexual.

	Hombre				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	27.59	25.00	7.39	18	49
Escolaridad	15.78	15.50	3.25	10	21
Ingreso propio	6544.12	4100.00	8304.48	0	40000
	Gay/homosexual				
Edad	27.50	25.00	8.88	18	65
Escolaridad	15.86	18.00	3.53	8	24
Ingreso propio	7147.15	5800.00	7515.89	0	50000
	Bisexual				
Edad	27.84	25.00	8.14	20	52
Escolaridad	15.78	18.00	3.82	6	21
Ingreso propio	6544.12	5800.00	6164.08	0	22000
	Travestí				
Edad	24.80	22.00	6.41	18	37
Escolaridad	11.30	11.00	1.95	8	14
Ingreso propio	2500.00	0	3240.37	0	8000
	Transexual/mujer transgénero				
Edad	31.33	31.00	11.43	18	46
Escolaridad	10.17	10.00	.93	9	13
Ingreso propio	3400.00	3250.00	2889.17	0	8000
	Total de identidades				
Edad	27.65	25.00	8.60	18	65
Escolaridad	15.45	15.50	3.72	6	24
Ingreso propio	6774.61	5200.00	7229.38	0	50000

Nota: M= media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, Min= valor mínimo, Max= valor máximo, n= 241

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales se encontró que la media de edad fue de 16.52 ($Mdn= 16$, $DE= 3.60$). El 13.3% de los participantes señalaron haber tenido sexo vaginal en su primera experiencia sexual, el 54% tuvo sexo anal y el 53.9% señaló haber tenido sexo oral. En la tabla 2 se muestra el tipo de sexo que tuvo en su primera experiencia sexual por identidades sexuales y se mostró significancia en cuanto a los tipos de sexo; vaginal ($\chi^2= 57.66$, $p < .001$), anal ($\chi^2= 26.00$, $p < .001$) y oral ($\chi^2= 12.98$, $p < .05$).

Tabla 2

Tipo de sexo en la primera relación sexual por identidades sexuales

Tipo de sexo	<i>Hombre</i>		<i>Gay</i>		<i>Bisexual</i>		<i>Travestí</i>		<i>Transexual</i>	
	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>
Vaginal	9	3.7	5	2.1	18	7.5	0	0	0	0
Anal	14	5.8	85	35.3	12	5.0	8	3.3	12	5.0
Oral	21	8.7	87	36.1	11	4.6	6	2.5	5	2.1
Total	44	18.2	177	73.5	41	17.1	14	5.8	17	7.1

Nota: n= 241

En relación al tipo de pareja de los participantes se encontró que el 43.2% señalaron estar en un relación íntima ($Media= .43$, $DE= .48$), el 34% tenía una pareja formal con hombre, el 5.0% pareja formal con mujer, el 26.6% pareja casual con hombre y el 7.5% pareja casual con mujer y hombre.

En la tabla 3 se muestra el tipo de relación de pareja por identidades sexuales y se presentó significancia entre los grupos de los diferentes tipos de parejas; pareja formal con hombre ($\chi^2= 13.97$, $p < .007$), pareja formal con mujer ($\chi^2= 32.11$, $p < .001$), pareja casual con hombre ($\chi^2= 14.27$, $p < .006$) y pareja casual con mujer y hombre

($\chi^2= 41.193, p < .001$). En relación al tiempo duración con su pareja actual se encontró que 16.2% tiene menos de 6 meses, el 10.0% de 6 a 12 meses, el 15.4% de 1 a 2 años, 13.3% de 3 a 5 años, el 3.7% de 5 a 8 años y el 2.1% más de 8 años.

Tabla 3

Tipo de relación de pareja por identidad sexual

Tipo de pareja	<i>Hombre</i>		<i>Gay</i>		<i>Bisexual</i>		<i>Travestí</i>		<i>Transexual</i>	
	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>
Formal hombre	9	3.7	61	25.3	5	2.1	4	1.7	3	1.2
Formal mujer	4	1.7	0	0	8	3.3	0	0	0	0
Casual hombre	8	3.3	41	17.0	6	2.5	1	0.4	8	3.3
Casual mujer y hombre	15	5.0	3	1.2	3	1.2	0	0	0	0
Total	47	18.3	152	63.0	45	18.6	10	4.2	12	4.9

Nota: n= 241

En relación al número de parejas en el último año se encontró una *media* de 10.52 (*Mdn*= 3.0, *DE*= 30.54, *min*= 0, *max*= 300). Asimismo se encontró que el 12.9% de los participantes señalaron haber tenido al menos una ITS (*Media*= .13, *DE*= .33). Las ITS que reportaron con mayor porcentaje fueron gonorrea 4.6%, sífilis 2.1%, herpes 1.7% y ladillas 1.2% y con menor porcentaje fueron el virus de papiloma .4%, candidiasis .4%, condiloma .4%, Hepatitis B .4% y el 1.7% refirió no recordar que infección tenía.

En la tabla 4 se muestran las ITS por identidades, del total de los que indicaron que tenían una ITS fue mayor en los que se identificaron como gays/homosexual (57.8%), seguidos los bisexuales (25.8%) y los que si identifican como hombres (12.9%) y con mejor porcentaje fueron los travesti y transexuales (3.2% respectivamente).

Tabla 4

Infecciones de transmisión sexual por identidad sexual

Infección	<i>Hombre</i>		<i>Gay</i>		<i>Bisexual</i>		<i>Travesti</i>		<i>Transexual</i>	
	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>
Gonorrea	2	6.5	4	12.9	5	16.1	0	0	0	0
Sífilis	0	0	3	9.7	1	3.2	0	0	1	3.2
Herpes	0	0	3	9.7	1	3.2	0	0	0	0
Ladillas	1	3.2	2	6.5	0	0	0	0	0	0
Papiloma	0	0	0	0	1	3.2	0	0	0	0
Candidiasis	1	3.2	0	0	0	0	0	0	0	0
Condiloma	0	0	1	3.2	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	1	3.2	0	0	0	0	0	0
Omitió	0	0	3	9.7	0	0	1	3.2	0	0
Total	4	12.9	17	54.8	8	25.8	1	3.2	1	3.2

Nota: n = 31 con ITS.

En la tabla 5 se muestra la estadística descriptiva y resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad, se presentó una distribución no normal.

Tabla 5

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

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	27.65	25.00	8.60	18	65	.16	.000
Escolaridad	15.45	15.50	3.72	6	24	.23	.000
Ingresos	6435.59	5100.00	6253.44	0	26000	.15	.000
Búsqueda de sensaciones sexuales	60.09	60.60	16.41	15.15	100.00	.07	.007

(continúa)

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Homofobia Internalizada	24.20	14.81	23.27	.00	92.59	.17	.000
Beneficios para el uso del condón	80.52	87.50	19.60	6.25	100.00	.17	.000
Barreras para el uso del condón	39.40	35.71	25.12	.00	100.00	.09	.000
Autoeficacia para el uso del condón	82.09	85.71	17.46	.00	100.00	.15	.000
Comunicación	82.14	85.00	19.00	.00	100.00	.17	.000
Uso correcto	81.33	83.33	19.99	.00	100.00	.18	.000
Uso consistente	83.58	91.66	21.56	.00	100.00	.23	.000
Influencias interpersonales para la conducta sexual	71.02	70.73	14.58	2.44	100.00	.06	.013
Familia	68.03	67.11	16.82	5.26	100.00	.06	.049
Pareja	73.60	75.00	17.35	.00	100.00	.06	.018
Influencias situacionales para la conducta en HSH	27.45	26.19	17.45	.00	92.86	.10	.000
Consumo de alcohol	43.29	44.44	31.54	.00	100.00	.15	.000
Consumo de drogas	13.42	.000	28.22	.00	100.00	.43	.000
Sitios de encuentro	26.76	20.83	19.77	.00	100.00	.16	.000
Conducta sexual en HSH	33.50	31.78	15.11	2.80	96.26	.10	.000
Sexo con mujeres	13.2	.00	22.03	.00	100.00	.32	.000
Sexo con hombres	60.58	62.500	28.92	.00	100.00	.13	.000
Pareja estable	45.06	48.00	26.54	.00	100.00	.16	.000
Pareja ocasional	37.88	32.00	26.11	.00	100.00	.17	.000
Trabajador/a sexual	13.18	.00	23.21	.00	100.00	.33	.000

Nota: *Media* = Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *D^a* = Estadístico de Prueba de Normalidad de *K-S* con Corrección de Lilliefors.

En la tabla 6 se presenta la consistencia de los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio. En todas las escalas se realizó prueba de Alfa de Cronbach debido a que sus respuestas son de escala tipo Likert. Los instrumentos presentaron confiabilidad interna aceptable (Burns & Grove, 2005).

Tabla. 6

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	Reactivos	Alfa de Cronbach
Búsqueda de sensaciones sexuales	11	.74
Homofobia internalizada	9	.87
Beneficios del uso del condón	4	.67
Barreras del uso del condón	7	.86
Autoeficacia del uso del condón	14	.92
Uso consistente	3	.81
Uso correcto	6	.88
Comunicación	5	.84
Provisión social para sexo seguro	41	.92
Familia	19	.86
Pareja	22	.91
Influencias situacionales para la conducta sexual en HSH	14	.82
Consumo de alcohol previo a encuentro sexual	3	.90
Consumo de drogas previo a encuentro sexual	3	.97
Sitios de encuentros para conocer parejas	8	.76
Conducta sexual en HSH	23	.85
Sexo con mujeres	4	.92

(continúa)

Instrumentos	Reactivos	Alfa de Cronbach
Sexo con hombres	4	.86
Uso de condón con pareja estable	5	.80
Uso de condón con pareja ocasional	5	.83
Uso de condón con trabajador/a sexual	5	.94

Nota: $n= 241$

Influencia de lo de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón.

En base al objetivo 1 se identificó la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en la percepción del uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia del condón). En la tabla 7, se presenta la matriz de correlación de *Spearman* de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón. La correlación entre la edad y la autoeficacia del uso del condón (comunicación con la pareja para usar el condón y uso correcto del condón), indica que los HSH de mayor edad perciben mayor autoeficacia en la comunicación con la pareja y uso correcto del condón.

La escolaridad se relacionó positivamente con los beneficios para usar el condón, la comunicación y el uso correcto del condón y negativamente con las barreras para usar el condón, lo que revela que los HSH con un nivel de escolaridad mayor perciben mayores beneficios, autoeficacia en la comunicación con la pareja y uso correcto del condón y perciben menores barreras para usar el condón. Los ingresos se relacionaron negativamente con las barreras para usar el condón, indica que los HSH de ingresos mayores perciben menores barreras para usar el condón.

También la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada se relacionaron positivamente con las barreras para usar el condón. Lo anterior señala que

los HSH que buscan sensaciones sexuales y tienen homofobia internalizada perciben mayores barreras para usar el condón.

Tabla 7

Correlación de Spearman de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón

	Beneficios	Barreras	AECOM	AECOR	AECON
Edad	.05	-.10	.16*	.14*	.08
Escolaridad	.13*	-.26**	.26**	.21**	.08
Ingresos	.07	-.14*	.20**	.13	.13
BSS	.09	.25**	.20	.13	.01
HI	.07	.14*	-.05	-.01	-.08

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

En cuanto a las identidades sexuales se puede señalar que los participantes que se identifican como bisexuales mostraron mayores puntuaciones de beneficios para usar el condón y los transexuales y travestis presentaron menores beneficios para usar el condón. Sin embargo los bisexuales obtuvieron mayor puntuación en las barreras para usar el condón y menores puntuaciones en la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, en la autoeficacia para el uso correcto y consistente del condón. Por lo que se puede indicar, que los bisexuales son los que perciben mayores beneficios para usar el condón, pero a la vez presentan mayores barreras para usar el condón y menor autoeficacia para usar el condón.

En la tabla 8 se muestran las medias de las diferencias entre grupos, identidad sexual con la percepción del uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia en la comunicación, uso correcto y consistente del condón), resultados del modelo ajustado.

Tabla 8

Medias marginales estimadas de la identidad sexual en la percepción del uso del condón

Variable dependiente		Media	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Hombre	81.28	74.72	87.84
	Homosexual/gay	80.81	77.50	84.12
	Bisexual	84.20	77.19	91.22
	Travesti	78.26	65.22	91.31
	Transexual	65.59	53.91	77.26
Barreras	Hombre	41.08	32.98	49.18
	Homosexual/gay	38.03	33.95	42.12
	Bisexual	44.26	35.60	52.93
	Travesti	42.55	26.45	58.65
	Transexual	36.86	22.45	51.27
AECOM	Hombre	83.00	76.86	89.16
	Homosexual/gay	81.25	78.15	84.35
	Bisexual	81.25	74.67	87.82
	Travesti	85.02	72.81	97.24
	Transexual	92.82	81.88	103.75
AECOR	Hombre	81.06	74.08	88.05
	Homosexual/gay	81.39	77.87	84.92
	Bisexual	77.30	69.83	84.78
	Travesti	88.95	75.06	102.84
	Transexual	86.29	73.86	98.73

(continúa)

Variable dependiente		Media	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
AECOM	Hombre	88.09	80.59	95.60
	Homosexual/gay	81.49	77.70	85.27
	Bisexual	78.09	70.06	86.12
	Travesti	93.67	78.75	108.60
	Transexual	96.70	83.34	110.06

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Escolaridad= 15.35, Ingreso= 6453.18, búsqueda de sensaciones sexuales= 59.77, homofobia internalizada= 23.75, AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECOM= autoeficacia en el uso consistente del condón.

Para determinar el efecto de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón se realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 9 y 10 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. La edad, la escolaridad, los ingresos, la identidad sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 15.7% de la varianza en las barreras para usar el condón. El modelo fue estadísticamente significativo ($F_{[9,210]} = 4.35, p < .001$) y los valores de las variables de identidad sexual (hombre, homosexual/gay y bisexual) mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que se identifican como hombres, homosexuales/gay y bisexuales incrementan 15.69, 15.22 y 18.62 puntos respectivamente en las barreras del uso condón.

Asimismo, se encontró que la edad, la escolaridad, los ingresos, la identidad, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 11.9% de la varianza en la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, el modelo fue estadísticamente significativo ($F_{[9,210]} = 3.14, p < .001$) y los valores de las variables de identidad sexual (homosexual/gay) y la escolaridad mostraron pesos

estadísticamente significativos. Los HSH que se identifican como homosexuales o gay disminuye -11.57 puntos y la escolaridad incrementa 1.47 puntos en la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón. Los modelos para predecir los beneficios del uso del condón ($F_{[9,210]}= 1.87, p < .058$), la autoeficacia para el uso correcto del condón ($F_{[9,210]}= 1.74, p < .082$) y la autoeficacia para el uso consistente del condón ($F_{[9,210]}= 1.36, p < .211$) no fueron significativos.

Tabla 9

Modelo general lineal multivariante “Inicial” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Intersección	46.04	.00	26.71	63.38
	Hombre	15.69	.02	2.22	29.15
	Homosexual/gay	15.22	.02	2.99	27.45
	Bisexual	18.62	.00	4.64	32.60
	Travesti	12.67	.14	-4.05	29.40
	Transexual				
	Edad	.17	.30	-.15	.48
	Escolaridad	.43	.29	-.37	1.23
	Ingresos	-3.05	.90	.00	.00
	BSS	.13	.10	-.03	.29
	HI	.03	.62	-.09	.15
Barreras	Intersección	32.69	.00	8.83	56.55
	Hombre	4.22	.62	-12.40	20.84
	Homosexual/gay	1.17	.88	-13.91	16.27
	Bisexual	7.40	.40	-9.85	24.66
	Travesti	5.69	.59	-14.95	26.34

(continúa)

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Transexual				
Edad	.06	.75	-.33	.45
Escolaridad	-1.45	.00	-2.43	-.47
Ingresos	.00	.33	-.00	.00
BSS	.41	.00	.22	.61
HI	.08	.31	-.07	.22
AECOM				
Intersección	72.40	.00	54.30	90.50
Hombre	-9.81	.13	-22.42	2.80
Homosexual/gay	-11.57	.05	-23.02	-.12
Bisexual	-11.57	.08	-24.66	1.53
Travesti	-7.79	.33	-23.46	7.87
Transexual				
Edad	-.11	.48	-.40	.19
Escolaridad	1.47	.00	.73	2.21
Ingresos	.00	.05	4.33	.00
BSS	-.04	.59	-.19	.11
HI	.01	.82	-.10	.12
AECOR				
Intersección	62.60	.00	42.00	83.19
Hombre	-5.23	.47	-19.57	9.11
Homosexual/gay	-4.90	.46	-17.93	8.12
Bisexual	-8.99	.24	-23.88	5.90
Travesti	2.65	.77	-15.16	20.47
Transexual				
Edad	.00	.10	-.34	.34
Escolaridad	1.39	.00	.54	2.24
Ingresos	.00	.41	.00	.00
BSS	.00	.92	-.17	.16
HI	.00	.32	-.06	.19

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
AECOR	Intersección	80.30	.00	58.18	102.42
	Hombre	-8.60	.27	-24.00	6.80
	Homosexual/gay	-15.21	.03	-29.20	-1.22
	Bisexual	-18.61	.02	-34.61	-2.62
	Travesti	-3.03	.76	-22.16	16.11
	Transexual				
	Edad	.03	.87	-.33	.39
	Escolaridad	.93	.05	.02	1.84
	Ingresos	.00	.47	.00	.00
	BSS	-.03	.75	-.21	.15
	HI	.08	.27	-.06	.21

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, AECOR= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECOR= autoeficacia en el uso consistente del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 10

Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Intersección	46.04	.00	24.35	64.28
	Hombre	15.69	.03	2.33	31.42
	Homosexual/gay	15.22	.02	2.89	28.98
	Bisexual	18.62	.02	4.22	34.49
	Travesti	12.67	.21	-9.83	32.30
	Transexual	0		0	0
	Edad	.17	.23	-.10	.46

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>		
			<i>bilateral</i>	<i>Límite inferior</i> <i>Límite superior</i>	
	Escolaridad	.43	.26	-33	1.22
	Ingresos	-3.05	.91	-.00	.00
	BSS	.13	.15	-.04	.32
	HI	.03	.62	-.10	.15
Barreras	Intersección	32.69	.00	9.54	56.85
	Hombre	4.22	.63	-14.75	19.66
	Homosexual/gay	1.17	.88	-14.91	15.38
	Bisexual	7.40	.41	-11.23	25.03
	Travesti	5.69	.61	-19.93	30.64
	Transexual	0		0	0
	Edad	.06	.74	-.37	.47
	Escolaridad	-1.45	.00	-2.43	-.37
	Ingresos	.00	.36	-.00	.00
	BSS	.41	.00	.24	.61
	HI	.08	.31	-.06	.23
AECOM	Intersección	72.40	.00	54.52	89.86
	Hombre	-9.81	.06	-20.15	.61
	Homosexual/gay	-11.57	.02	-20.80	-2.84
	Bisexual	-11.57	.08	-24.59	1.13
	Travesti	-7.79	.05	-15.88	.51
	Transexual	0		0	0
	Edad	-.11	.57	-.47	.25
	Escolaridad	1.47	.00	.51	2.39
	Ingresos	.00	.02	5.32	.00
	BSS	-.04	.66	-.21	.14
	HI	.01	.84	-.10	.12
AECOR	Intersección	62.60	.00	35.88	87.35
	Hombre	-5.23	.50	-19.72	12.83

(continúa)

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Homosexual/gay	-4.90	.50	-20.00	11.27
Bisexual	-8.99	.35	-27.99	10.53
Travesti	2.65	.70	-10.98	17.96
Transexual	0		0	0
Edad	.00	1.00	-.43	.41
Escolaridad	1.39	.01	.33	2.49
Ingresos	.00	.35	.00	.00
BSS	-.00	.93	-.20	.19
HI	.07	.35	-.08	.21
AECON				
Intersección	80.30	.00	56.07	100.94
Hombre	-8.60	.14	-20.37	2.38
Homosexual/gay	-15.21	.01	-26.72	-4.12
Bisexual	-18.61	.03	-35.12	-2.41
Travesti	-3.03	.56	-13.33	7.87
Transexual	0		0	0
Edad	.03	.89	-.37	.45
Escolaridad	.93	.14	-.23	2.10
Ingresos	.00	.51	.00	.00
BSS	-.03	.75	-.22	.18
HI	.08	.30	-.06	.22

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Posteriormente al análisis de modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial, se identificaron de las variables estadísticamente significativas y se utilizó la técnica de “backward” manualmente, esta consiste en eliminar las variables que no fueron significativas dentro del modelo, los modelos que fueron surgiendo de la técnica de “backward” se encuentran en apéndice K. Las

variables de edad, ingresos y homofobia internalizada fueron eliminados de los modelos debido a que no fueron estadísticamente significativos.

En la tabla 11 y 12 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo indica que la escolaridad, la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales explicaron 7.8% de la varianza en los beneficios para usar el condón ($F_{[6,231]} = 3.27, p < .001$) y los valores de las variables de identidad sexual (hombre, homosexual/gay y bisexual) mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que se identifican como hombres incrementa 15.21 puntos, los que se identifican como homosexuales/gay incrementa 15.00 puntos y los que se identifican como bisexuales aumenta 19.95 puntos en los beneficios para usar el condón. También la escolaridad, la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales explicaron el 14.7% de la varianza en las barreras para usar el condón ($F_{[6,231]} = 6.66, p < .001$). Se puede decir que los HSH con mayor escolaridad disminuye -1.63 puntos y la búsqueda de sensaciones sexuales aumenta .40 puntos en las barreras para usar el condón.

Asimismo, el modelo señala que la escolaridad, la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales explicaron el 10.1% de la varianza en la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón ($F_{[6,231]} = 4.32, p < .001$). Los HSH que se identifican como homosexuales/gay disminuye -11.39 puntos y la escolaridad aumenta 1.70 puntos en la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón. La autoeficacia en el uso correcto del condón en las tres variables independientes explicaron el 6.0% de la varianza ($F_{[6,231]} = 2.44, p < .027$). La escolaridad de los HSH aumenta 1.41 puntos autoeficacia en el uso correcto del condón. El modelo para predecir la autoeficacia en el uso consistente del condón en las tres variables independientes no fue significativo ($F_{[6,231]} = 1.99, p < .068$).

Tabla 11

Modelo general lineal multivariante “Final” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Intersección	52.28	.00	35.97	68.58
	Hombre	15.21	.02	2.00	28.40
	Homosexual/gay	15.00	.02	2.95	27.06
	Bisexual	19.95	.00	6.69	33.20
	Travesti	4.22	.59	-11.73	20.57
	Transexual				
	Escolaridad	.34	.37	-.39	1.06
	BSS	.14	.08	-.01	.29
Barreras	Intersección	37.71	.00	17.90	57.52
	Hombre	3.74	.65	-12.30	19.78
	Homosexual/gay	1.10	.88	-13.54	15.74
	Bisexual	7.50	.36	-8.61	23.60
	Travesti	5.94	.55	-13.68	25.57
	Transexual				
	Escolaridad	-1.63	.00	-2.51	-.75
	BSS	.40	.00	.22	.58
AECOM	Intersección	68.57	.00	53.10	84.04
	Hombre	-9.57	.13	-22.09	2.96
	Homosexual/gay	-11.39	.05	-22.82	.05
	Bisexual	-9.88	.12	-22.45	2.70
	Travesti	-7.30	.35	-22.62	8.03
	Transexual				
	Escolaridad	1.70	.00	1.01	2.39
	BSS	-.04	.56	-.18	.10

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
AECOR	Intersección	64.61	.00	47.85	81.38
	Hombre	-4.19	.54	-17.76	9.38
	Homosexual/gay	-4.27	.50	-16.66	8.13
	Bisexual	-6.71	.33	-20.34	6.92
	Travesti	2.77	.74	-13.83	19.38
	Transexual				
	Escolaridad	1.41	.00	.66	2.15
	BSS	-.01	.87	-.17	.14
AECON	Intersección	81.85	.00	63.81	99.89
	Hombre	-8.14	.27	-22.74	6.47
	Homosexual/gay	-14.78	.03	-28.11	-1.44
	Bisexual	-15.85	.03	-30.52	-1.19
	Travesti	-2.99	.74	-20.87	14.87
	Transexual				
	Escolaridad	1.04	.01	.23	1.84
	BSS	-.02	.78	-.19	.14

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 12

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la percepción del uso del condón

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Intersección	52.28	.00	34.86	68.89
	Hombre	15.21	.02	2.44	29.10
	Homosexual/gay	15.00	.02	2.78	28.30

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>		
			<i>bilateral</i>	<i>Límite inferior</i> <i>Límite superior</i>	
	Bisexual	19.95	.00	6.57	33.45
	Travesti	4.42	.71	-20.49	23.89
	Transexual	0		0	0
	Escolaridad	.34	.34	-.34	.99
	BSS	.14	.12	-.02	.32
Barreras	Intersección	37.71	.00	18.55	56.18
	Hombre	3.74	.68	-12.40	20.25
	Homosexual/gay	1.10	.89	-14.39	15.88
	Bisexual	7.50	.41	-8.43	24.02
	Travesti	5.94	.58	-16.41	27.20
	Transexual	0		0	0
	Escolaridad	-1.63	.00	-2.47	-.79
	BSS	.40	.00	.23	.57
AECOM	Intersección	68.57	.00	55.42	81.16
	Hombre	-9.57	.06	-19.91	-.21
	Homosexual/gay	-11.39	.01	-19.39	-2.47
	Bisexual	-9.88	.07	-19.87	.89
	Travesti	-7.30	.04	-14.45	-.42
	Transexual	0		0	0
	Escolaridad	1.70	.00	.78	2.59
	BSS	-.04	.63	-.21	.14
AECOR	Intersección	64.61	.00	45.62	81.07
	Hombre	-4.19	.58	-17.77	11.16
	Homosexual/gay	-4.27	.53	-16.24	10.35
	Bisexual	-6.71	.41	-24.18	10.34
	Travesti	2.77	.68	-8.44	17.12
	Transexual	0		0	0

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Escolaridad	1.41	.00	.50	2.33
BSS	-.01	.90	-.20	.19
AECON				
Intersección	81.85	.00	65.31	97.89
Hombre	-8.14	.10	-19.14	1.59
Homosexual/gay	-14.78	.00	-25.36	-4.86
Bisexual	-15.85	.01	-28.80	-3.94
Travesti	-2.99	.54	-12.09	6.27
Transexual	0		0	0
Escolaridad	1.04	.06	-.06	2.10
BSS	-.02	.81	-.210	.18

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Efecto de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH.

Referente al objetivo 2 se determinó el efecto de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH (familia y pareja). En la tabla 13, se presenta la matriz de correlación de *Spearman* de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH.

La correlación entre el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras se relacionó positivamente con la escolaridad y negativamente con la búsqueda de sensaciones sexuales. Lo anterior indica que los HSH con mayor escolaridad tienen mayor apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras y los HSH que buscan sensaciones sexuales tienen menor apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales

seguras. Los factores biológicos, socioculturales y psicológicos no mostraron relación con el apoyo de la familia para realizar conductas sexuales seguras.

Tabla 13

Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

	Apoyo de la familia	Apoyo de la pareja
Edad	.06	.06
Escolaridad	.05	.15*
Ingresos	-.02	-.03
BSS	-.07	-.16*
HI	-.06	-.11

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, * $p < .05$, $n = 241$

En relación a las identidades sexuales se puede apreciar en la tabla 14 que las medias marginales estimadas para los transexuales y travestis es mayor en el apoyo de la familia para realizar conductas sexuales seguras y menor para los que se identifican como bisexuales. De forma similar los que se identifican como transexuales o gay tienen mayores puntuaciones de las medias en el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras y menor puntuación para los que se identifican como bisexuales.

Los resultados que se presentan en la tabla 14 hacen referencia a las medias del modelo ajustado y se puede apreciar que los HSH que se identifican como bisexuales cuentan con menor apoyo por parte de la familia y la pareja para realizar conductas sexuales seguras.

Tabla 14

Medias marginales estimadas de la identidad sexual en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		Media	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Apoyo de la Familia	Hombre	71.23	65.55	76.91
	Homosexual/gay	68.10	65.23	70.96
	Bisexual	61.07	54.99	67.14
	Travesti	74.59	63.29	85.88
	Transexual	72.23	62.13	82.34
Apoyo de la Pareja	Hombre	73.25	67.41	79.10
	Homosexual/gay	74.55	71.60	77.50
	Bisexual	69.90	63.65	76.15
	Travesti	70.60	58.99	82.22
	Transexual	78.07	67.68	88.47

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Edad= 27.66, Escolaridad= 15.35, Ingresos= 6453.18, búsqueda de sensaciones= 59.77, homofobia internalizada= 23.75.

Para identificar el efecto de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales se realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 15 y 16 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo muestra que la edad, la escolaridad, los ingresos, la identidad, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 10.3% de la varianza en el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras explicó el 10.3% de la varianza. El modelo fue estadísticamente significativo ($F_{[9,210]} = 2.61, p < .001$) y los valores de las variables de escolaridad y búsqueda de sensaciones sexuales mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH con mayor escolaridad incrementa 1.07

puntos y los que buscan sensaciones sexuales disminuye -.19 puntos en el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras. El modelo para predecir el apoyo de la familia para realizar conductas sexuales seguras no fue significativo

($F_{[9,210]}= 1.67, p < .098$).

Tabla 15

Modelo general lineal multivariante "Inicial" de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Apoyo de la Familia	Intersección	65.61	.00	48.87	82.34
	Hombre	-1.00	.87	-12.66	10.65
	Homosexual/gay	-4.14	.44	-14.72	6.45
	Bisexual	-11.17	.07	-23.27	.93
	Travesti	2.35	.75	-12.13	16.83
	Transexual				
	Edad	.12	.37	-.15	.40
	Escolaridad	.71	.04	.02	1.40
	Ingresos	.00	.52	-.00	.00
	BSS	-.12	.08	-.26	.01
HI	.02	.77	-.09	.12	
Apoyo de la Pareja	Intersección	76.78	.00	59.56	93.99
	Hombre	-4.82	.43	-16.81	7.17
	Homosexual/gay	-3.52	.52	-14.41	7.37
	Bisexual	-8.17	.20	-20.62	4.28
	Travesti	-7.47	.32	-22.37	7.43
	Transexual				
	Edad	-.01	.95	-.29	.27
	Escolaridad	1.07	.00	.35	1.77
	Ingresos	.00	.15	-.00	.00
	BSS	-.19	.00	-.33	-.05
HI	-.06	.23	-.17	.04	

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 16

Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				bilateral	Límite inferior	Límite superior
Apoyo de la familia	Intersección	65.61	.00	49.13	83.64
	Hombre	-1.00	.86	-12.95	10.96
	Homosexual/gay	-4.14	.44	-15.06	6.66
	Bisexual	-11.17	.10	-24.31	2.58
	Travesti	2.35	.74	-12.62	17.13
	Transexual	0		0	0
	Edad	.12	.45	-.22	.46
	Escolaridad	.71	.06	-.03	1.47
	Ingresos	.00	.54	-.00	.00
	BSS	-.12	.09	-.27	.02
	HI	.02	.77	-.08	.12
Apoyo de la pareja	Intersección	76.78	.00	60.39	94.26
	Hombre	-4.82	.46	-17.21	7.29
	Homosexual/gay	-3.52	.54	-14.81	7.65
	Bisexual	-8.17	.28	-23.26	6.12
	Travesti	-7.47	.23	-21.34	4.76
	Transexual	0		0	0
	Edad	-.01	.95	-.33	.31
	Escolaridad	1.07	.00	.19	1.82
	Ingresos	.00	.13	-.00	.00
	BSS	-.19	.01	-.32	-.05
	HI	-.06	.35	-.21	.06

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Para realizar el modelo final de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH se realizó la técnica de “*backward*” donde se fueron eliminando las variables que no fueron significativas, los modelos que surgieron de la técnica “*backward*” se encuentran en apéndices L. La edad, los ingresos, la identidad y la homofobia internalizada fueron eliminados debido a que no presentaron significancia dentro del modelo.

En la tabla 17 y 18 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo muestra que la escolaridad y la búsqueda de sensaciones sexuales en el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras explicó el 5.6% de la varianza ($F_{[2,235]}= 7.02, p < .001$) y los valores de las variables mostraron pesos estadísticamente significativos. La escolaridad de los HSH incrementa .77 puntos y la búsqueda de sensaciones sexuales disminuye -.17 puntos en el apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras. El modelo para predecir el apoyo de la familia para realizar conductas sexuales seguras en las dos variables no fue significativo ($F_{[2,235]}= 1.92, p < .150$).

Tabla 17

Modelo general lineal multivariante “Final” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Apoyo de la Familia	Intersección	67.77	.00	55.26	80.27
	Escolaridad	.38	.20	-.20	.96
	BSS	-.09	.17	-.22	.04
Apoyo de la Pareja	Intersección	71.92	.00	58.31	84.53
	Escolaridad	.77	.01	.18	1.35
	BSS	-.17	.01	-.30	-.03

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 18

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				<i>bilateral</i>		Límite inferior	Límite superior
Familia	Intersección	67.77	.00	54.91	80.99
	Escolaridad	.38	.24	-.29	1.05
	BSS	-.09	.24	-.23	.05
Pareja	Intersección	71.92	.00	60.76	83.03
	Escolaridad	.77	.03	.10	1.44
	BSS	-.17	.02	-.30	-.03

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Influencia de los factores biológicos, socioculturales, psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH.

En relación con el objetivo 3, se identificó la influencia que tienen los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH (consumo de alcohol, drogas previo al encuentro sexual y sitios para conocer parejas). En la tabla 19 se muestra la matriz de correlación de *Spearman* de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH.

La correlación entre la edad y el consumo de drogas previo al encuentro sexual y asistir a sitios para conocer parejas, indica que los HSH de mayor edad consumen con menor frecuencia drogas previo al encuentro sexual y asisten con mayor frecuencia a sitios de encuentro para conocer parejas. Asimismo, la escolaridad se relacionó negativamente con el consumo de alcohol previo al encuentro sexual y los ingresos positivamente con la asistencia a sitios de encuentros para conocer parejas. Lo anterior

señala que los HSH que tienen mayor escolaridad consumen con menor frecuencia alcohol previo al encuentro sexual y los HSH con mayores ingresos asisten con mayor frecuencia a sitios de encuentro para conocer parejas.

La correlación entre la búsqueda de sensaciones sexuales entre el consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios para conocer parejas, indica que los HSH que buscan sensaciones sexuales consumen con mayor frecuencia alcohol, drogas y asisten más a sitios de encuentro para conocer parejas. También la homofobia internalizada se correlacionó con positivamente con el consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual. Los HSH que tienen homofobia internalizada consumen con mayor frecuencia alcohol y drogas previo al encuentro sexual.

Tabla 19

Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH

	Alcohol	Drogas	Sitios
Edad	.02	-.14*	.16*
Escolaridad	-.18**	-.13	.02
Ingresos	-.06	-.06	.16*
BSS	.26**	.20**	.39**
HI	.22**	.14*	.02

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI = Homofobia internalizada, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas. ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

En la tabla 20 se muestran las medias marginales estimadas por identidad sexual y se puede señalar que los valores de las medias son similares entre los grupos de identidad sexual, sin embargo, los que muestran mayores puntuaciones en las medias del

consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios para conocer parejas sexuales son los que se identifican como hombres y los travesti.

Tabla 20

Medias marginales estimadas de la identidad sexual en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		Media	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Hombre	48.29	37.64	58.95
	Homosexual/gay	41.80	36.47	47.13
	Bisexual	44.71	33.99	55.41
	Travesti	47.71	26.68	68.73
	Transexual	42.40	23.48	61.32
Drogas	Hombre	18.24	8.68	27.81
	Homosexual/gay	10.39	5.61	15.18
	Bisexual	14.40	4.79	24.00
	Travesti	27.82	8.95	46.69
	Transexual	15.87	-1.11	32.85
Sitios	Hombre	31.66	25.41	37.92
	Homosexual/gay	25.23	22.100	28.36
	Bisexual	21.90	15.62	28.19
	Travesti	29.04	16.70	41.38
	Transexual	24.54	13.43	35.65

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Edad= 27.66, Escolaridad= 15.35, Ingresos= 6453.18, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas.

Para conocer el efecto de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para conducta sexual en HSH, se realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 21 y 22 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. La

edad, la escolaridad, los ingresos, la identidad, la búsqueda de sensaciones y la homofobia internalizada explicaron el 14.5% de la varianza en el consumo del alcohol. El modelo fue estadísticamente significativo ($F_{[9,210]}= 3.95, p < .001$) y los valores de las variables de búsqueda de sensaciones y homofobia internalizada mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementa .50 puntos y los que tienen homofobia internalizada incrementa .27 puntos en el consumo del alcohol previo al encuentro sexual.

Las seis variables independientes explicaron el 8.4% de la varianza en el consumo de drogas previo al encuentro sexual. El modelo fue estadísticamente significativo ($F_{[9,210]}= 2.13, p < .003$) y los valores de la variable de búsqueda de sensaciones sexuales mostró peso estadísticamente significativo, indicando que los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementa .31 puntos en el consumo de drogas previo al encuentro sexual. Asimismo, las variables independientes explicaron el 17.6% de la varianza la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas, fue estadísticamente significativo ($F_{[9,210]}= 4.98, p < .001$) y mostró mayor peso en la búsqueda de sensaciones sexuales. Los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementan .37 puntos en la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas.

Tabla 21

Modelo general lineal multivariante Inicial de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Intersección	21.05	.17	-8.93	51.04
	Hombre	1.78	.87	-19.10	22.66
	Homosexual/gay	-2.44	.80	-21.41	16.53

(continúa)

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Bisexual	-5.09	.64	-26.77	16.59
Travesti	6.98	.60	-18.97	32.92
Transexual				
Edad	.24	.33	-.25	.73
Escolaridad	-1.05	.10	-2.28	.19
Ingresos	.00	.28	-.00	.00
BSS	.50	.00	.26	.74
HI	.27	.00	.08	.45
Drogas				
Intersección	11.88	.40	-15.98	39.73
Hombre	.91	.93	-18.49	20.30
Homosexual/gay	-6.17	.49	-23.79	11.45
Bisexual	-2.91	.78	-23.05	17.23
Travesti	12.25	.32	-11.85	36.34
Transexual				
Edad	-.12	.62	-.57	.34
Escolaridad	-.75	.20	-1.90	.40
Ingresos	-4.57	.89	-.00	.00
BSS	.31	.00	.09	.54
HI	.06	.53	-.12	.23
Sitios				
Intersección	-4.26	.63	-21.68	13.17
Hombre	5.51	.37	-6.63	17.64
Homosexual/gay	-.08	.99	-11.11	10.94
Bisexual	-3.93	.54	-16.54	8.67
Travesti	4.75	.54	-10.33	19.83
Transexual				
Edad	.25	.09	-.04	.53
Escolaridad	-.20	.59	-.92	.52
Ingresos	.00	.09	-5.50	.00
BSS	.37	.00	.23	.51
HI	.05	.35	-.06	.16

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 22

Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				<i>bilateral</i>	Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Intersección	21.05	.19	-12.39	51.02
	Hombre	1.78	.90	-21.21	26.81
	Homosexual/gay	-2.44	.80	-23.26	20.63
	Bisexual	-5.09	.65	-29.66	21.90
	Travesti	6.98	.56	-17.72	33.71
	Transexual	0		0	0
	Edad	.24	.35	-.32	.79
	Escolaridad	-1.05	.08	-2.22	.13
	Ingresos	.00	.23	-.00	.00
	BSS	.50	.00	.26	.73
	HI	.27	.00	.09	.44
Drogas	Intersección	11.88	.42	-17.47	40.90
	Hombre	.91	.95	-24.91	24.80
	Homosexual/gay	-6.17	.57	-28.84	14.25
	Bisexual	-2.91	.83	-28.72	21.87
	Travesti	12.25	.43	-19.23	43.40
	Transexual	0		0	0
	Edad	-.12	.70	-.68	.48
	Escolaridad	-.75	.19	-1.89	.35
	Ingresos	-4.57	.89	-.00	.00
	BSS	.31	.01	.10	.54
	HI	.06	.53	-.13	.23
Sitios	Intersección	-4.26	.65	-22.30	14.14
	Hombre	5.51	.44	-7.51	17.30

(continúa)

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			bilateral	Límite inferior	Límite superior
Homosexual/gay	-.08	.99	-11.83	10.71
Bisexual	-3.93	.53	-15.91	8.97
Travesti	4.75	.47	-8.89	18.45
Transexual	0		0	0
Edad	.25	.20	-.11	.61
Escolaridad	-.20	.57	-.99	.44
Ingresos	.00	.12	-8.67	.00
BSS	.37	.00	.23	.52
HI	.05	.35	-.05	.15

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Para realizar el modelo final de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH se realizó la técnica de “*backward*” manualmente, donde se eliminaron las variables que no fueron significativas, los modelos que surgieron y fueron eliminados de la técnica “*backward*” se encuentran en apéndice M. La edad, la escolaridad y la identidad fueron eliminadas debido a que no presentaron significancia dentro del modelo.

En la tabla 23 y 24 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo indica que los ingresos, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 11.6% de la varianza en el consumo del alcohol previo al encuentro sexual ($F_{[3,218]} = 9.67$, $p < .001$) y los valores de las variables de búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementa .53 puntos y la homofobia internalizada incrementa .25 puntos en el consumo del alcohol previo al encuentro sexual.

Las tres variables independientes explicaron el 4.5% de la varianza en el consumo de drogas previo al encuentro sexual ($F_{[3,218]}= 3.45, p < .002$). La búsqueda de sensaciones sexuales presentó significancia, los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementa .33 puntos en el consumo de drogas previo al encuentro sexual. A su vez, los ingresos, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 14.0% de la varianza en la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ($F_{[3,218]}= 11.81, p < .001$), los valores de las variables de ingresos y búsqueda de sensaciones sexuales presentaron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementan .39 puntos y los ingresos a valores de 0 en la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas

Tabla 23

Modelo general lineal multivariante "Final" de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Intersección	9.40	.25	-6.62	25.42
	Ingresos	-.00	.07	-.00	4.23
	BS	.53	.00	.29	.77
	HI	.25	.00	.08	.42
Drogas	Intersección	-5.84	.44	-20.72	9.05
	Ingresos	.00	.20	-.00	.00
	BS	.33	.00	.11	.56
	HI	.07	.42	-.09	.22
Sitios	Intersección	-.66	.89	-10.02	8.71
	Ingresos	.00	.04	-1.38	.00
	BS	.39	.00	.25	.53
	HI	.04	.48	-.06	.14

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 24

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				bilateral	Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Intersección	9.40	.26	-6.02	25.65
	Ingresos	-.00	.05	-.00	2.74
	BS	.53	.00	.30	.76
	HI	.25	.00	.08	.41
Drogas	Intersección	-5.84	.35	-.18.04	6.26
	Ingresos	.00	.18	.00	.00
	BS	.33	.00	.11	.57
	HI	.07	.40	-.08	.22
Sitios	Intersección	-.66	.87	-8.69	7.81
	Ingresos	.00	.10	-6.10	.00
	BS	.39	.00	.24	.53
	HI	.04	.46	.06	.13

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Influencia de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual de los HSH.

En cuanto al objetivo 4 se demostró la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en la conducta sexual en los HSH (frecuencia de sexo con hombre y con mujer, sexo sin condón con pareja

estable, ocasional y trabajador/a sexual). En la tabla 25, se presenta la matriz de correlación de *Spearman* de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en los HSH.

La correlación entre la búsqueda de sensaciones sexuales y la conducta sexual en HSH (sexo con hombres y sexo con pareja ocasional y trabajador/a sexual sin uso del condón), indica que los HSH que buscan sensaciones sexuales tienen mayores relaciones sexuales con hombres, relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional y trabajador/a sexual. La homofobia internalizada se relacionó positivamente con mayor frecuencia de sexo con mujeres. Los HSH que tienen homofobia internalizada tienen con mayor frecuencia relaciones sexuales con mujeres. La edad, la escolaridad y los ingresos nos mostraron correlación con la conducta sexual en HSH.

Tabla 25

Correlación de Spearman de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual de los HSH

	FRSM	FRSH	FRSPESC	FRSPOSC	FRSTSSC
Edad	.01	.09	-.06	-.12	.10
Escolaridad	-.00	.00	.08	-.02	-.09
Ingresos	.05	.05	.07	.02	.00
BSS	-.01	.19**	.06	.14*	.21**
HI	.25**	-.11	.10	.07	.01

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

En cuanto a las medias marginales estimadas de las identidades sexuales se puede apreciar en la tabla 26 que los que se identifican como transexuales u hombres

mostraron mayores puntuaciones en las medias estimadas en la mayor frecuencia de sexo con hombres y menores puntuaciones en los que se identifican como bisexuales. En relación al sexo con mujeres se mostraron puntuaciones de las medias mayormente en los que se identifican como bisexuales u hombres y menor puntuación en los que se identifican como transexuales.

Las relaciones sexuales con la pareja estable sin uso del condón presentaron mayores puntuaciones de las medias en los que se identifican como bisexuales u hombres y menores puntuaciones en los transexuales.

Las relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón mostraron mayores puntuaciones de las medias en los que si identifican como hombres o bisexuales y menores puntuaciones en los que se identifican como travesti.

Las relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón presentaron mayores puntuaciones en los que se definen como bisexuales y menores puntuaciones en los que se identifican como transexuales. Por lo que se puede deducir, que los HSH que se identifican como bisexuales son los que tienen mayor riesgo de transmisión de ITS o VIH.

Tabla 26

Medias marginales estimadas de la identidad sexual en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		Media	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
FRSH	Hombre	68.769	59.258	78.280
	Homosexual/gay	60.801	56.044	65.559
	Bisexual	43.700	34.144	53.255
	Travesti	61.359	42.597	80.121
	Transexual	81.749	64.862	98.636
FRSM	Hombre	27.983	21.198	34.768

(continúa)

Variable dependiente		Media	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
	Homosexual/gay	6.586	3.192	9.980
	Bisexual	31.238	24.422	38.055
	Travesti	.750	-12.634	14.134
	Transexual	-.478	-12.524	11.569
FRSPESC	Hombre	51.046	41.975	60.117
	Homosexual/gay	45.731	41.194	50.269
	Bisexual	50.101	40.988	59.214
	Travesti	30.418	12.524	48.312
	Transexual	26.177	10.071	42.283
FRSPOSC	Hombre	43.729	34.721	52.738
	Homosexual/gay	38.191	33.685	42.698
	Bisexual	40.558	31.508	49.607
	Travesti	23.518	5.749	41.288
	Transexual	29.950	13.956	45.944
FRSTSSC	Hombre	12.029	4.124	19.934
	Homosexual/gay	12.265	8.311	16.219
	Bisexual	17.167	9.225	25.108
	Travesti	13.508	-2.085	29.102
	Transexual	7.644	-6.391	21.679

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se valúan en los siguientes valores: Edad= 27.66, Escolaridad= 15.35, Ingresos= 6453.18, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón.

Para identificar el efecto de los factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH se realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 27 y 28 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo indica

que la edad, la escolaridad, los ingresos, la identidad, la búsqueda de sensaciones sexuales y la homofobia internalizada explicaron el 11.2% de la varianza en la frecuencia de sexo con hombres ($F_{[9,210]} = 2.95, p < .001$), los valores de las variables de identidad sexual (homosexual/gay y bisexual) mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que se identifican como homosexual/gay disminuye -21.27 puntos, en los que se identifican como bisexuales disminuye -37.98 puntos en la frecuencia de sexo con hombres. Las variables independientes explicaron el 25.5% de la varianza en la frecuencia de sexo con mujeres ($F_{[9,210]} = 7.98, p < .001$), los HSH que se identifican como hombres incrementa 27.49 puntos y los que se identifican como bisexuales incrementa 29.24 puntos en la frecuencia de sexo con mujeres.

Las variables independientes de edad, escolaridad, ingresos, identidad, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada explicaron el 7.6% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón ($F_{[9,210]} = 1.93, p < .005$), los HSH que se identificaron como hombres incrementa 23.18 puntos, los que se identifican como homosexual/gay incrementa 18.80 puntos y los que se identifican como bisexuales incrementa 20.81 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón. Asimismo, las seis variables independientes explicaron el 8.7% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón ($F_{[9,210]} = 2.21, p < .002$). Los HSH que buscan sensaciones sexuales incrementan .30 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón. La frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón no fue significativa ($F_{[9,210]} = 1.54, p < .140$).

Tabla 27

Modelo general lineal multivariante “Inicial” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	54.16	.00	26.19	82.13
	Hombre	-13.62	.17	-33.09	5.86
	Homosexual/gay	-21.27	.02	-38.96	-3.58
	Bisexual	-37.98	.00	-58.21	-17.76
	Travesti	-20.44	.10	-44.63	3.76
	Transexual				
	Edad	.17	.45	-.28	.63
	Escolaridad	.57	.33	-.58	1.72
	Ingresos	.00	.46	.00	.00
	BSS	.21	.07	-.01	.44
	HI	.00	.99	-.17	.17
FRSM	Intersección	.07	.99	-19.95	20.08
	Hombre	27.49	.00	13.55	41.43
	Homosexual/gay	6.65	.30	-6.01	19.31
	Bisexual	29.24	.00	14.77	43.72
	Travesti	1.80	.84	-15.51	19.12
	Transexual				
	Edad	.08	.64	-.25	.41
	Escolaridad	-.50	.24	-1.32	.33
	Ingresos	.00	.41	.00	.00
	BSS	.04	.65	-.12	.20
	HI	.09	.16	-.04	.21
FRSPESC	Intersección	19.54	.15	-7.05	46.13
	Hombre	23.18	.02	4.66	41.70

(continúa)

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Homosexual/gay	18.80	.03	1.98	35.62
Bisexual	20.81	.03	1.58	40.04
Travesti	4.95	.67	-18.06	27.95
Transexual				
Edad	-.21	.34	-.64	.23
Escolaridad	-.12	.83	-1.21	.98
Ingresos	.00	.65	.00	.00
BSS	.20	.07	-.02	.41
HI	.11	.18	-.05	.28
FRSPOSC				
Intersección	30.19	.02	4.07	56.31
Hombre	11.75	.20	-6.44	29.94
Homosexual/gay	7.32	.38	-9.21	23.84
Bisexual	7.47	.44	-11.42	26.36
Travesti	-5.74	.62	-28.34	16.86
Transexual				
Edad	-.38	.08	-.81	.05
Escolaridad	-.77	.16	-1.84	.31
Ingresos	.00	.22	.00	.00
BSS	.30	.00	.09	.51
HI	.11	.16	-.05	.28
FRSTSSC				
Intersección	1.05	.93	-22.00	24.10
Hombre	3.38	.68	-12.68	19.44
Homosexual/gay	4.14	.58	-10.45	18.72
Bisexual	8.85	.30	-7.82	25.53
Travesti	5.99	.56	-13.96	25.93
Transexual				
Edad	.17	.37	-.20	.55
Escolaridad	-.86	.08	-1.81	.09

(continúa)

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Ingresos	2.51	.93	-.00	.00
BSS	.25	.00	.06	.43
HI	.03	.71	-.11	.17

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 28

Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente	B	p	Intervalo de confianza 95%		
			bilateral	Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	54.16	.00	24.32	87.22
	Hombre	-13.62	.19	-32.95	7.40
	Homosexual/gay	-21.27	.03	-38.88	-.76
	Bisexual	-37.98	.00	-57.81	-15.78
	Travesti	-20.44	.14	-48.57	8.19
	Transexual	0		0	0
	Edad	.17	.55	-.44	.73
	Escolaridad	.57	.30	-.50	1.61
	Ingresos	.00	.48	.00	.00
	BSS	.21	.09	-.02	.45
	HI	.00	.99	-.18	.17
FRSM	Intersección	.07	.99	-14.32	13.21
	Hombre	27.49	.00	14.76	40.80
	Homosexual/gay	6.65	.09	-1.24	14.21
	Bisexual	29.24	.00	17.38	40.38

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>		
			<i>bilateral</i>	<i>Límite inferior</i> <i>Límite superior</i>	
Travesti	1.80	.59	-4.79	9.49	
Transexual	0		0	0	
Edad	.08	.66	-.28	.45	
Escolaridad	-.50	.28	-1.32	.41	
Ingresos	.00	.38	.00	.00	
BSS	.04	.71	-.16	.23	
HI	.09	.21	-.05	.22	
FRSPOSC	Intersección	19.54	.16	-7.78	47.02
	Hombre	23.18	.01	5.38	40.80
	Homosexual/gay	18.80	.02	2.48	32.94
	Bisexual	20.81	.04	-.08	39.47
	Travesti	4.95	.65	-15.16	26.40
	Transexual	0		0	0
	Edad	-.21	.37	-.70	.31
	Escolaridad	-.12	.86	-1.26	1.00
	Ingresos	.00	.66	.00	.00
	BSS	.20	.09	-.02	.43
	HI	.11	.21	-.07	.28
FRSPOSC	Intersección	30.19	.03	2.60	56.99
	Hombre	11.75	.27	-8.89	31.52
	Homosexual/gay	7.32	.43	-11.64	24.68
	Bisexual	7.47	.47	-14.68	27.06
	Travesti	-5.74	.62	-27.98	20.00
	Transexual	0		0	0
	Edad	-.38	.12	-.86	.10
	Escolaridad	-.77	.18	-1.84	.46
	Ingresos	.00	.17	.00	.00

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
			<i>bilateral</i>	<i>Límite inferior</i> <i>Límite superior</i>
BSS	.30	.00	.09	.52
HI	.11	.19	-.06	.27
FRSTSSC				
Intersección	1.05	.93	-22.33	23.86
Hombre	3.38	.63	-11.56	16.60
Homosexual/gay	4.14	.59	-9.95	17.33
Bisexual	8.85	.30	-8.25	25.28
Travesti	5.99	.53	-11.52	27.75
Transexual	0		0	0
Edad	.17	.42	-.18	.60
Escolaridad	-.86	.14	-1.93	.25
Ingresos	2.51	.93	.00	.00
BSS	.25	.04	.02	.49
HI	.03	.78	-.13	.19

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, HI= homofobia internalizada, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Después de realizar modelos generales lineales multivariantes iniciales por análisis de varianza factorial, se identificaron las variables significativas y se procedió a realizar los modelos, eliminando las variables que no fueran significativas para el modelo por medio de la técnica de “*backward*” manualmente, los modelos que surgieron de la técnica “*backward*” se encuentran en apéndice N. La edad, los ingresos, la escolaridad y la homofobia internalizada fueron eliminados debido a que no fueron estadísticamente significativos.

En la tabla 29 y 30 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo muestra que la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales explicaron el 7.7% de la varianza en la frecuencia de relaciones

sexuales con hombres ($F_{[5,235]}= 3.94, p < .002$). Los HSH que se identifican como homosexuales/gay disminuye -18.07 puntos, los que se identifican como bisexuales disminuye -30.68 puntos y la búsqueda de sensaciones sexuales incrementa .26 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres. Las dos variables independientes explicaron el 24.9% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres ($F_{[5,235]}= 15.58, p < .001$). Los HSH que se identifican como hombres incrementa 24.29 puntos y los que se identifican como bisexuales incrementa 30.06 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres.

Las variables independientes de identidad sexual y búsqueda de sensaciones sexuales explicaron el 5.6% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón ($F_{[5,235]}= 2.80, p < .018$). Los HSH que se identifican como hombres incrementa 23.99 puntos, los que se identifican como homosexuales/gay incrementa 18.69 puntos y los que se identifican como bisexuales incrementa 24.20 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón. El modelo para predecir la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón ($F_{[5,235]}= .039, p < .096$) y la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón ($F_{[5,235]}= 1.54, p < .191$) con las dos variables independientes no fue estadísticamente significativo.

Tabla 29

Modelo general lineal multivariante "Final" de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	63.32	.00	42.57	84.06
	Hombre	-13.33	.15	-31.70	5.05

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>		
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>	
	Homosexual/gay	-18.07	.03	-34.68	-1.45
	Bisexual	-30.68	.00	-48.99	-12.36
	Travesti	-17.07	.16	-40.75	6.62
	Transexual				
	BSS	.26	.02	.04	.48
FRSM	Intersección	-.51	.94	-14.77	13.75
	Hombre	24.29	.00	11.66	39.92
	Homosexual/gay	4.58	.43	-6.84	16.00
	Bisexual	30.06	.00	17.47	42.66
	Travesti	-.17	.98	-16.45	16.11
	Transexual				
	BSS	.04	.58	-.11	.19
FRSPESC	Intersección	18.82	.06	-.44	38.07
	Hombre	23.99	.00	6.94	41.05
	Homosexual/gay	18.69	.02	3.26	34.12
	Bisexual	24.20	.00	7.20	41.21
	Travesti	3.77	.74	-18.21	25.76
	Transexual				
	BSS	.12	.23	-.08	.33
FRSPOSC	Intersección	18.54	.06	-.58	37.66
	Hombre	9.83	.25	-7.10	26.77
	Homosexual/gay	4.92	.53	-10.39	20.24
	Bisexual	9.65	.26	-7.24	26.53
	Travesti	-6.14	.58	-27.96	15.69
	Transexual				
	BSS	.23	.03	.03	.43
FRSTSSC	Intersección	.77	.93	-16.29	17.83
	Hombre	-1.56	.84	-16.67	13.56

(continúa)

Variable dependiente	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Homosexual/gay	-1.15	.87	-14.81	12.52
Bisexual	4.93	.52	-10.14	19.99
Travesti	3.65	.71	-15.83	23.12
Transexual				
BSS	.21	.02	.03	.39

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 30

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
				<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
FRSH	Intersección	63.32	.00	41.15	84.12
	Hombre	-13.33	.15	-31.83	7.44
	Homosexual/gay	-18.07	.03	-34.55	-.63
	Bisexual	-30.68	.00	-49.25	-10.42
	Travesti	-17.07	.21	-44.48	11.28
	Transexual				
	BSS	.26	.02	.04	.50
FRSM	Intersección	-.51	.93	-12.78	10.22
	Hombre	24.29	.00	14.66	34.22
	Homosexual/gay	4.58	.03	.39	8.19
	Bisexual	30.06	.00	21.40	38.50
	Travesti	-.17	.95	-4.70	5.80
	Transexual				

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
	BSS	.04	.65	-.13	.24
FRSPESC	Intersección	18.82	.06	-1.17	40.14
	Hombre	23.99	.03	7.49	37.79
	Homosexual/gay	18.69	.00	3.73	30.21
	Bisexual	24.20	.00	7.54	38.65
	Travesti	3.77	.68	-15.09	22.64
	Transexual				
	BSS	.12	.26	-.10	.35
FRSPOSC	Intersección	18.54	.06	-.35	39.57
	Hombre	9.83	.25	-7.82	26.93
	Homosexual/gay	4.92	.55	-12.31	18.37
	Bisexual	9.65	.24	-7.47	25.45
	Travesti	-6.14	.58	-27.03	15.72
	Transexual	0		0	0
	BSS	.23	.05	-.00	.44
FRSTSSC	Intersección	.77	.93	-16.07	17.26
	Hombre	-1.56	.76	-13.36	10.25
	Homosexual/gay	-1.15	.82	-11.85	7.30
	Bisexual	4.93	.44	-6.99	16.76
	Travesti	3.64	.65	-11.58	21.35
	Transexual				
	BSS	.21	.07	-.02	.44

Nota: BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Influencia de la percepción del uso del condón en la conducta sexual en HSH.

En base al objetivo 5, se identificó determinar la influencia de la percepción para el uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón) en la conducta sexual en HSH. En la tabla 31 se presenta la matriz de correlación de *Spearman* de percepción para el uso del condón y la conducta sexual en HSH.

La correlación entre las barreras para usar el condón y frecuencia de relaciones sexuales con hombres y mujeres, indica que los HSH que perciben mayores barreras para usar el condón tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres y mujeres. Asimismo, la autoeficacia para el uso consistente del condón se relacionó negativamente con las relaciones sexuales sin condón con pareja estable y ocasional. Lo anterior indica que los HSH que tienen mayor autoeficacia para el uso consistente del condón se relaciona con mayores relaciones sexuales con condón con la pareja estable y la pareja ocasional. Los beneficios para el uso del condón, la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón y en el uso correcto del condón no mostró relación con ninguna de las sub-escalas de la conducta sexual en HSH.

Tabla 31

Correlación de Spearman de percepciones del uso del condón en la conducta sexual de los HSH

	FRSM	FRSH	FRSPESC	FRSPOSC	FRSTSSC
Beneficios	.11	.01	-.08	-.10	-.05
Barreras	.13*	.19**	.12	.07	.02
AECOM	.01	.08	.02	.00	-.12
AECOR	.00	.09	-.00	-.03	-.09
AECON	-.03	.09	-.16*	-.14*	.03

Nota: AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

En la tabla 32 se presentan las medias marginales del modelo ajustado de la conducta sexual en HSH. Las mayores puntuaciones de las medias marginales fue la frecuencia de sexo con hombres, relaciones sexuales sin condón con pareja estable y ocasional y menores puntuaciones en la frecuencia de sexo con mujer y relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual. Lo que indica que los HSH tienen mayores relaciones sexuales con hombres y mayores relaciones sexuales con pareja estable y ocasional sin uso del condón.

Tabla 32

Medias marginales estimadas de la conducta sexual en HSH

Variable dependiente	Media	Intervalo de confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
FRSH	60.58	56.97	64.19
FRSM	13.25	10.48	16.03
FRSPESC	45.06	41.78	48.34
FRSPOSC	37.88	34.65	41.10
FRSTSSC	13.18	10.38	15.98

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguiente valores: beneficios = 80.5239, barreras = 39.4043, autoeficacia para la comunicación = 82.1369, autoeficacia para el uso correcto del condón = 81.3278, autoeficacia para el uso consistente del condón = 83.5754, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón.

Para determinar el efecto de la percepción del uso del condón en la conducta sexual en HSH realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 33 y 34 se presenta el modelo de se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. Los beneficios para el uso del condón, las barreras para el uso del condón, la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, la autoeficacia para el uso correcto y consistente del

condón explicaron el 5.3% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres ($F_{[5,235]}= 2.65, p < .018$). Los valores de la variable barreras para usar el condón mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que perciben barreras para usar el condón incrementan .26 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres.

Las cinco variables independientes explicaron el 7.1% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[5,235]}= 3.57, p < .001$), las variables que prestaron pesos significativos fueron las barreras para usar el condón y la autoeficacia en el uso consistente del condón. Se puede señalar que los HSH que perciben barreras para usar el condón incrementan .14 puntos y la autoeficacia en el uso consistente del condón disminuye -.29 puntos en las relaciones sexuales sin condón con pareja estable.

Los beneficios para el uso del condón, las barreras para el uso del condón, la autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, la autoeficacia para el uso correcto y consistente del condón explicaron el 7.5% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional ($F_{[5,235]}= 3.80, p < .001$), las variables que prestaron pesos significativos fueron los beneficios para usar el condón y la autoeficacia en el uso consistente del condón. Los HSH que perciben beneficios para usar el condón disminuyen -.18 puntos y disminuye -.22 en la autoeficacia para el uso consistente del condón en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional. Asimismo las cinco variables independientes explicaron el 11.4% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[5,235]}= 6.03, p < .001$), la variable que mostró peso significativo fue los beneficios para usar el condón. Los HSH que perciben beneficios para usar el condón disminuyen -.21 puntos en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual. El modelo para predecir la frecuencia de relaciones sexuales con mujer no fue significativo ($F_{[5,235]}= 1.68, p < .138$).

Tabla 33

Modelo general lineal multivariante “Inicial” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
				<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
FRSH	Intersección	29.96	.01	6.75	53.17
	Beneficios	.02	.85	-.18	.21
	Barreras	.26	.00	.11	.41
	AECOM	.07	.63	-.21	.34
	AECOR	.03	.83	-.26	.32
	AECON	.13	.25	-.09	.35
FRSM	Intersección	5.56	.54	-12.30	23.42
	Beneficios	.11	.14	-.04	.26
	Barreras	.12	.04	.00	.24
	AECOM	-.11	.33	-.32	.11
	AECOR	.06	.61	-.16	.28
	AECON	-.03	.74	-.20	.14
FRSPESC	Intersección	59.39	.00	38.28	80.50
	Beneficios	-.08	.36	-.26	.10
	Barreras	.14	.05	-.00	.27
	AECOM	.02	.86	-.23	.27
	AECOR	.12	.39	-.15	.38
	AECON	-.29	.00	-.49	-.09
FRSPOSC	Intersección	69.39	.00	48.67	90.11
	Beneficios	-.18	.04	-.36	-.01
	Barreras	.05	.49	-.09	.18
	AECOM	-.00	.94	-.25	.24
	AECOR	.00	.96	-.25	.26
	AECON	-.22	.03	-.42	-.02

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSTSSC	Intersección	56.71	.00	38.69	74.73
	Beneficios	-.21	.00	-.36	-.06
	Barreras	-.03	.66	-.14	.09
	AE COM	-.18	.09	-.40	.03
	AE COR	-.16	.17	-.38	.07
	AE CON	-.03	.75	-.14	.20

Nota: AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 34

Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	29.96	.00	7.75	50.56
	Beneficios	.02	.85	-.17	.22
	Barreras	.26	.00	.12	.42
	AECOM	.06	.57	-.15	.36
	AECOR	.03	.85	-.26	.35
	AECON	.13	.29	-.11	.37
FRSM	Intersección	5.56	.49	-10.53	21.90
	Beneficios	.11	.07	-.00	.23
	Barreras	.12	.05	-.00	.25
	AECOM	-.11	.29	-.34	.10
	AECOR	.06	.53	-.13	.25

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
	AECON	-.03	.70	-.19	.12
FRSPESC	Intersección	59.39	.00	38.67	80.47
	Beneficios	-.08	.36	-.27	.11
	Barreras	.14	.03	.01	.26
	AECOM	.03	.87	-.23	.30
	AECOR	.12	.37	-.16	.38
	AECON	-.29	.00	-.51	-.09
FRSPOSC	Intersección	69.39	.00	45.95	90.88
	Beneficios	-.18	.05	-.38	-.00
	Barreras	.05	.45	-.08	.17
	AECOM	-.00	.94	-.28	.26
	AECOR	.00	.98	-.26	.27
	AECON	-.22	.05	-.44	-.00
FRSTSSC	Intersección	56.71	.00	26.19	80.65
	Beneficios	-.21	.06	-.42	.02
	Barreras	-.03	.62	-.12	.09
	AECOM	-.18	.13	-.44	.06
	AECOR	-.16	.19	-.41	.09
	AECON	.03	.79	-.20	.24

Nota: AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, AECOR= autoeficacia en el uso correcto del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Posteriormente al análisis modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial, se procedió a realizar los modelos por medio de la técnica de “backward”, los modelos se encuentran en apéndice Ñ. La autoeficacia para el uso

correcto y consistente del condón fueron eliminados debido a que no fueron estadísticamente significativos.

En la tabla 35 y 36 se muestra el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo señala que los beneficios para el uso del condón, las barreras para el uso del condón y la autoeficacia en la comunicación con la pareja para el uso del condón explicaron el 4.6% en la frecuencia de relaciones sexuales con hombre ($F_{[3,237]} = 3.78, p < .011$), la variable que mostró peso significativo fue las barreras para usar el condón. Los HSH que presentan barreras para usar el condón incrementan .25 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con hombre. Las tres variables independientes explicaron el 3.3% de la varianza en la frecuencia de las relaciones sexuales con mujer ($F_{[3,237]} = 2.73, p < .045$), las barreras para usar el condón mostró peso significativo, por lo que se puede señalar que los HSH que presenta barreras para usar el condón aumenta .12 puntos en la frecuencia de las relaciones sexuales con mujer.

Los beneficios para el uso del condón, las barreras para el uso del condón y la autoeficacia en la comunicación con la pareja para el uso del condón explicaron el 3.8% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[3,237]} = 3.16, p < .025$), la variable de barreras para usar el condón presentó significa y se puede señalar que los HSH que presentan barreras para usar el condón incrementa .16 puntos en las relaciones sexuales sin condón con pareja estable. Las tres variables independientes explicaron el 5.2% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional ($F_{[3,237]} = 4.35, p < .005$), los beneficios para usar el condón mostró peso estadísticamente significativo.

Los HSH que perciben beneficios para usar el condón disminuyen -.23 puntos en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional. A su vez, las tres variables independientes explicaron el 10.6% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[3,237]} = 9.38, p < .001$), los beneficios para usar el condón y la autoeficacia en la comunicación con la pareja para el uso del condón presentaron

significancia. Los HSH que perciben beneficios para usar el condón disminuye -.22 puntos y la autoeficacia en la comunicación con la pareja para el uso del condón disminuye -.028 puntos en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual.

Tabla 35

Modelo general lineal multivariante "Final" de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	34.71	.00	12.55	56.86
	Beneficios	.05	.62	-.14	.24
	Barreras	.25	.00	.10	.40
	AECOM	.15	.15	-.05	.35
FRSM	Intersección	5.76	.51	-11.23	22.75
	Beneficios	.11	.13	-.03	.26
	Barreras	.12	.04	.00	.24
	AE COM	-.08	.32	-.24	.08
FRSPESC	Intersección	52.34	.00	31.93	72.75
	Beneficios	-.13	.15	-.31	.05
	Barreras	.16	.02	.02	.30
	AECOM	-.04	.70	-.22	.15
FRSPOSC	Intersección	62.49	.00	42.55	82.42
	Beneficios	-.23	.01	-.40	-.06
	Barreras	.07	.30	-.06	.20
	AECOM	-.11	.24	-.29	.07
FRSTSSC	Intersección	54.44	.00	37.34	71.75
	Beneficios	-.22	.00	-.37	-.07
	Barreras	-.02	.76	-.13	.10
	AECOM	-.28	.00	-.44	-.12

Nota: AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Tabla 36

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				<i>bilateral</i>		Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	34.71	.00	11.39	56.77
	Beneficios	.05	.63	-.16	.24
	Barreras	.25	.00	.11	.41
	AECOM	.15	.11	-.03	.34
FRSM	Intersección	5.76	.46	-10.05	20.31
	Beneficios	.11	.06	-.00	.24
	Barreras	.12	.04	.00	.24
	AECOM	-.08	.40	-.25	.11
FRSPESC	Intersección	52.34	.00	29.16	72.11
	Beneficios	-.13	.15	-.31	.06
	Barreras	.16	.01	.04	.28
	AECOM	-.04	.76	-.24	.20
FRSPOSC	Intersección	62.49	.00	41.55	83.86
	Beneficios	-.23	.02	-.40	-.02
	Barreras	.07	.27	-.05	.18
	AECOM	-.11	.36	-.33	.14
FRSTSSC	Intersección	54.44	.00	29.59	79.17
	Beneficios	-.22	.05	-.41	.03
	Barreras	-.02	.71	-.13	.08
	AECOM	-.28	.02	-.51	-.05

Nota: AECOM= autoeficacia en la comunicación con la pareja para usar el condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Efecto de las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH en la conducta sexual en HSH.

En relación al objetivo 6, se demostró el efecto de las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH (familia y pareja) en la conducta sexual en HSH. En la tabla 37 se presenta la matriz de correlación *Spearman* entre las influencias interpersonales y la conducta y la conducta sexual en los HSH.

La correlación entre el apoyo de la familia y la conducta sexual en los HSH, indica que los HSH que cuentan con mayor apoyo de la familia para sexo seguro realizan con mayor frecuencia relaciones sexuales con hombres y menores relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional. También se encontró que los HSH que tienen apoyo de la pareja para realizar conductas sexuales seguras tienen con menor frecuencia relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional y con trabajador/a sexual.

El apoyo de la familia y la pareja para realizar conductas sexuales seguras no presentaron relación con tener sexo con mujeres y con las relaciones sexuales sin condón con pareja estable.

Tabla 37

Correlación de Spearman de influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH en la conducta sexual de los HSH

	FRSM	FRSH	FRSPESC	FRSPOSC	FRSTSSC
Apoyo de la Familia	-.01	.13*	-.09	-.15*	-.03
Apoyo de la Pareja	-.10	.02	-.06	-.15*	-.20**

Nota: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

En la tabla 38 se presentan las medias marginales del modelo ajustado de las influencias interpersonales en la conducta sexual en HSH. Las mayores puntuaciones de las medias marginales del apoyo de la familia y la pareja para realizar prácticas sexuales seguras se presentaron en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres, relaciones sexuales sin condón con pareja estable y ocasional y menores puntuaciones en la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres y relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual.

Tabla 38

Medias marginales estimadas de las influencias interpersonales en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente	Media	Intervalo de confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
FRSH	60.58	56.92	64.24
FRSM	13.25	10.46	16.05
FRSPESC	45.06	41.70	48.42
FRSPOSC	37.88	34.64	41.11
FRSTSSC	13.18	10.36	15.99

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguiente valores: familia = 68.0280, pareja = 73.5996, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Para determinar el efecto de las influencias interpersonales en la conducta sexual en HSH se realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 39 y 40 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo indica que el apoyo de la pareja y la familia para practicar sexo seguro explicaron el 5.3% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional ($F_{[2,238]} = 6.61, p < .002$), el apoyo de la pareja para

practicar sexo seguro mostró pesos estadísticamente significativos. Los HSH que cuentan con apoyo de la pareja para practicar sexo seguro disminuye -2.70 puntos en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional. Las dos variables independientes explicaron 9.0% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[2,238]}= 11.77, p < .000$), el apoyo de la pareja para practicar sexo seguro fue significativo. Los HSH que tienen apoyo de la pareja para practicar sexo seguro disminuye -.36 puntos en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual. Los modelos predictivos de las variables de relaciones sexuales con hombres ($F_{[2,238]}= 1.79, p < .169$), relaciones sexuales con mujeres ($F_{[2,238]}= 1.29, p < .278$) y relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[2,238]}= 1.68, p < .188$) no fueron significativos dentro del modelo.

Tabla 39

Modelo general lineal multivariante “Inicial” de influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	49.47	.00	31.25	67.70
	Familia	.23	.07	-.01	.47
	Pareja	-.06	.61	-.30	.18
FRSM	Intersección	23.50	.00	9.58	37.41
	Familia	-.02	.85	-.20	.17
	Pareja	-.12	.18	-.30	.06
FRSPESC	Intersección	60.12	.00	43.39	76.86
	Familia	-.13	.25	-.36	.09
	Pareja	-.08	.45	-.30	.13
FRSPOSC	Intersección	66.57	.00	50.43	82.70
	Familia	-.13	.24	-.35	.09
	Pareja	-2.70	.01	-.48	-.06

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSTSSC	Intersección	45.01	.00	30.96	59.07
	Familia	-.08	.43	-.26	.11
	Pareja	-.36	.00	-.55	-.18

Nota: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 40

Modelo general lineal multivariante “Inicial con Bootstrap” de influencias

interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	49.47	.00	31.51	69.47
	Familia	.23	.04	.01	.45
	Pareja	-.06	.58	-.28	.14
FRSM	Intersección	23.50	.00	7.95	38.47
	Familia	-.02	.84	-.21	.18
	Pareja	-.12	.14	-.29	.05
FRSPESC	Intersección	60.12	.00	40.77	77.89
	Familia	-.13	.25	-.36	.09
	Pareja	-.08	.53	-.33	.17
FRSPOSC	Intersección	66.57	.00	48.15	82.39
	Familia	-.13	.25	-.36	.11
	Pareja	-.27	.01	-.48	-.05
FRSTSSC	Intersección	45.01	.00	24.19	63.66
	Familia	-.08	.42	-.27	.11
	Pareja	-.36	.00	-.56	-.13

Nota: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Al realizar el modelo general lineal multivariante, posteriormente se identificaron las variables que mostraron significancia y se procedió a realizar modelos por medio de la técnica de “*backward*”. Se eliminó el apoyo de la familia por qué no fue estadísticamente significativo dentro del modelo. En la tabla 41 y 42 se muestra el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo señala que el apoyo de la pareja para practicar sexo seguro explicó el 4.7% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional ($F_{[1,239]}= 11.77, p < .001$). Los HSH que cuentan con apoyo de la pareja para practicar sexo seguro disminuye -.33 puntos en las relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional. Asimismo, el apoyo de la pareja para practicar sexo seguro explicó el 8.8% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[1,239]}= 22.96, p < .001$), los HSH que tienen apoyo de la pareja para practicar sexo seguro disminuye -.40 puntos en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual. Los modelos de las variables de relaciones sexuales con hombres ($F_{[1,239]}= .128, p < .721$), relaciones sexuales con mujeres ($F_{[1,239]}= 2.54, p < .112$) y relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[1,239]}= 2.03, p < .155$) no fueron significativas. Los modelos señalan que los HSH que cuentan con mayor apoyo de la pareja para practicar sexo seguro tienen efecto en menores relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional y con trabajador/a sexual.

Tabla 41

Modelo general lineal multivariante “Final” de influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
				<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
FRSH	Intersección	57.75	.00	41.70	73.80
	Pareja	.04	.72	-.17	.25
FRSM	Intersección	22.84	.00	10.67	35.01

(continúa)

Variable dependiente		<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
				<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
	Pareja	-.13	.11	-.29	.03
FRSPESC	Intersección	55.40	.00	40.72	70.07
	Pareja	-.14	.16	-.33	.05
FRSPOSC	Intersección	61.87	.00	47.71	76.02
	Pareja	-.33	.00	-.51	-.14
FRSTSSC	Intersección	42.31	.00	30.00	54.62
	Pareja	-.40	.00	-.56	-.23

Nota: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 42

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de influencias

interpersonales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
				<i>bilateral</i>	<i>Límite inferior</i>	Límite superior
FRSH	Intersección	57.75	.00	42.54	72.63
	Pareja	.04	.68	-.15	.24
FRSM	Intersección	22.84	.00	10.35	36.08
	Pareja	-.13	.14	-.30	.04
FRSPESC	Intersección	55.40	.00	35.87	71.22
	Pareja	-.14	.22	-.34	.10
FRSPOSC	Intersección	61.87	.00	45.32	76.84
	Pareja	-.33	.00	-.52	-.11
FRSTSSC	Intersección	42.31	.00	25.99	57.56
	Pareja	-.40	.00	-.59	-.18

Nota: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Efecto de las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH en la conducta sexual en HSH.

En relación al objetivo 7, se demostró el efecto de las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH (consumo de alcohol, drogas previo al encuentro sexual y sitios para conocer parejas) en la conducta sexual en los HSH. En la tabla 43 se presenta la correlación de *Spearman* de influencias situacionales y la conducta sexual en HSH. La correlación entre el consumo de alcohol previo al encuentro sexual y la frecuencia de relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual, indica que a mayor consumo de alcohol previo al encuentro sexual mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón.

El consumo de drogas previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios para conocer parejas se relacionó con mayor frecuencia de sexo con hombres y relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual, lo que señala que los HSH que consumen con mayor frecuencia drogas previo al encuentro sexual y asisten con mayor frecuencia a sitios de encuentro para conocer parejas tienen mayores relaciones sexuales con hombres y con trabajador/a sexual sin condón.

Tabla 43

Correlación de Spearman de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

	FRSM	FRSH	FRSPESC	FRSPOSC	FRSTSSC
Alcohol	.07	.07	.00	.03	.29**
Drogas	.07	.20**	-.12	.00	.26**
Sitios	.02	.23**	-.03	.10	.23**

Nota: Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

En la tabla 44 se presentan las medias marginales del modelo ajustado de las influencias situacionales en la conducta sexual en HSH. Las mayores puntuaciones de las medias marginales fue la frecuencia de relaciones sexuales con hombres, relaciones sexuales sin condón con pareja estable y ocasional y menores puntuaciones en la frecuencia de relaciones sexuales con mujer y relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual.

Tabla 44

Medias marginales estimadas de las influencias situacionales en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente	Media	Intervalo de confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
FRSH	60.58	57.09	64.07
FRSM	13.25	10.48	16.03
FRSPESC	45.06	41.70	48.42
FRSPOSC	37.88	34.56	41.19
FRSTSSC	13.18	10.37	15.98

Nota: Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguiente valores: alcohol = 43.2918, drogas = 13.4163, sitios = 26.7635, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Para determinar el efecto de las influencias situacionales en la conducta sexual en HSH se realizaron modelos generales lineales multivariantes por análisis de varianza factorial. En la tabla 45 y 46 se muestra el modelo el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*”. El modelo indica que el consumo de alcohol y drogas previo a encuentro sexual y asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas explicaron el 10.6% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres

($F_{[3,237]}= 9.37, p < .001$), el consumo de drogas previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas presentaron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que consumen drogas previo al encuentro sexual incrementa .21 puntos y los que asisten a sitios de encuentro para conocer parejas incrementa .35 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres. Las tres variables independientes explicaron el 10.1% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajadores/a sexuales ($F_{[3,237]}= 8.8, p < .001$). El consumo del alcohol previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas presentaron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que consumen previo al encuentro sexual incrementa .15 puntos y .16 puntos en la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual. Las variables de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres ($F_{[3,237]}= 2.35, p < .073$), relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[3,237]}= 1.48, p < .222$) y con pareja ocasional ($F_{[3,237]}= 0.85, p < .469$) no fueron significativos dentro del modelo.

Tabla 45

Modelo general lineal multivariante “Inicial” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	51.13	.00	43.96	58.30
	Alcohol	-.06	.33	-.18	.06
	Drogas	.21	.00	.07	.35
	Sitios	.35	.00	.17	.53
FRSM	Intersección	9.06	.00	3.37	14.75
	Alcohol	.01	.84	-.09	.11
	Drogas	.10	.09	-.01	.21

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
	Sitios	.09	.21	-.05	.24
FRSPESC	Intersección	43.19	.00	36.30	50.09
	Alcohol	.06	.30	-.06	.18
	Drogas	-.14	.04	-.28	-.00
	Sitios	.04	.67	-.14	.21
FRSPOSC	Intersección	33.85	.00	27.04	40.66
	Alcohol	.06	.36	-.06	.17
	Drogas	-.07	.30	-.20	.06
	Sitios	.10	.27	-.08	.27
FRSTSSC	Intersección	1.36	.64	-4.41	7.13
	Alcohol	.15	.00	.06	.25
	Drogas	.07	.20	-.04	.18
	Sitios	.16	.04	.00	.30

Nota: Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 46

Modelo general lineal multivariante “Inicial Bootstrap” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	51.13	.00	44.15	58.74
	Alcohol	-.06	.35	-.19	.06
	Drogas	.21	.00	.05	.36
	Sitios	.35	.00	.18	.51

(continúa)

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSM	Intersección	9.06	.00	4.00	14.44
	Alcohol	.01	.83	-.08	.10
	Drogas	.10	.15	-.02	.24
	Sitios	.09	.29	-.07	.26
FRSPESC	Intersección	43.19	.00	36.36	50.47
	Alcohol	.06	.30	-.05	.18
	Drogas	-.14	.04	-.28	-.00
	Sitios	.04	.69	-.15	.24
FRSPOSC	Intersección	33.85	.00	26.65	41.41
	Alcohol	.06	.39	-.07	.18
	Drogas	-.07	.28	-.19	.06
	Sitios	.10	.31	-.07	.29
FRSTSSC	Intersección	1.36	.63	-3.60	6.29
	Alcohol	.15	.00	.06	.27
	Drogas	.07	.25	-.05	.20
	Sitios	.16	.04	.01	.32

Nota: Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPOSC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$.

Posteriormente al análisis de modelo general lineal multivariante del modelo e identificación de las variables significativas, se realizó la técnica de “backward” para identificar el modelo final, los modelos que surgieron de la técnica “backward”. El consumo de alcohol previo al encuentro sexual fue eliminado del modelo debido a que no fue estadísticamente significativo.

En la tabla 47 y 48 se presenta el modelo general lineal multivariante sin y con el contraste “*bootstrap*” y muestra que el consumo drogas previo a encuentro sexual y asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas explicó el 10.2% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres ($F_{[2,238]}= 13.59, p < .001$), el consumo de drogas previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios para conocer parejas presentaron puntajes significativos dentro del modelo.

Los HSH que el consumo de drogas previo al encuentro sexual incrementa .18 puntos y los que asisten a sitios para conocer parejas incrementan .34 en la frecuencia de relaciones sexuales con hombres. Las dos variables independientes explicaron el 2.9% de la varianza en la frecuencia de relaciones sexuales mujeres ($F_{[2,238]}= 3.52, p < .031$). Los HSH que consumen drogas previo encuentro sexual incrementa .10 puntos en la frecuencia de relaciones sexuales mujeres.

El consumo drogas previo al encuentro sexual y asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas explicó 6.5% de la varianza en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual ($F_{[2,238]}= 8.30, p < .001$).

El consumo drogas previo al encuentro sexual y la asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas mostraron pesos estadísticamente significativos. Los HSH que el consumo drogas previo al encuentro sexual incrementa .14 puntos y los que asisten a sitios de encuentro para conocer parejas incrementa .18 puntos en las relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual.

El modelo para predecir las relaciones sexuales sin condón con pareja estable ($F_{[2,238]}= 1.66, p < .192$) y con pareja ocasional ($F_{[2,238]}= .85, p < .429$) en las dos variables independientes no fueron significativas.

Tabla 47

Modelo general lineal multivariante “Final” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	49.13	.00	43.21	55.04
	Drogas	.18	.00	.05	.31
	Sitios	.34	.00	.16	.52
FRSM	Intersección	9.39	.00	4.70	14.08
	Drogas	.10	.05	.00	.20
	Sitios	.09	.20	-.05	.24
FRSPESC	Intersección	45.27	.00	39.58	50.96
	Drogas	-.11	.07	-.24	.01
	Sitios	.05	.58	-.13	.22
FRSPOSC	Intersección	35.64	.00	30.02	41.26
	Drogas	-.05	.46	-.17	.08
	Sitios	.11	.23	-.07	.28
FRSTSSC	Intersección	6.44	.00	1.60	11.29
	Drogas	.14	.00	.04	.25
	Sitios	.18	.02	.03	.33

Nota: Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Tabla 48

Modelo general lineal multivariante “Final con Bootstrap” de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH en la conducta sexual de los HSH

Variable dependiente		<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
				<i>bilateral</i>	<i>Límite inferior</i>	Límite superior
FRSH	Intersección	49.13	.00	43.52	55.34
	Drogas	.18	.02	.03	.33
	Sitios	.34	.00	.16	.50
FRSM	Intersección	9.39	.00	4.77	14.08
	Drogas	.10	.13	-.02	.24
	Sitios	.09	.25	-.06	.26
FRSPESC	Intersección	45.27	.00	39.31	51.07
	Drogas	-.11	.06	-.23	.01
	Sitios	.05	.65	-.14	.25
FRSPOSC	Intersección	35.64	.00	29.49	41.86
	Drogas	-.05	.42	-.15	.08
	Sitios	.11	.24	-.07	.32
FRSTSSC	Intersección	6.44	.02	1.19	11.68
	Drogas	.14	.00	.04	.26
	Sitios	.18	.04	.02	.36

Nota: Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 241$

Modelos estructurales

La variable cualitativa identidad sexual se transformó en una variable ordinal que se denominó “alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina”, al convertir sus categorías en valores ordinales de alejamiento: 1 = “hombre”, 2 = “bisexual”, 3 = “homosexual/gay”, 4 = “travestí” y 5 = “transexual”. En primer lugar se

estudió la correlación de esta nueva variable ordinal con el resto de variables numéricas, ordinales y dicotómicas por medio del coeficiente de correlación de *Spearman*.

El alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina se asoció con menor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, menor homofobia internalizada, menor escolaridad, menor frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, menor percepción de beneficios para el uso del condón y menor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón (ver tabla 49).

Tabla 49

Correlaciones con alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina

Variables	Identidad	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Edad	-.060	.357
Escolaridad	-.246**	< .001
Ingresos económicos	-.092	.171
Homofobia internalizada	-.252**	< .001
Búsqueda de sensaciones sexuales	.004	.947
Beneficios para el uso del condón	-.152*	.018
Barreras para el uso del condón	.025	.697
Autoeficacia en la comunicación con la pareja para uso del condón	-.119	.066
Autoeficacia para el uso correcto del condón	-.060	.352
Autoeficacia para el uso consistente del condón	-.042	.521
Apoyo de la familia para practicar sexo seguro	< .001	.994
Apoyo de la pareja para practicar sexo seguro	.026	.688
Consumo de alcohol previo al encuentro sexual	.005	.936
Consumo de drogas previo al encuentro sexual	.023	.721

(continúa)

Variables	Identidad	
	r_s	p
Asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas	-.012	.856
Frecuencia de relaciones sexuales con hombres	.101	.119
Frecuencia de relaciones sexuales con mujeres	-.479**	< .001
Frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón	-.199**	.002
Frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón	-.132*	.041
Frecuencia de relaciones sexuales con trabajador sexual sin condón	-.018	.776

Contraste del modelo de Pender para predecir frecuencia de relaciones sexuales sin condón

Partiendo del modelo de promoción de la salud de Pender (2011), se especificó un modelo estructural para predecir frecuencia de relaciones sexuales sin condón. El modelo de medida de esta variable se definió con tres indicadores: con pareja estable, con pareja ocasional y con trabajador/a sexual. Conforme a Pender, se definieron 3 variables latentes endógenas para introducir los aspectos cognitivos: percepción para el uso del condón (con cinco indicadores: beneficios para el uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para la comunicación con la pareja para el uso del condón, autoeficacia para el uso correcto del condón y autoeficacia para el uso consistente del condón), influencias interpersonales (con dos indicadores: apoyo de la familia y apoyo de la pareja para prácticas sexuales seguras) e influencias situacionales (con tres indicadores: consumo de alcohol y consumo de drogas previo al encuentro sexual y asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas). Las características individuales se introdujeron como variables manifiestas: biológica (edad), psicológicas (alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, homofobia

internalizada y búsqueda de sensaciones sexuales) y socioculturales (ingresos económicos y escolaridad).

En el modelo inicial la frecuencia de relaciones sexuales sin condón fue predicha por las tres variables latentes cognitivas y las 6 variables manifiestas exógenas de características individuales. La percepción para el uso del condón, influencias interpersonales e influencias situacionales fueron predichas por las 6 variables manifiestas exógenas. Se definieron dos correlaciones entre variables exógenas: entre ingresos y escolaridad y entre homofobia internalizada y alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina (ver figura 6).

Al estimar el modelo se eliminaron las dos vías de predicción de la percepción para el uso del condón y de las influencias interpersonales por los ingresos, debido a que se generaba una solución no admisible. Tras la eliminación de estas dos vías se obtuvo una solución admisible con los modelos de medida de las 4 variables latentes significativos, así como las dos correlaciones. Los indicadores de percepción para el uso del condón y de influencias situacionales tuvieron pesos mayor que .40 y fueron bastante homogéneos. El modelo de medida de frecuencia de relaciones sexuales sin condón fue muy desigual con mucho peso de las relaciones sexuales con trabajador/a sexual ($\lambda = .61$) y peso pequeño de las relaciones sexuales con pareja estable ($\lambda = .19$), lo que refleja que es un modelo de medida inadecuado. Precisamente, ninguna las nueve vías estructurales para predecir la frecuencia de relaciones sexuales sin condón fue significativa ($p > .05$ por el método de percentiles).

Una percepción más favorable para el uso del condón fue predicha por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto grande ($\beta = .62, p = .010$), explicándose el 44% de la varianza. Las influencias interpersonales de mayor aceptación o apoyo fueron predichas por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto grande ($\beta = .59, p = .015$) y por una menor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto mediano

($\beta = -.24, p = .024$), explicándose el 44% de la varianza. Las influencias situacionales desinhibidoras fueron predichas por una mayor búsqueda de sensaciones con un tamaño de efecto grande ($\beta = .55, p = .010$), por una menor escolaridad con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.42, p = .010$) y por una mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .28, p = .010$), explicándose el 53% de la varianza (ver tabla 50).

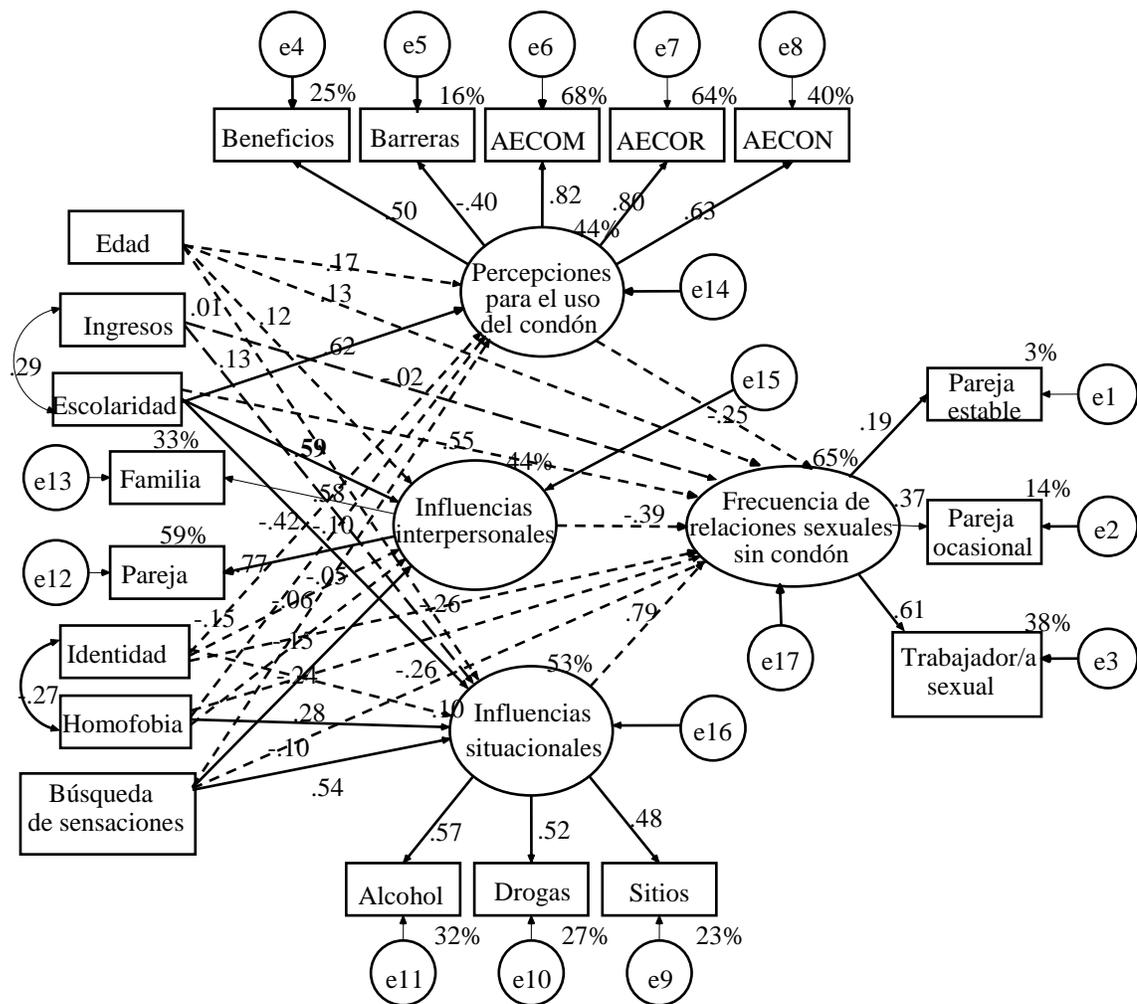


Figura 6. Modelo MCONSEX.

Tabla 50

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables			<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
F2	<---	Edad	.168	-.026	.490	.075
F2	<---	Escolaridad	.620	.253	.836	.010
F4	<---	Edad	.117	-.090	.541	.339
F4	<---	Escolaridad	.587	.037	.831	.015
F4	<---	Identidad	-.063	-1.743	.182	.694
F4	<---	HI	-.150	-1.873	.143	.328
F4	<---	BSS	-.236	-.690	-.018	.024
F3	<---	Identidad	.101	-.068	.977	.228
F3	<---	HI	.280	.061	1.126	.010
F3	<---	BSS	.545	.360	.757	.010
F3	<---	Edad	.007	-.219	.220	.847
F3	<---	Ingresos	.132	-.070	.327	.144
F3	<---	Escolaridad	-.416	-.595	-.082	.010
F2	<---	Identidad	-.147	-1.792	.040	.141
F2	<---	HI	-.104	-1.665	.132	.346
F2	<---	BSS	-.052	-.452	.103	.590
F1	<---	F4	-.386	-2.147	.381	.186
F1	<---	F3	.789	-.359	1.821	.250
F1	<---	F2	-.247	-1.947	.201	.309
F1	<---	Edad	.126	-.262	.606	.600
F1	<---	Ingresos	-.021	-.312	.255	.921
F1	<---	Escolaridad	.553	-.306	2.012	.319
F1	<---	Identidad	-.260	-4.846	.076	.080
F1	<---	HI	-.259	-4.940	.301	.447
F1	<---	BSS	-.096	-.945	.793	.974
PE	<---	F1	.186	.026	.652	.010
PO	<---	F1	.368	.220	.881	.010
TS	<---	F1	.615	.113	.820	.015
Beneficios	<---	F2	.503	.373	.622	.010
Barreras	<---	F2	-.396	-.527	-.254	.010
AECOM	<---	F2	.824	.726	.896	.010
AECOR	<---	F2	.798	.710	.872	.010

(continúa)

Variables			<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
AECON	<---	F2	.631	.517	.748	.010
Sitios	<---	F3	.478	.248	.664	.010
Drogas	<---	F3	.523	.323	.686	.010
Alcohol	<---	F3	.567	.399	.726	.010
Pareja	<---	F4	.768	.571	.960	.010
Familia	<---	F4	.577	.433	.754	.010

Nota: La aplicación del método de muestreo repetitivo de percentiles se hizo con la extracción de 200 muestras debido a su complejidad.

Debido a lo inadecuado del modelo de medida de la frecuencia de relaciones sexuales sin uso de condón, se sustituyó esta variable endógena. Se definieron tres nuevos modelos (ver figura 7, 8 y 9). En uno se sustituyó por la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso de condón (con 4 indicadores: sexo oral activo, sexo oral pasivo, sexo anal activo y sexo anal pasivo), en otro modelo por la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso de condón (con 4 indicadores: sexo oral activo, sexo oral pasivo, sexo anal activo y sexo anal pasivo) y en otro modelo por la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso de condón (con 4 indicadores: sexo oral activo, sexo oral pasivo, sexo anal activo y sexo anal pasivo). El sexo vaginal no se incluyó como quinto indicador, pues tenía un peso bajo en los tres modelos de medida.

Con pareja estable, el resultado fue parecido al modelo inicial de frecuencia de relaciones sexuales sin condón (con tres indicadores). Se eliminó la vía de predicción de la percepción para usar condón por los ingresos, con lo que se logró una solución admisible. Los cuatro modelos de medida y las dos correlaciones fueron significativos. Se logró un modelo de medida homogéneo y con pesos $\geq .70$ para la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso de condón. Ninguna de las nueve vías estructurales para predecir la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón fue significativa, lo que indica que es un problema del modelo estructural especificado (de la teoría) y no del modelo de medida como antes se sugirió.

El modelo estimado mostró que una percepción más favorable para el uso del condón fue predicha por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto grande ($\beta = .61, p = .001$), explicándose el 43% de la varianza. Las influencias interpersonales de mayor apoyo fueron predichas por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto muy grande ($\beta = .78, p = .007$), menores ingresos ($\beta = -.33, p = .032$) y por una menor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.21, p = .030$), explicándose el 59% de la varianza. Las influencias situacionales desinhibidoras fueron predichas por una mayor búsqueda de sensaciones con un tamaño de efecto grande ($\beta = .52, p = .001$), por una menor escolaridad con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.43, p = .008$) y por una mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .28, p = .011$), explicándose el 50% de la varianza (ver tabla 51).

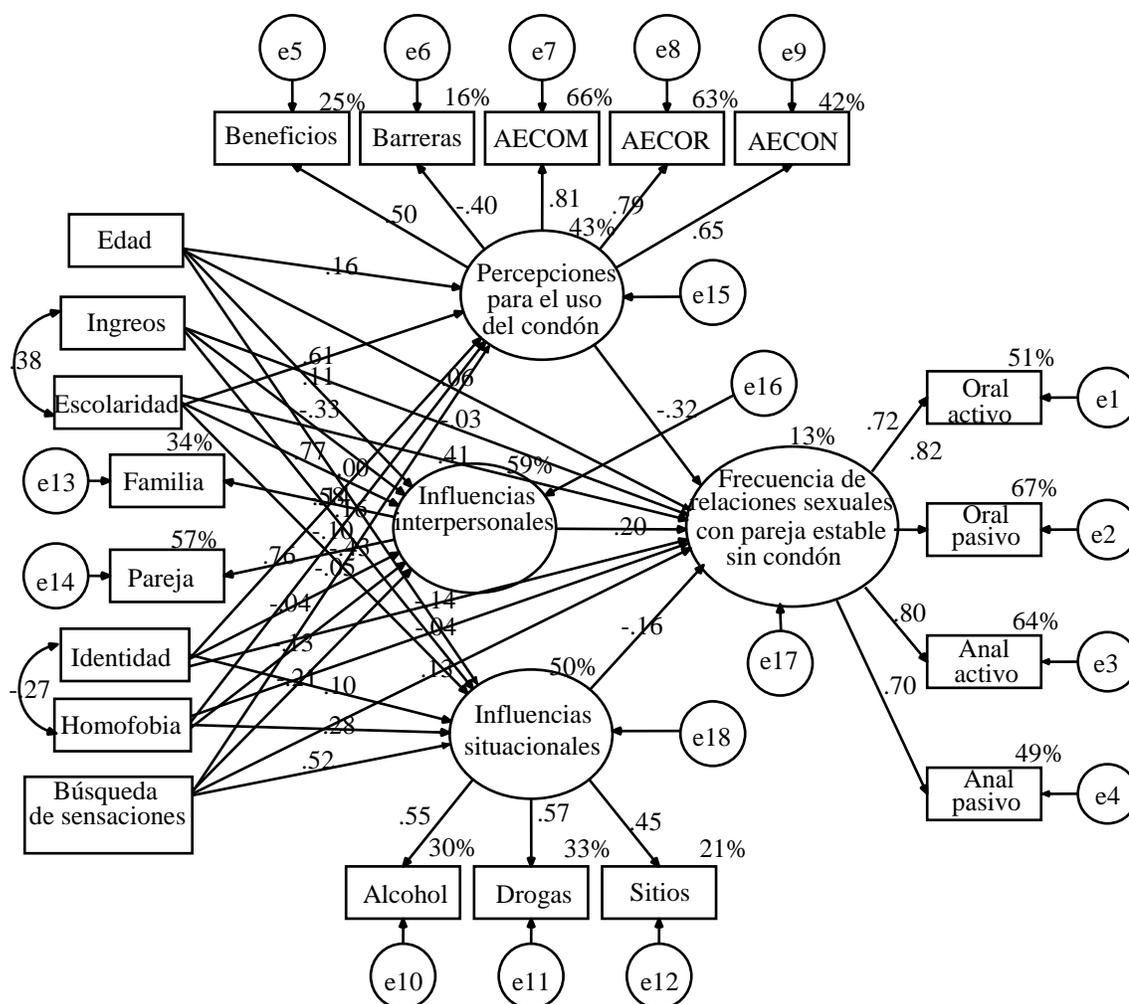


Figura 7. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón.

Tabla 51

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables		β	LI	LS	P
F2	<--- Edad	.164	-.005	.362	.059
F2	<--- Escolaridad	.613	.202	.770	.001
F4	<--- Edad	.107	-.096	.336	.328
F4	<--- Ingresos	-.329	-.492	-.028	.032
F4	<--- Escolaridad	.775	.093	.965	.007
F4	<--- Identidad	-.044	-1.784	.179	.645
F4	<--- HI	-.128	-1.876	.091	.258
F4	<--- BSS	-.214	-.542	-.023	.030

(continúa)

Variables		β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
F3	<--- Identidad	.100	-.097	1.011	.267
F3	<--- HI	.276	.078	1.141	.011
F3	<--- BSS	.524	.326	.717	.001
F3	<--- Edad	-.005	-.214	.206	.994
F3	<--- Ingresos	.156	-.072	.375	.180
F3	<--- Escolaridad	-.429	-.637	-.097	.008
F2	<--- Identidad	-.142	-1.947	.044	.133
F2	<--- HI	-.098	-1.891	.086	.297
F2	<--- BSS	-.049	-.331	.137	.689
F1	<--- F4	-.197	-1.767	.485	.552
F1	<--- F3	-.161	-.742	.361	.431
F1	<--- F2	-.324	-1.257	.055	.087
F1	<--- Edad	.057	-.183	.404	.624
F1	<--- Ingresos	-.028	-.597	.316	.967
F1	<--- Escolaridad	.411	-.494	2.031	.387
F1	<--- Identidad	-.141	-4.400	.168	.235
F1	<--- HI	-.040	-4.368	.328	.796
F1	<--- BSS	.130	-.368	.630	.448
CS13	<--- F1	.717	.607	.806	.001
CS14	<--- F1	.817	.709	.900	.001
Beneficios	<--- F2	.502	.373	.621	.001
Barreras	<--- F2	-.402	-.541	-.251	.001
AECOM	<--- F2	.812	.719	.886	.001
AECOR	<--- F2	.791	.705	.863	.001
AECON	<--- F2	.647	.535	.752	.001
Sitios	<--- F3	.453	.239	.636	.001
Drogas	<--- F3	.571	.376	.748	.001
Alcohol	<--- F3	.546	.378	.698	.001
AP	<--- F4	.757	.607	.930	.001
AF	<--- F4	.585	.448	.724	.001
CS15	<--- F1	.801	.691	.882	.001
CS16	<--- F1	.698	.580	.789	.001

Nota: La aplicación del método de muestreo repetitivo de percentiles se hizo con la extracción de 2,000 muestras.

Al eliminar las dos variables manifiestas no significativas de edad y alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, no se logró ninguna vía significativa sobre frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón; incluso probando una a una las 9 vías sin modificar el resto del modelo tampoco se consiguió significación estadística. Al reducir el modelo a las variables cognitivas e individuales, se logró un modelo con todos sus parámetros significativos y con un ajuste de bueno a aceptable, pero que incumple las proposiciones de Pender, ya que se requiere introducir dos vías predictivas de las influencias interpersonales hacia la variable de percepción y hacia la variable de influencias situacionales. De las características individuales quedaron una de las dos características socioculturales (escolaridad) y las dos psicológicas (homofobia internalizada y búsqueda de sensaciones sexuales). La característica individual sociocultural de los ingresos resultó redundante con la escolaridad y la característica individual biológica de la edad no tuvo peso sobre las tres variables cognitivas.

El modelo revisado mostró que una percepción favorable para el uso del condón fue predicha por influencias interpersonales de apoyo con un tamaño de efecto grande ($\beta = .69, p < .001$), explicándose el 48% de la varianza. Las influencias interpersonales de apoyo fueron predichas por mayor escolaridad con un tamaño de efecto mediano ($\beta = .33, p < .001$), explicándose el 11% de la varianza. Las influencias situacionales desinhibidoras fueron predichas por mayor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto grande ($\beta = .55, p < .001$), influencias interpersonales de menor apoyo con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.45, p < .001$) y mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .24, p < .015$), explicándose el 56% de la varianza (ver tabla 52). Además, mayor búsqueda de sensaciones sexuales predijo mayor percepción de barreras para el uso del condón, que es el indicador más débil del modelo de medida de percepción para el uso del condón, incrementando su varianza explicada de 16 a 20%. El ajuste fue bueno por cuatro índices ($\chi^2/df = 68.563/62 = 1.106$,

$GFI = .970$, $AGFI = .956$ y $RFI = .902$) y adecuado por tres índices (p de B-S = $40/2,000 = .020$, $NFI = .922$ y $SRMR = .059$). La parsimonia del modelo fue muy alta ($RP = .795$).

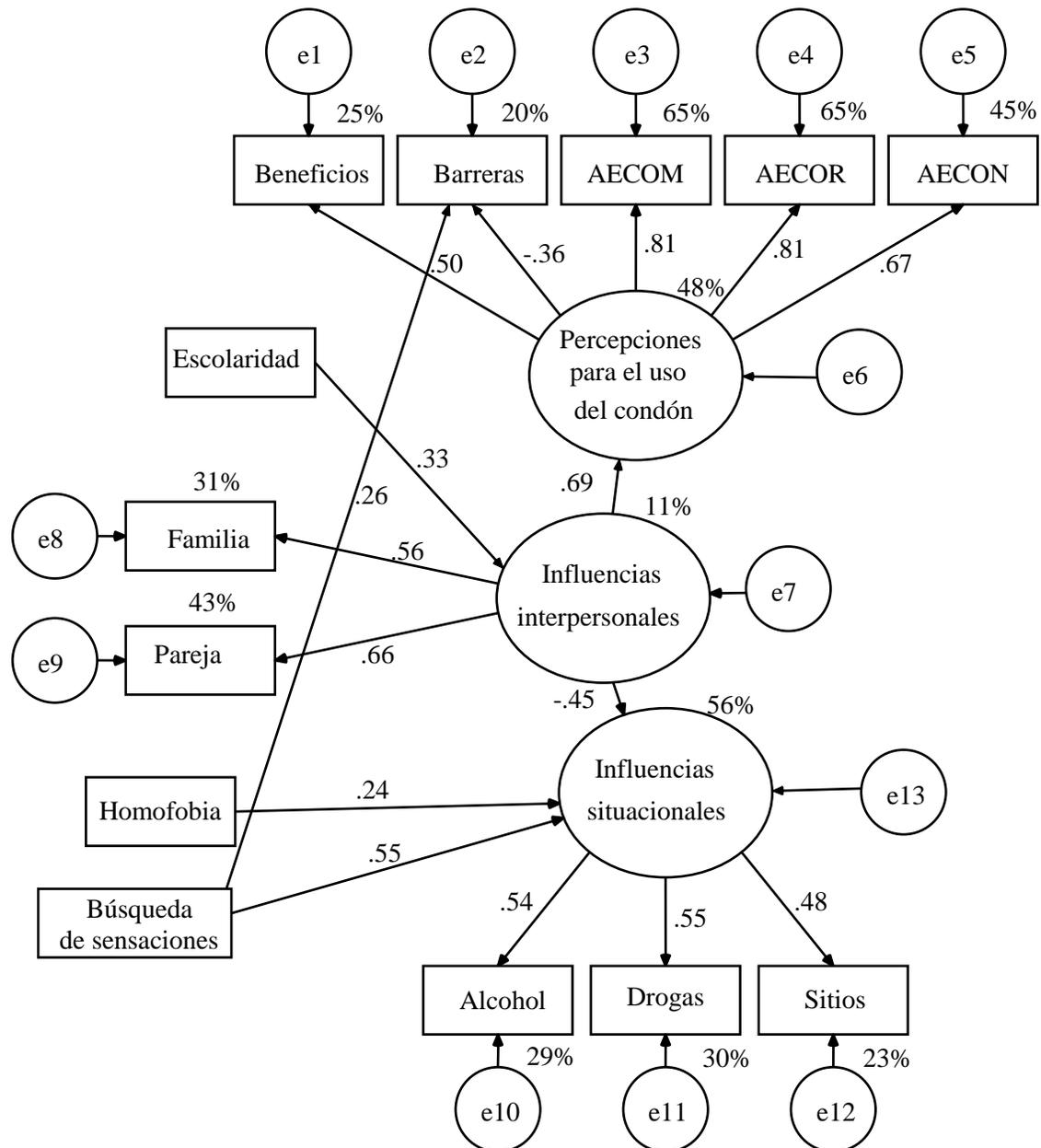


Figura 8. Modelo con variables cognitivas y características personales sin la variable de conducta sexual

Tabla 52

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
F4	<---	Escolaridad	.325	.158	.484	.001
F3	<---	HI	.241	.050	.413	.015
F3	<---	BSS	.549	.380	.707	.001
F2	<---	F4	.692	.534	.858	.001
F3	<---	F4	-.446	-.653	-.235	.001
Beneficios	<---	F2	.502	.380	.610	.001
Barreras	<---	F2	-.356	-.484	-.220	.001
AECOM	<---	F2	.809	.730	.879	.001
AECOR	<---	F2	.809	.733	.877	.001
AECOR	<---	F2	.669	.565	.759	.001
Sitios	<---	F3	.475	.311	.634	.001
Drogas	<---	F3	.550	.387	.707	.001
Alcohol	<---	F3	.543	.379	.689	.001
AP	<---	F4	.658	.507	.797	.001
AF	<---	F4	.556	.398	.692	.001
Barreras	<---	BSS	.264	.126	.388	.001

Nota: La aplicación del método de muestreo repetitivo de percentiles se hizo con la extracción de 2,000 muestras.

Con pareja ocasional, el resultado fue parecido. Se eliminó la vía de predicción de la percepción para usar condón por los ingresos, con lo que se logró una solución admisible. Los cuatro modelos de medida y las dos correlaciones fueron significativos. Se logró un modelo de medida homogéneo y con pesos $\geq .75$ para la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso de condón. Ninguna de las nueve vías estructurales para predecir la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón fue significativa, lo que indica que es un problema de especificación del modelo estructural.

El modelo estimado mostró que una percepción más favorable para el uso del condón fue predicha por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto grande

($\beta = .61, p = .001$), explicándose el 43% de la varianza. Las influencias interpersonales de mayor apoyo fueron predichas por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto muy grande ($\beta = .77, p = .007$), por menores ingresos ($\beta = -.33, p = .033$) y por una menor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.21, p = .034$), explicándose el 59% de la varianza. Las influencias situacionales desinhibidoras fueron predichas por una mayor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto grande ($\beta = .55, p = .001$), por una menor escolaridad con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.43, p = .009$) y por una mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .27, p = .014$), explicándose el 53% de la varianza (ver tabla 53).

Eliminando las dos variables manifiestas no significativas de edad y alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, no se logró ninguna vía significativa sobre frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, incluso probando de forma individual cada una de las 9 vías tampoco se consiguió significación estadística. Si se reduce el modelo a variables cognitivas e individuales, el resultado sería el mismo que el reportado en la figura anterior.

Variables			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
F3	<---	Identidad	.100	-.099	1.058	.266
F3	<---	HI	.269	.069	1.163	.014
F3	<---	BSS	.547	.342	.727	.001
F3	<---	Edad	.011	-.207	.225	.879
F3	<---	Ingresos	.176	-.057	.399	.127
F3	<---	Escolaridad	-.434	-.648	-.093	.009
F2	<---	Identidad	-.142	-2.009	.037	.121
F2	<---	HI	-.098	-1.999	.083	.306
F2	<---	BSS	-.049	-.321	.137	.703
F1	<---	F4	-.169	-1.310	.681	.535
F1	<---	F3	.053	-.506	.644	.811
F1	<---	F2	-.056	-.697	.448	.794
F1	<---	Edad	-.062	-.313	.217	.538
F1	<---	Ingresos	.001	-.438	.382	.966
F1	<---	Escolaridad	.100	-.969	1.240	.852
F1	<---	Identidad	-.057	-2.927	1.057	.620
F1	<---	HI	-.013	-3.074	1.148	.914
F1	<---	BSS	.152	-.380	.654	.459
CS18	<---	F1	.765	.679	.843	.001
CS19	<---	F1	.811	.725	.882	.001
Beneficios	<---	F2	.507	.376	.630	.001
Barreras	<---	F2	-.397	-.535	-.239	.001
AECOM	<---	F2	.813	.720	.886	.001
AECOR	<---	F2	.793	.708	.866	.001
AECON	<---	F2	.644	.530	.751	.001
Sitios	<---	F3	.518	.295	.711	.001
Drogas	<---	F3	.517	.308	.699	.001
Alcohol	<---	F3	.526	.352	.687	.001
AP	<---	F4	.762	.613	.926	.001
AF	<---	F4	.581	.447	.716	.001
CS20	<---	F1	.846	.752	.914	.001
CS21	<---	F1	.746	.647	.822	.001

Nota: La aplicación del método de muestreo repetitivo de percentiles se hizo con la extracción de 2,000 muestras

Con trabajadores sexuales, el resultado fue distinto, lográndose una validación del modelo de Pender. Como primer paso se eliminó la vía de predicción de la percepción para usar condón por los ingresos, con lo que se logró una solución admisible, al igual que ocurrió con los modelos con pareja estable y ocasional. Los cuatro modelos de medida y las dos correlaciones fueron significativos. Se logró un modelo de medida homogéneo y con pesos $\geq .94$ para la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso de condón. Una de las nueve vías estructurales para predecir la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón fue significativa. Las influencias situacionales tuvieron un tamaño de efecto muy grande sobre la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso de condón ($\beta = .81, p = .010$), explicándose el 41% de la varianza. Una percepción más favorable para el uso del condón fue predicha por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto grande ($\beta = .60, p = .001$), explicándose el 43% de la varianza.

Las influencias interpersonales de mayor apoyo fueron predichas por una mayor escolaridad con un tamaño de efecto muy grande ($\beta = .74, p = .004$), menores ingresos ($\beta = -.32, p = .029$) y por una menor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.21, p = .023$), explicándose el 53% de la varianza. Las influencias situacionales desinhibidoras fueron predichas por una mayor búsqueda de sensaciones sexuales con un tamaño de efecto grande ($\beta = .53, p = .001$), por una menor escolaridad con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.43, p = .006$) y por una mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .28, p = .006$), explicándose el 51% de la varianza (ver tabla 54).

Tabla 54

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables		β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
F2	<--- Edad	.165	-.008	.359	.059
F2	<--- Escolaridad	.602	.202	.756	.001
F4	<--- Edad	.105	-.090	.321	.319
F4	<--- Ingresos	-.316	-.477	-.036	.029
F4	<--- Escolaridad	.736	.095	.941	.004
F4	<--- Identidad	-.045	-1.859	.169	.622
F4	<--- HI	-.126	-1.990	.084	.252
F4	<--- BSS	-.209	-.503	-.026	.023
F3	<--- Identidad	.101	-.093	1.006	.257
F3	<--- HI	.279	.086	1.136	.006
F3	<--- BSS	.529	.348	.715	.001
F3	<--- Edad	.004	-.195	.204	.935
F3	<--- Ingresos	.159	-.050	.377	.153
F3	<--- Escolaridad	-.429	-.644	-.114	.006
F2	<--- Identidad	-.144	-2.027	.046	.124
F2	<--- HI	-.098	-2.002	.082	.287
F2	<--- BSS	-.049	-.309	.130	.715
F1	<--- F4	-.222	-1.095	.405	.309
F1	<--- F3	.814	.497	1.850	.001
F1	<--- F2	-.102	-.605	.351	.546
F1	<--- Edad	.128	-.126	.440	.305
F1	<--- Ingresos	-.137	-.620	.155	.348
F1	<--- Escolaridad	.400	-.397	1.559	.291
F1	<--- Identidad	-.059	-2.804	.589	.590
F1	<--- HI	-.267	-3.086	.456	.097
F1	<--- BSS	-.239	-1.035	.082	.128
CS23	<--- F1	.944	.923	.965	.001
CS24	<--- F1	.977	.962	.990	.001
Beneficios	<--- F2	.514	.378	.640	.001
Barreras	<--- F2	-.390	-.535	-.233	.001
AECOM	<--- F2	.848	.756	.918	.001
AECOR	<--- F2	.797	.712	.871	.001
AECON	<--- F2	.598	.475	.714	.001

(continúa)

VARIABLES			β	LI	LS	P
Sitios	<---	F3	.457	.303	.592	.001
Drogas	<---	F3	.529	.377	.662	.001
Alcohol	<---	F3	.584	.436	.715	.001
AP	<---	F4	.837	.661	1.052	.001
AF	<---	F4	.529	.385	.685	.001
CS25	<---	F1	.962	.941	.980	.001
CS26	<---	F1	.948	.924	.970	.001

Nota: La aplicación del método de muestreo repetitivo de percentiles se hizo con la extracción de 2,000 muestras.

Se eliminaron las vías no significativas, con lo que las dos variables manifiestas de edad y alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina salieron del modelo. También fue necesario eliminar los ingresos que están correlacionados con la escolaridad y resultaron ser una variable individual sociodemográfica redundante con la escolaridad. Para lograr un buen ajuste, retomando el modelo de variables cognitivas e individuales (ver figura 10), se introdujeron vías direccionales entre las mismas. Inicialmente se contempló la predicción de la percepción y de las influencias situacionales por las influencias interpersonales, como en el modelo revisado de variables cognitivas e individuales, pero finalmente se observó mejor ajuste y se logró un peso significativo de las influencias interpersonales sobre la frecuencia de las relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón, al predecir las influencias situacionales por la percepción y no por las influencias interpersonales.

El modelo estimado mostró que una percepción favorable para el uso del condón fue predicha por mayores influencias interpersonales de apoyo con un tamaño de efecto muy grande ($\beta = .74, p < .001$), explicándose el 54% de la varianza. Las influencias interpersonales de apoyo fueron predichas por mayor escolaridad con un tamaño de efecto mediano ($\beta = .33, p < .001$), explicándose el 11% de la varianza. Las influencias situacionales desinhibidoras fueron predichas por mayor búsqueda de sensaciones

sexuales con un tamaño de efecto mediano ($\beta = .44, p < .001$), por una percepción menos favorable para el uso del condón con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.34, p < .001$) y por mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .21, p < .011$), explicándose el 35% de la varianza.

Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón fue predicha por influencias situacionales desinhibidoras con un tamaño de efecto grande ($\beta = .59, p < .001$), por influencias interpersonales de menor apoyo con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.41, p = .016$), por una percepción menos favorable para el uso del condón con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.36, p = .036$) y por menor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = -.14, p = .034$), explicándose 39% de la varianza (ver tabla 55). El ajuste fue bueno por cinco índices ($\chi^2/gl = 113.061/112 = 1.009, GFI = .973, AGFI = .961, NFI = .953$ y $RFI = .943$), adecuado por un índice ($SRMR = .058$) y malo por 1 índice (p de B-S = $0/2,000 = 0$). La parsimonia del modelo fue muy alta ($RP = .824$). Debe señalarse que la gran complejidad y alta parsimonia hace muy difícil un buen ajuste a través de la prueba de muestreo repetitivo de Bollen-Stine, muy sensible a la desviación (Bollen & Stine, 1992).

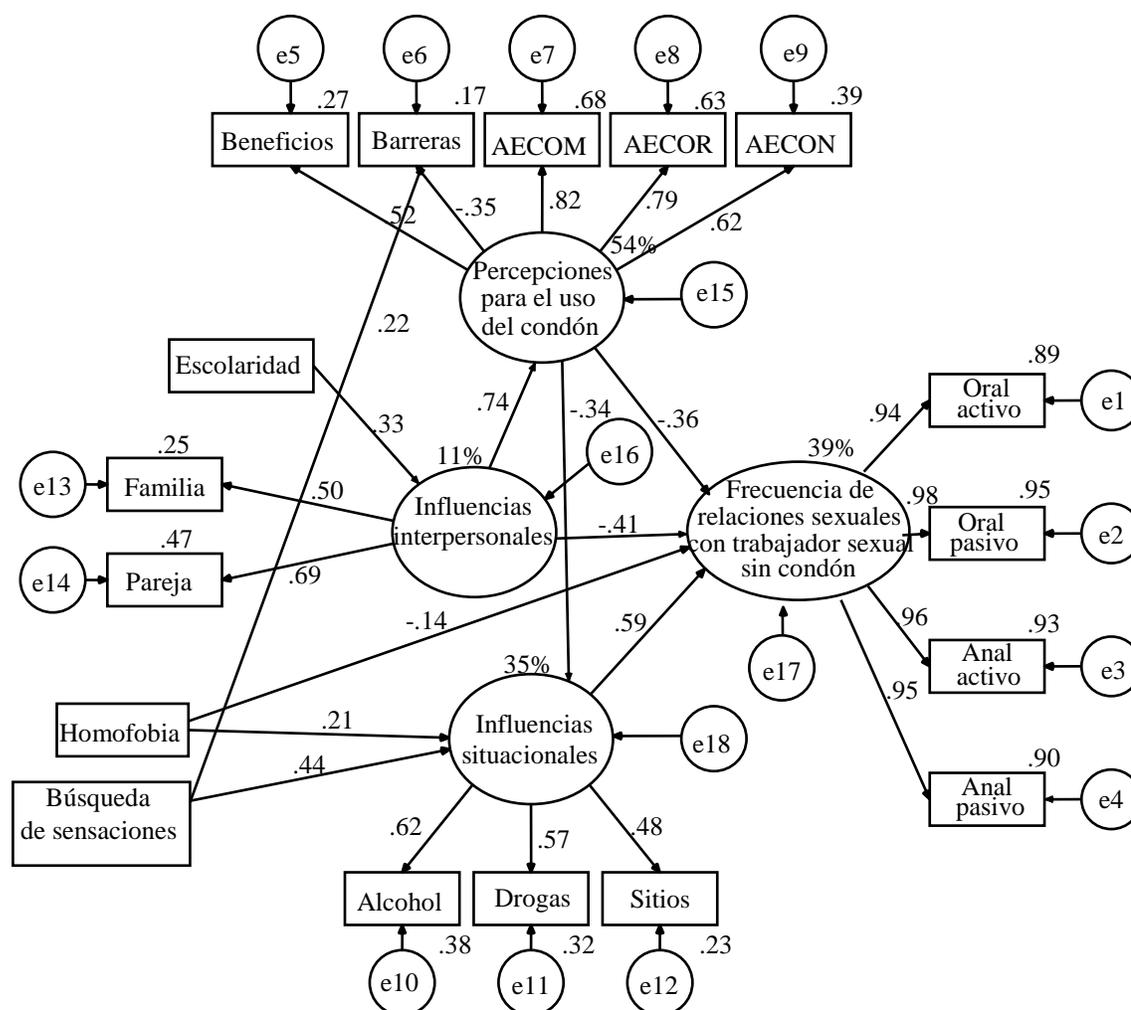


Figura 10. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador sexual sin condón

Tabla 55

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables		β	LI	LS	P
F4	<--- Escolaridad	.332	.159	.481	.001
F2	<--- F4	.737	.562	.914	.001
F3	<--- HI	.214	.051	.365	.011
F3	<--- BSS	.443	.280	.586	.001
F3	<--- F2	-.335	-.511	-.158	.001
F1	<--- F3	.586	.431	.762	.001
F1	<--- F2	-.356	-1.231	-.024	.036

(continúa)

Variables			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
F1	<---	HI	-.137	-.280	-.006	.034
F1	<---	F4	-.413	-1.305	-.077	.016
CS23	<---	F1	.943	.919	.964	.001
CS24	<---	F1	.977	.961	.991	.001
Beneficios	<---	F2	.517	.388	.634	.001
Barreras	<---	F2	-.349	-.481	-.213	.001
AECOM	<---	F2	.823	.731	.895	.001
AECOR	<---	F2	.794	.705	.867	.001
AECON	<---	F2	.624	.499	.732	.001
Sitios	<---	F3	.483	.319	.632	.001
Drogas	<---	F3	.568	.422	.702	.001
Alcohol	<---	F3	.620	.480	.751	.001
Pareja	<---	F4	.687	.520	.837	.001
Familia	<---	F4	.501	.335	.653	.001
CS25	<---	F1	.963	.942	.982	.001
CS26	<---	F1	.948	.924	.968	.001
Barreras	<---	BSS	.223	.067	.374	.007

Nota: La aplicación del método de muestreo repetitivo de percentiles se hizo con la extracción de 2,000 muestras.

Modelos estructurales de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres y hombres

Se consideraron tanto los correlatos significativos como las variables predictoras de los modelos generales lineales (MANOVA) para definir estos dos modelos. Se especificaron con sólo variables manifiestas, es decir, se empleó la técnica de análisis de senderos.

Modelo para frecuencia de relaciones sexuales con mujeres

Se partió de un modelo con 8 variables exógenas (alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, homofobia internalizada, barreras, beneficios, búsqueda de sensaciones sexuales, frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón y frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón).

La homofobia se especificó correlacionada con alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina y con barreras para el uso del condón. La frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón se especificó correlacionada con frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón y frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón (ver figura 11). Barreras, beneficios, búsqueda de sensaciones sexuales no tuvieron pesos estadísticamente significativos, por lo que se eliminaron en el modelo revisado.

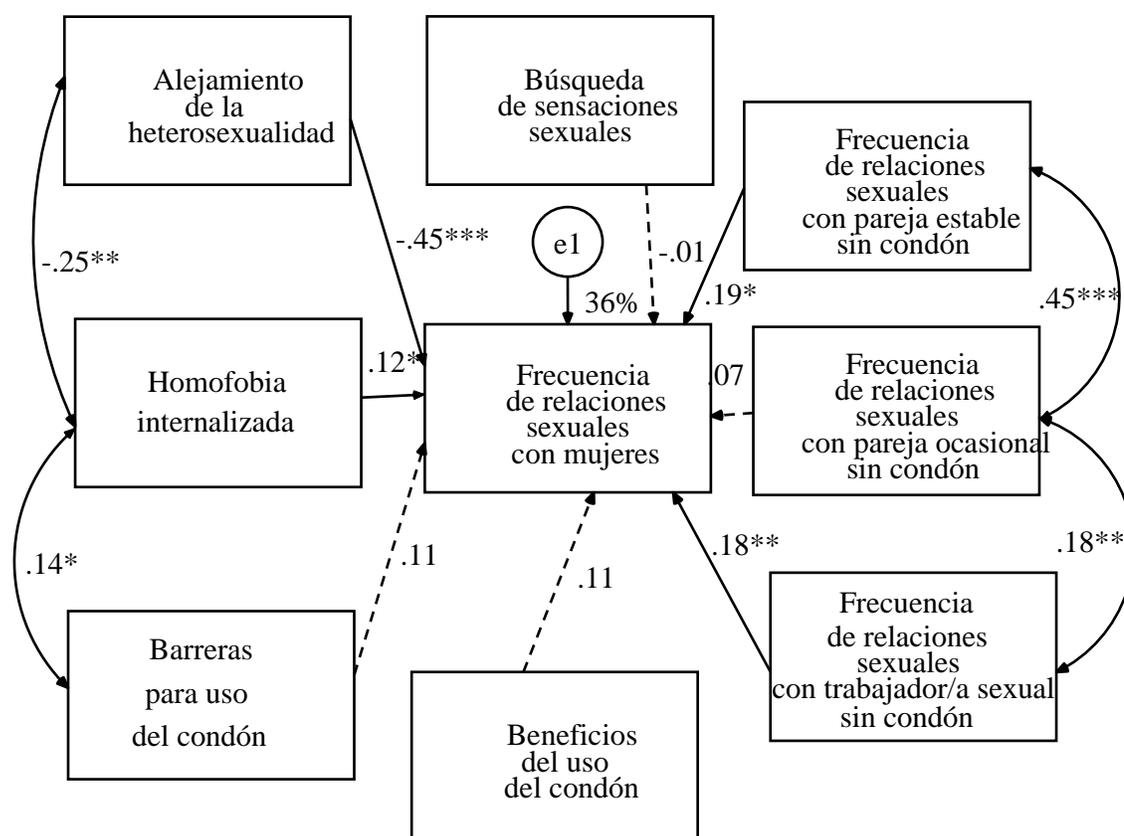


Figura 11. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles, *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Al volver a calcular el modelo, todos sus parámetros fueron significativos (ver tablas 57, 58, 59, 60 y 61 y figura 12). El alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina tuvo un tamaño de efecto mediano y las otras tres variables un tamaño de

efecto pequeño. La potencia explicativa del modelo fue grande (30%). El ajuste a los datos fue bueno por los siete índices contemplados y su parsimonia fue mediana (ver tabla 62). El modelo mostró que una mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres fue predicha por un menor alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina y una mayor homofobia internalizada, estando estas dos variables correlacionadas de forma inversa (mayor alejamiento se asoció con menor homofobia y viceversa), así como por mayor frecuencia de relaciones sexuales sin el uso del condón con pareja ocasional y con trabajador/a sexual. Dicho de otro modo los HSH que se definen como hombres e incurrir en más en prácticas sexuales de riesgo son los que tienen más relaciones sexuales con mujeres.

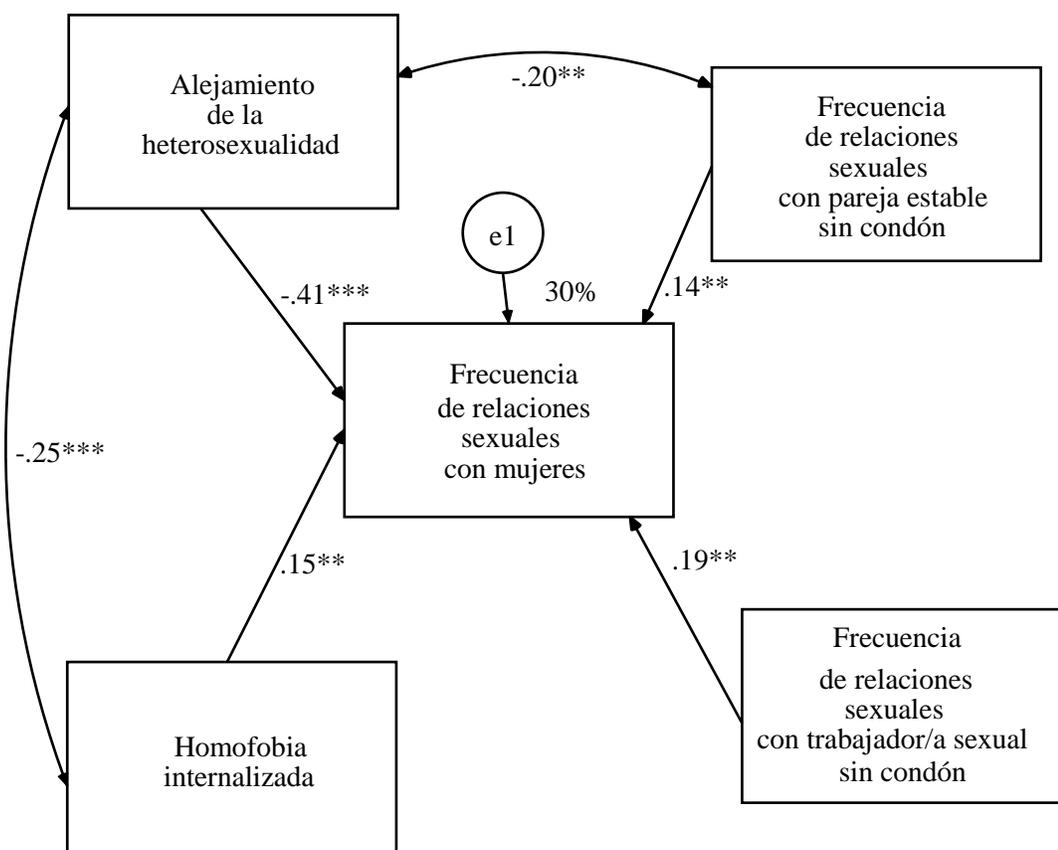


Figura 12. Modelo revisado de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres con 4 variables exógenas estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles, $*** p \leq .001$, $** p \leq .01$, $* p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Tabla 56

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables			<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM	<-	FRSPESC	0.118	0.039	0.197	.014
FRSM	<-	FRSTSSC	0.179	0.081	0.277	.003
FRSM	<-	Identidad	-9.536	-11.665	-7.220	.001
FRSM	<-	HI	0.141	0.052	0.234	.010

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, Identidad = alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI = Homofobia internalizada.

Tabla 57

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables		β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>	
FRSM	<-	FRSPESC	.142	.048	.239	.014
FRSM	<-	FRSTSSC	.188	.085	.291	.003
FRSM	<-	Identidad	-.413	-.500	-.317	.001
FRSM	<-	HI	.149	.055	.244	.010

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, Identidad = alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI = Homofobia internalizada.

Tabla 58

Significación de las covarianzas entre las variables exógenas

Variables		<i>Cov</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>	
Identidad	<->	HI	-5.578	-7.979	-3.197	.001
FRSPESC	<->	Identidad	-5.024	-7.681	-2.326	.002

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad = alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI = Homofobia internalizada. FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón

Tabla 59

Significación de las correlaciones entre las variables exógenas

Variables	<i>r</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad <-> HI	-.252	-.349	-.151	.001
FRSPESC <-> Identidad	-.199	-.300	-.094	.002

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad = alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI = Homofobia internalizada. FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón.

Tabla 60

Significación de las varianzas de las variables exógenas

Variable	<i>Var</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSPESC	701.677	596.632	805.806	.001
FRSTSSC	536.304	456.241	618.121	.001
Identidad	.908	.772	1.052	.001
HI	539.359	462.887	622.190	.001
e1	337.193	279.347	382.313	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSPESC = frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, FRSTSSC = frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, Identidad = alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI = Homofobia internalizada, e1 = error de predicción.

Tabla 61

Significación del porcentaje de varianza explicada

Variable	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM	30.3	22.8	40.0	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variable predicha: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres

Tabla 62

Índices de ajuste y parsimonia del modelo final

Índices	Interpretación		Valores
	Bueno	Aceptable	
χ^2			2.616
gl			4
χ^2/gl	< 2	< 3	0.654
p de B-S	< .05	< .01	1,224/2,000 = .612
GFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.996
$AGFI$	$\geq .90$	$\geq .85$	.986
NFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.978
RFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.945
$SRMR$	$\leq .05$	$\leq .10$	.027
RP	$\geq .50$	$\geq .25$	.400

Nota: Método: Mínimos cuadrados libre de escala (SFLS).

Modelo para frecuencia de relaciones sexuales con hombres

Se partió de un modelo con cinco variables manifiestas exógenas (apoyo de la familia para practicar sexo seguro, barreras para el uso del condón, búsqueda de sensaciones sexuales, consumo de drogas previo al encuentro sexual y frecuencia de asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas). Búsqueda de sensaciones sexuales, consumo de drogas y frecuencia de asistencia a sitios de encuentro se especificaron correlacionadas entre sí. También se especificó la correlación entre apoyo de la familia y barreras y entre búsqueda de sensaciones sexuales y barreras (ver figura 13). Búsqueda de sensaciones sexuales no tuvo un peso estadísticamente significativo ($p = .490$), por lo que se eliminó; y drogas tuvo un peso no significativo ($p = .069$), pero se mantuvo en la especificación del modelo revisado.

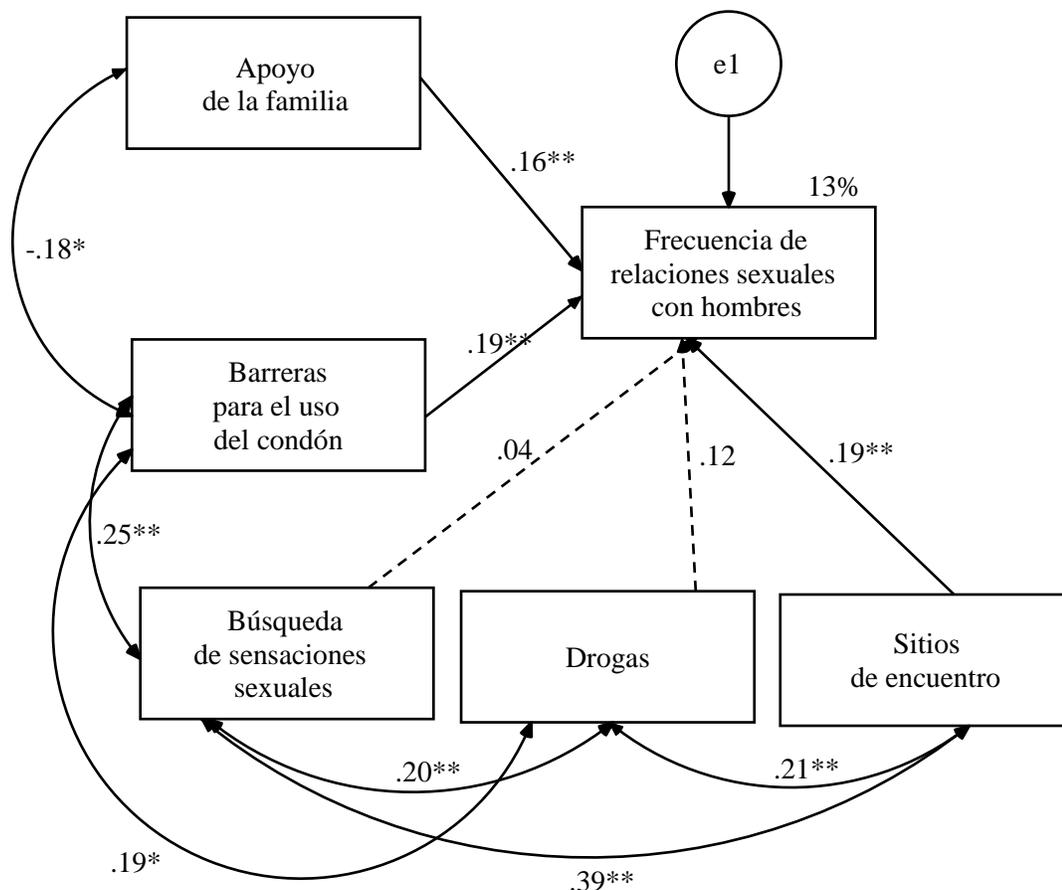


Figura 13. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con hombres con 5 variables exógenas estimado por SFSL desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles, *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$.

Al volver a calcular el modelo todos sus parámetros fueron significativos (ver tablas 63, 64, 65, 66, 67 y 68 y figura 14). Las cuatro variables tuvieron un tamaño de efecto pequeño sobre la frecuencia de relaciones sexuales con hombres. La potencia explicativa del modelo fue mediana (13%). El ajuste a los datos fue bueno por los siete índices contemplados y su parsimonia fue mediana (ver tabla 69).

Estimado el modelo mostró que una mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres fue predicha por una mayor asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas y un mayor consumo de drogas previo al encuentro sexual, estando estas dos variables directamente correlacionadas (mayor asistencia se asoció con más consumo y viceversa), así como por percepción de más barreras para el uso del condón que está

correlacionada directamente con uso de drogas (mayor percepción se asoció con mayor consumo y viceversa) y por un mayor apoyo de la familia para practicar sexo seguro que está inversamente correlacionado con la percepción de barreras para el uso del condón (mayor percepción se asoció con menor apoyo y viceversa).

En esta muestra de HSH, la homofobia internalizada fue independiente de la frecuencia de relaciones sexuales con hombres, pero no así el apoyo de la familia. Aquellos hombres que se sienten más aceptados y apoyados por su familia tienen sexo con mayor frecuencia con otros hombres y probablemente de forma más abierta. Por lo tanto, la homofobia internalizada no actúa como barrera para este tipo de relaciones, los HSH homofóbicos probablemente tengan sexo de forma oculta y menos integrada en la propia identidad. Precisamente, la asociación entre homofobia internalizada e identidad fue significativa y negativa. El hecho de que el alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina tampoco se asocien con mayor frecuencia de relaciones con hombres puede estar indicando que hay un fondo de impulso o deseo que motiva estas relaciones y el rechazo a la propia homosexualidad y el no asumir una identidad homosexual no inhibe ni facilita su realización. Se hipotetiza que si a este deseo se le suma el apoyo de la familia, entonces sí hay un efecto facilitador sobre la conducta de tener sexo con hombres. Como en el presente trabajo no se evaluó la fuerza del deseo homosexual, sólo se hacen estas afirmaciones a modo de hipótesis.

El acudir a sitios de encuentros para conocer parejas facilita el tener relaciones sexuales, especialmente si se le suma el efecto desinhibidor del uso de sustancias. Debe señalarse que el uso de alcohol previo al encuentro sexual no se asoció con mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres. Los hombres más extrovertidos o desinhibidos que acuden más a sitios de encuentro, consumen drogas y perciben más barreras para usar el condón (pérdida de sensibilidad) tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales con otros hombres, sobre todo si su orientación sexual es apoyada por su familia.

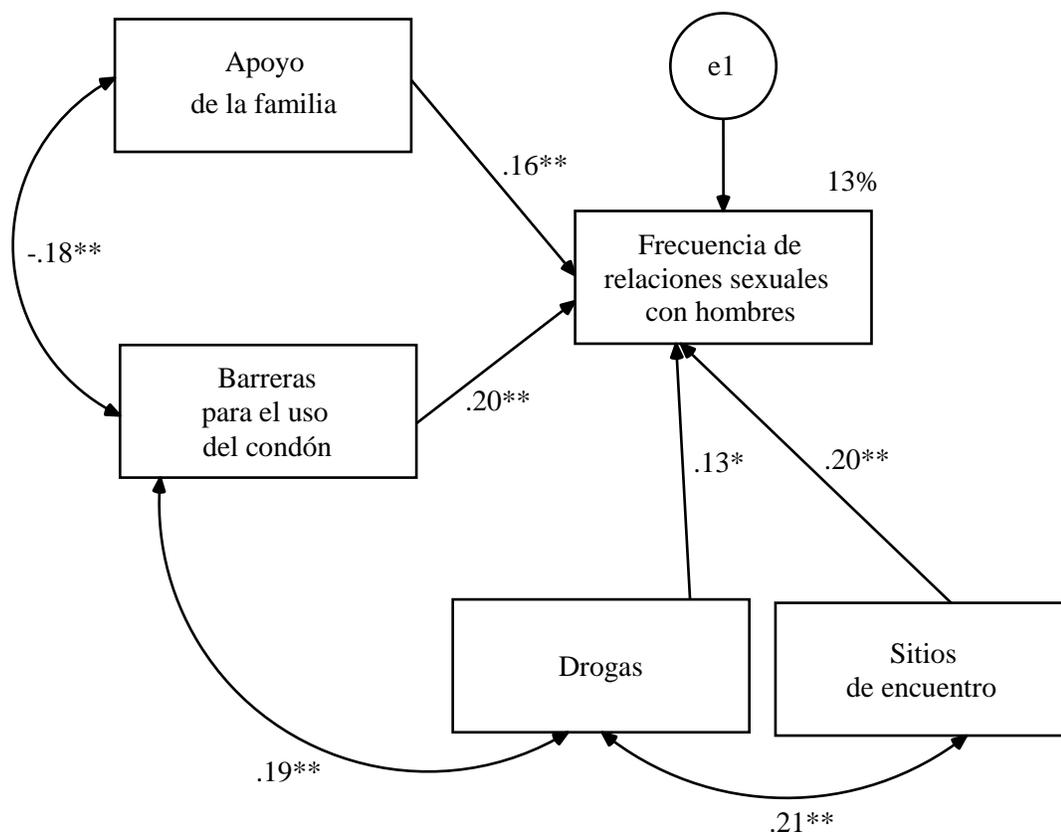


Figura 14. Modelo revisado de frecuencia de relaciones sexuales con hombres estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles, *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$.

Tabla 63

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables	<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSH <- AF	0.282	0.096	0.467	.006
FRSH <- BUC	0.226	0.110	0.346	.003
FRSH <- Drogas	0.128	0.023	0.235	.040
FRSH <- Sitios	0.298	0.147	0.448	.003

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro.

Tabla 64

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables	β	LI	LS	p
FRSH <- AF	.164	.057	.267	.006
FRSH <- BUC	.196	.096	.298	.003
FRSH <- Drogas	.125	.022	.230	.040
FRSH <- Sitios	.204	.102	.302	.003

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres, AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro.

Tabla 65

Significación de las covarianzas entre variables exógenas

Variables	Cov	LI	LS	p
Drogas <-> Sitios	115.562	57.154	175.286	.004
AF <-> BUC	-75.350	-121.016	-29.122	.006
BUC <-> Drogas	131.331	58.195	207.462	.003

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro.

Tabla 66

Significación de las correlaciones entre variables exógenas

Variables	r	LI	LS	p
Drogas <-> Sitios	.208	.106	.307	.004
AF <-> BUC	-.179	-.279	-.071	.006
BUC <-> Drogas	.186	.084	.285	.003

Notas: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual y Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro.

Tabla 67

Significación de las varianzas de las variables exógenas

VARIABLES	Var	LI	LS	p
AF	281.782	239.434	323.895	.001
BUC	628.849	536.293	725.122	.001
Drogas	792.801	674.659	908.514	.001
Sitios	389.352	334.148	449.146	.001
e1	723.990	601.805	817.308	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, e1 = error de predicción.

Tabla 68

Significación del porcentaje de varianza explicada

VARIABLE	%	LI	LS	p
FRSH	13.1	.082	.218	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variable predicha: FRSH = frecuencia de relaciones sexuales con hombres.

Tabla 69

Índices de ajuste y parsimonia del modelo final

Índices	Interpretación		Valores	
	Bueno	Aceptable	M1	M2
χ^2			4.168	7.870
<i>Gl</i>			3	6
χ^2/gl	< 2	< 3	1.389	1.312
<i>p</i> de B-S	< .05	< .01	512/2,000 = .256	249/2,000 = .125
<i>GFI</i>	≥ .95	≥ .90	.994	.991

(continúa)

Índices	Interpretación		Valores	
	Bueno	Aceptable	M1	M2
<i>AGFI</i>	≥ .90	≥ .85	.969	.968
<i>NFI</i>	≥ .95	≥ .90	.937	.942
<i>RFI</i>	≥ .95	≥ .90	.789	.855
<i>SRMR</i>	≤ .05	≤ .10	.034	.040
<i>RP</i>	≥ .50	≥ .25	.300	.400

Método: Mínimos cuadrados libres de escala (SFLS).

Aunque la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres ($r_S = .187, p = .004, r = .154, p = .017$), resultó una variable espuria ante la frecuencia de asistencia a sitios de encuentro y consumo de drogas previo al encuentro sexual. Si se parcializa la varianza de cualquiera de estas dos variables, la correlación entre búsqueda de sensaciones sexuales y frecuencia de relaciones sexuales con hombres deja de ser significativa ($r_p = .058, p = .375$ al parcializar la varianza de sitios de encuentro y $r_p = .114, p = .079$ al parcializar la varianza de consumo de drogas). Estas dos últimas variables correlacionan entre sí y pueden ser predichas por la búsqueda de sensaciones. De ahí que se volvió a especificar el modelo inicial, conservando la variable de búsqueda de sensaciones.

En este segundo modelo revisado se especificó como variable exógena correlacionada con barreras y predice la frecuencia de asistencia a sitios de encuentro y consumo de drogas previo al encuentro sexual. La correlación entre consumo de drogas previo al encuentro sexual y barreras se transformó en una relación direccional, en la cual mayor percepción de barreras predice mayor consumo de drogas previo al encuentro sexual, esto es, la percepción actúa como una actitud facilitadora dentro del modelo.

Estimada esta segunda revisión del modelo, las cuatro variables tuvieron un tamaño de efecto pequeño sobre la frecuencia de relaciones sexuales con hombres y la potencia explicativa de las mismas fue mediana (14%). La búsqueda de sensaciones tuvo un tamaño de efecto mediano sobre sitios de encuentro y pequeño sobre consumo de drogas, al igual que barreras (ver tablas 70, 71, 72, 73, 74 y 75 y figura 15). El ajuste del modelo a los datos fue bueno por los cinco índices y aceptable por dos índices y su parsimonia fue mediana (ver tabla 69). Con respecto al anterior, incluye una variable más, mejora su parsimonia y el ajuste por los índices NFI y RFI, además cobra más sentido teórico desde el concepto de búsqueda de sensaciones. No obstante, la prueba de la diferencia de los estadístico chi-cuadrado, considerando el primer modelo revisado anidado al segundo, mostró que la bondad de ajuste es estadísticamente equivalente entre ambos ($\Delta\chi^2[3] = 3.702, p = .295$).

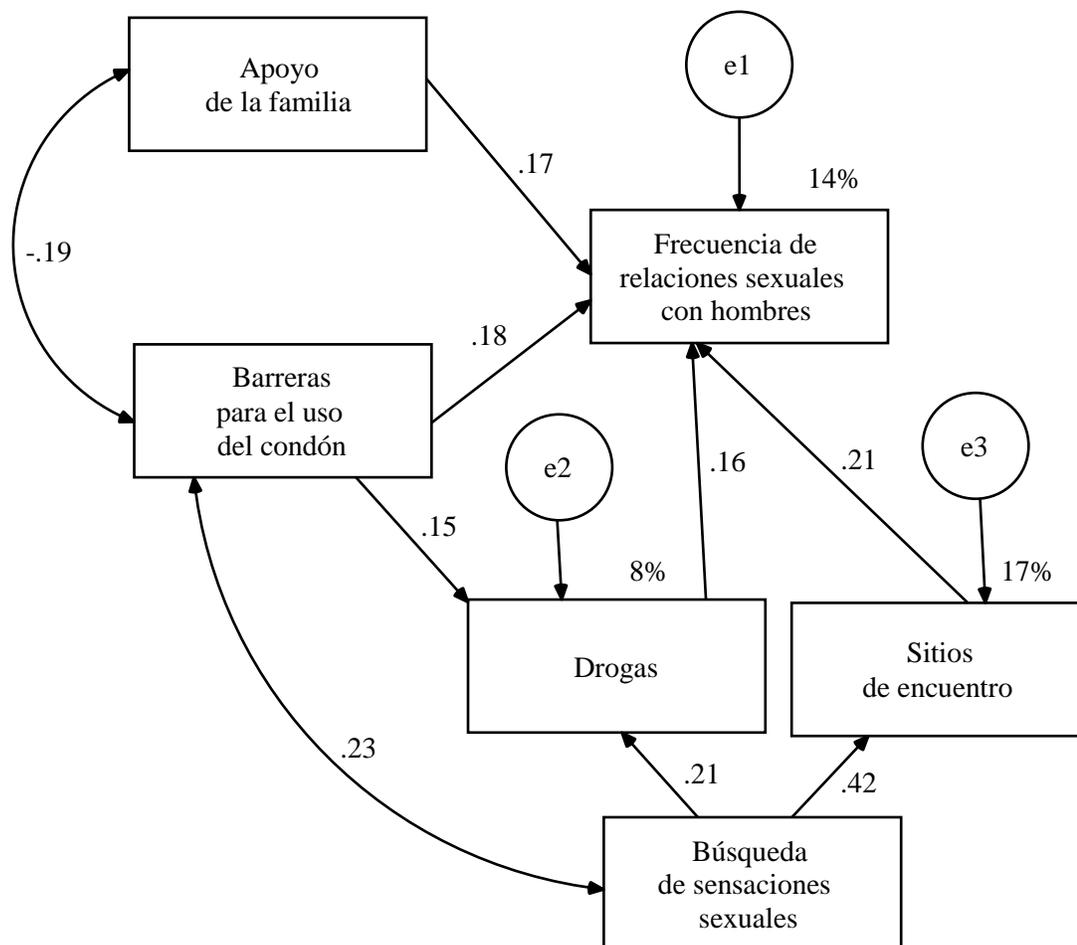


Figura 15. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con hombres estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabla 70

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables			<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Drogas	<-	BUC	.166	.043	.288	.022
Drogas	<-	BSS	.359	.162	.562	.004
Sitios	<-	BSS	.503	.373	.637	.001
FRSH	<-	AF	.287	.110	.464	.011
FRSH	<-	BUC	.202	.080	.325	.007
FRSH	<-	Drogas	.162	.055	.270	.012
FRSH	<-	Sitios	.303	.146	.457	.003

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSH= frecuencia de relaciones sexuales con hombres, BUC = barreras para el uso del condón, BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, AF = apoyo de la familia.

Tabla 71

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Drogas	<-	BUC	.148	.037	.253	.022
Drogas	<-	BSS	.208	.096	.320	.004
Sitios	<-	BSS	.416	.317	.512	.001
FRSH	<-	AF	.167	.063	.266	.011
FRSH	<-	BUC	.175	.070	.279	.007
FRSH	<-	Drogas	.158	.056	.260	.012
FRSH	<-	Sitios	.207	.100	.308	.002

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSH= frecuencia de relaciones sexuales con hombres, BUC = barreras para el uso del condón, BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, AF = apoyo de la familia.

Tabla 72

Significación de la covarianza entre variable exógena

Variables			<i>Cov</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
AF	<->	BUC	-78.929	-125.510	-31.891	.004
BUC	<->	BSS	94.176	48.793	141.614	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón, BSS= búsqueda de sensaciones sexuales.

Tabla 73

Significación de correlaciones entre variables exógenas

Variables			<i>r</i>	<i>LS</i>	<i>LI</i>	<i>p</i>
AF	<->	BUC	-.188	-.291	-.077	.004
BUC	<->	BSS	.231	.125	.335	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón, BSS= búsqueda de sensaciones sexuales.

Tabla 74

Significación de las variables exógenas

Variables	Var	LI	LS	p
AF	281.702	240.132	325.319	.001
BUC	626.059	530.000	718.328	.001
BSS	265.010	223.218	305.973	.001
e2	729.139	609.944	830.459	.001
e3	320.857	267.878	367.052	.001
e1	718.026	599.309	811.113	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: AF = apoyo de la familia, BUC = barreras para el uso del condón, BSS= búsqueda de sensaciones sexuales, e1, e2, e3= error estandarizado.

Tabla 75

Significación del porcentaje de la varianza explicada

Variables	%	LI	LS	p
Sitios	17.3	.101	.262	.001
Dogas	7.9	.034	.151	.001
FRSH	13.8	.086	.229	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Dogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, FRSH= frecuencia de relaciones sexuales con hombres.

Frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja estable

Al no validarse el modelo de Pender con la frecuencia de relaciones sin uso del condón con pareja estable y con pareja ocasional se optó por definir nuevos modelos con variables manifiestas, lo que facilita el ajuste a los datos. Se partió de las correlaciones significativas, modelos generales lineales y resultados reportados por estudios previos. Para predecir frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja estable, se partió de un modelo con seis variables exógenas: frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, barreras, beneficios, búsqueda de sensaciones, autoeficacia para el uso

consistente del condón y autoeficacia para la comunicación con la pareja para el uso del condón. Los dos tipos de autoeficacia, barreras y beneficios se especificaron correlacionados entre sí y la búsqueda de sensaciones sexuales especificó correlacionada con barreras.

La frecuencia de relaciones sexuales con mujeres fue una variable endógena predicha por alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, homofobia internalizada y frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, estando correlacionadas las dos primeras variables (ver figura 16). Al estimar el modelo, todas las correlaciones fueron significativas y los predictores de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, pero el peso de 4 variables exógenas (autoeficacia en la comunicación para el uso del condón, búsqueda de sensaciones sexuales, barreras y beneficios) sobre la frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja estable no fue significativo.

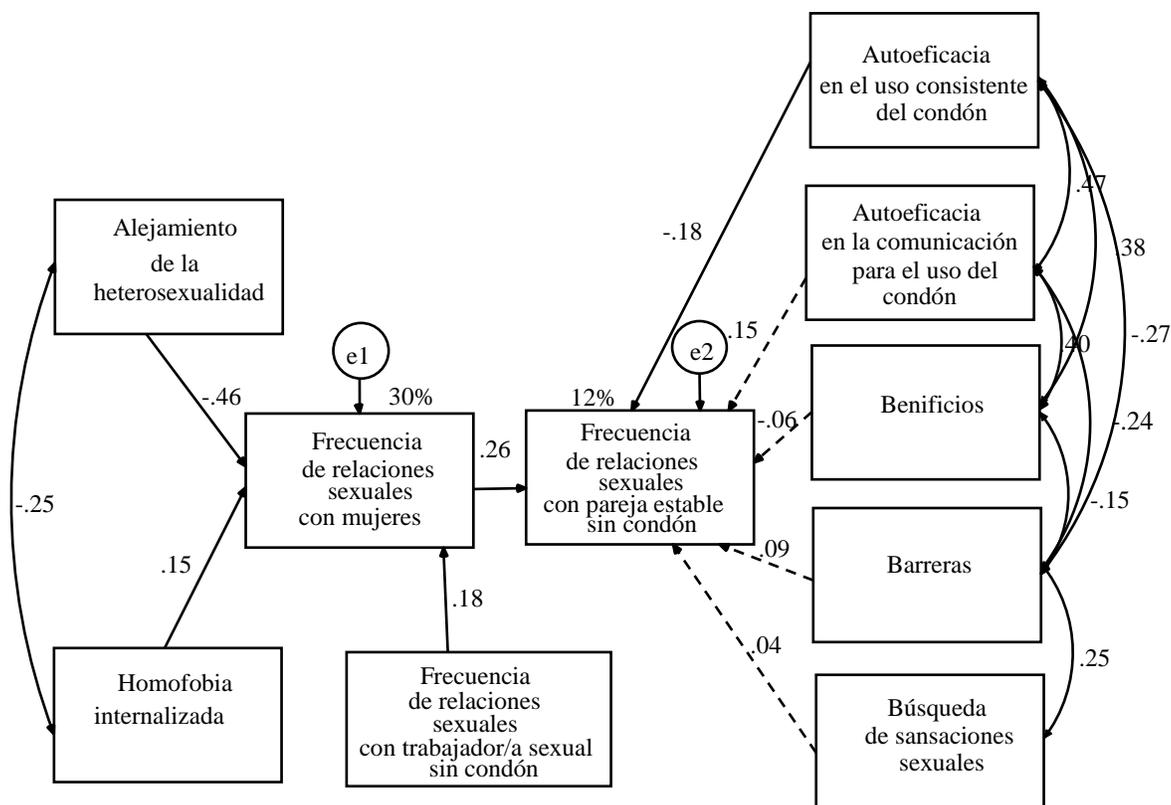


Figura 16. Modelo de frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Al eliminar las variables sin peso significativo, se define un nuevo modelo. La frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón fue predicha por la autoeficacia para el uso consistente del condón y por la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres. Esta última variable fue endógena y tuvo como predictores el alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, homofobia internalizada y frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, estando correlacionadas las dos primeras variables. Estimado el modelo, todos los parámetros fueron significativos por el método de percentiles (ver tablas 76, 77, 78, 79, 80 y 81 y figura 17). La potencia explicativa del modelo fue baja sobre la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón (8%) y alta sobre la frecuencia de relaciones

sexuales con mujeres (30%). Los siete índices contemplados mostraron buen ajuste y la parsimonia fue alta (RP = .60) (ver tabla 82).

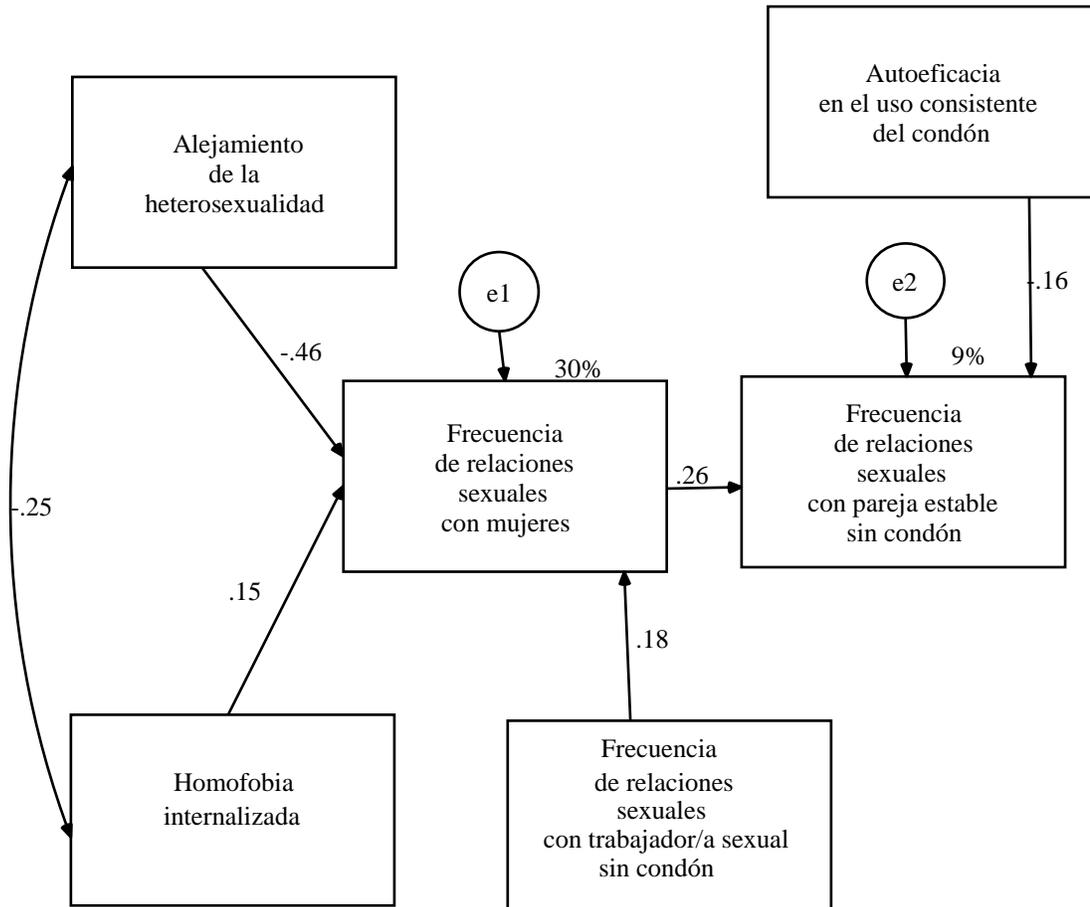


Figura 17. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Tabla 76

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables	<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM <- Identidad	-10.620	-12.875	-8.322	.001
FRSM <- HI	.138	.043	.224	.020
FRSM <- FRSTSSC	.165	.059	.262	.008
FRSPESC <- FRSM	.317	.176	.458	.001
FRSPESC <- AECON	-.196	-.333	-.078	.011

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM= frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia para el uso consistente del condón.

Tabla 77

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables	β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM <- Identidad	-.464	-.550	-.366	.001
FRSM <- HI	.147	.044	.237	.022
FRSM <- FRSTSSC	.176	.064	.274	.008
FRSPESC <- FRSM	.260	.148	.371	.001
FRSPESC <- AECON	-.159	-.270	-.067	.009

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia para el uso consistente del condón.

Tabla 78

Significación de las covarianzas entre las variable exógena

VARIABLES	Cov	LI	LS	p
Identidad <-> HI	-5.578	-7.927	-3.258	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada.

Tabla 79

Significación de las correlaciones entre la variable exógena

VARIABLES	r	LI	LS	p
Identidad <-> HI	-.252	-.344	-.152	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada.

Tabla 80

Significación de las varianzas de las variables exógenas

VARIABLES	Var	LI	LS	p
Identidad	.908	.777	1.049	.001
HI	539.359	467.229	632.839	.000
FRSTSSC	536.304	466.738	626.537	.000
AECON	463.001	395.246	539.971	.001
e1	331.194	287.805	400.728	.000
e2	636.341	551.350	740.834	.000

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia para el uso consistente del condón, e1 y e2= errores de predicción

Tabla 81

Significación del porcentaje de varianza explicada

Variables	%	LI	LS	p
FRSM	30.3	.204	.390	.003
FRSPESC	9.3	.037	.167	.002

Notas: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables predichas: FRSM= frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón.

Tabla 82

Índices de ajuste y parsimonia del modelo final

Índices	Interpretación		Valores
	Bueno	Aceptable	
χ^2			5.295
gl			9
χ^2/gl	< 2	< 3	0.588
p de B-S	< .05	< .01	1,467/2,000 = .734
GFI	≥ .95	≥ .90	.994
AGFI	≥ .90	≥ .85	.985
NFI	≥ .95	≥ .90	.958
RFI	≥ .95	≥ .90	.931
SRMR	≤ .05	≤ .10	.033
RP	≥ .50	≥ .25	.600

Nota: Método: Mínimos cuadrados libres de escala (SFLS)

Frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional

Para predecir frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional, se partió del modelo de frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, al quedar esta variable con un variable predictora endógena (predicha por homofobia internalizada,

alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja estable y con trabajador/a sexual). Las frecuencias de relaciones sexuales sin condón con pareja estable y con trabajador/a sexual también predijeron frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional. Además se agregaron siete variables exógenas como predictores de frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional: barreras, beneficios, búsqueda de sensaciones sexuales, autoeficacia para el uso consistente del condón, autoeficacia para la comunicación con la pareja para el uso del condón, el apoyo de la familia y el apoyo de la pareja para practicar sexo seguro. Los dos tipos de autoeficacia, barreras y beneficios se especificaron correlacionados entre sí, la búsqueda de sensaciones sexuales especificó correlacionada con barreras y los dos tipos de apoyo se especificaron correlacionados entre sí (ver figura 18).

Al estimar el modelo, todas las correlaciones fueron significativas, pero hubo 6 vías de predicción de frecuencia de relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional no significativas: barreras, beneficios, autoeficacia en la comunicación para el uso del condón, apoyo de la pareja, apoyo de la familia y frecuencia de las relaciones sexuales con mujeres.

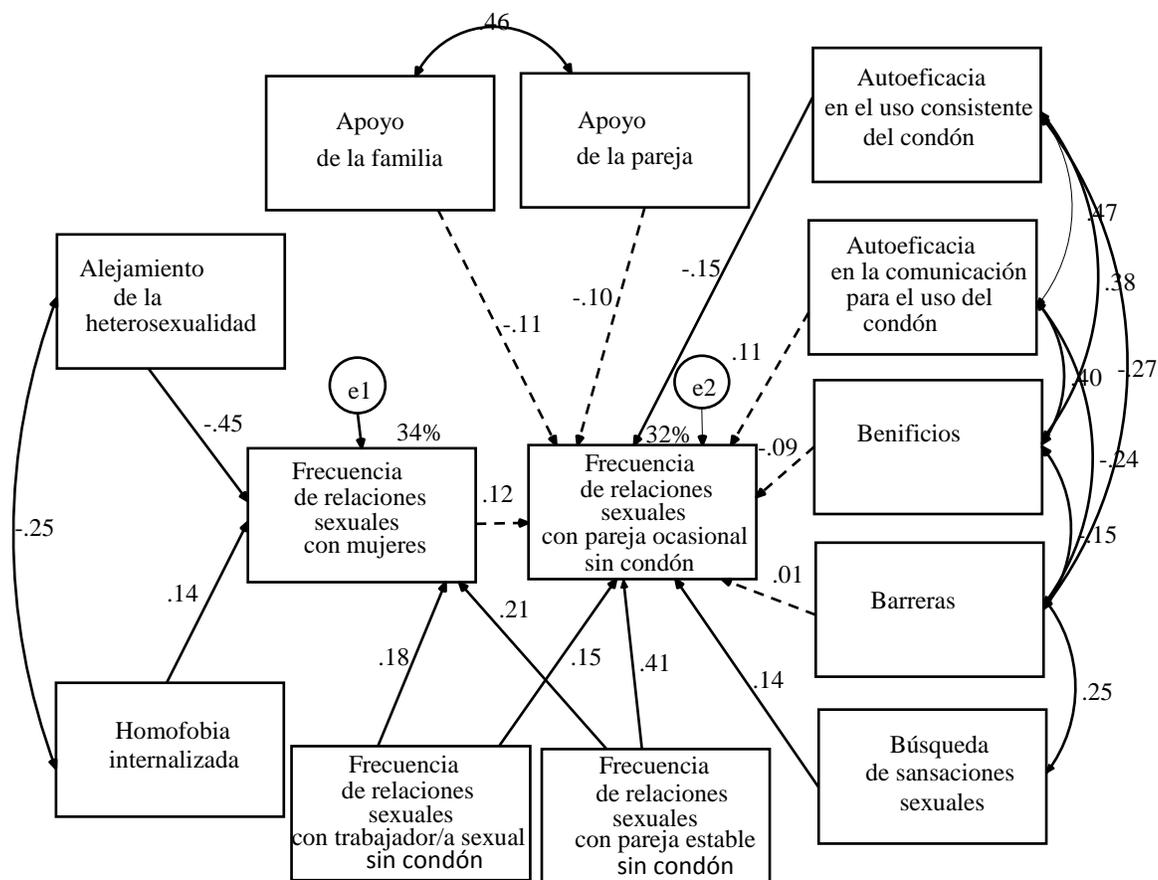


Figura 18. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

En una primera revisión, se eliminaron todas las variables y vías no significativas, salvo la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres. Nuevamente no tuvo un peso significativo la variable y tampoco lo tuvo la búsqueda de sensaciones sexuales (ver figura 19).

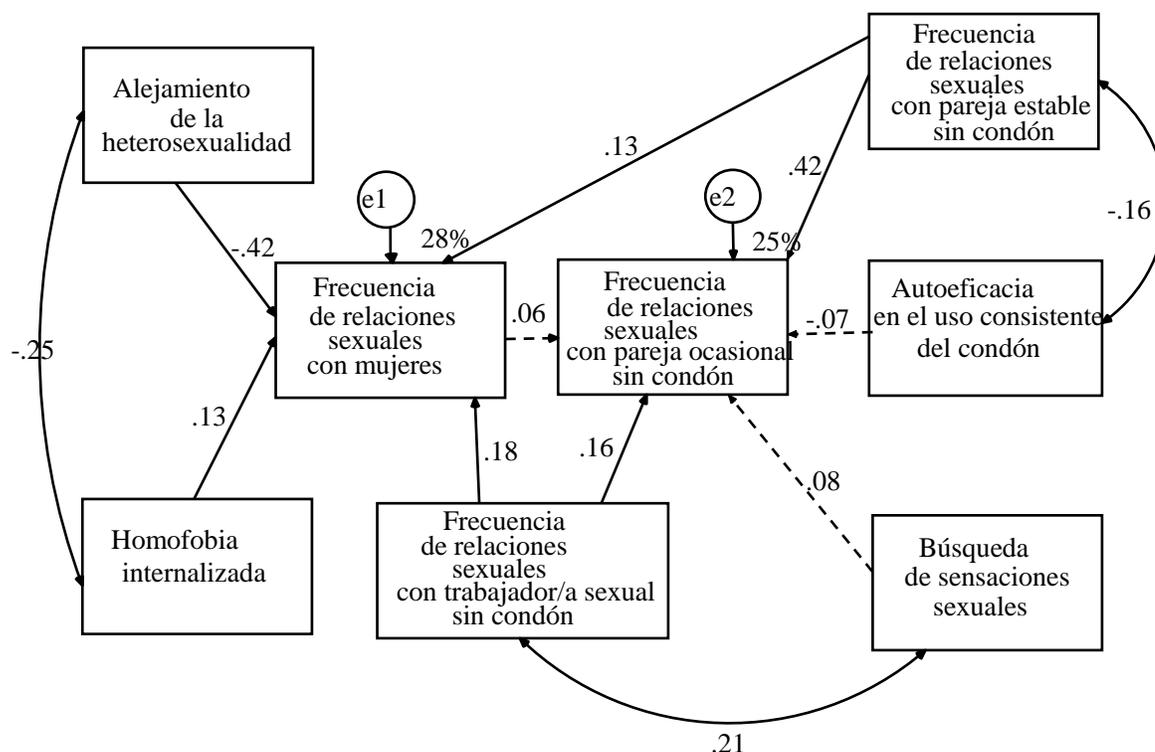


Figura 19. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Tabla 83

Índices de ajuste de parsimonia del modelo final

Índices	Interpretación		Modelos	
	Buena	Aceptable	M2	M3
χ^2			3.511	7.696
$G1$			8	13
$\chi^2/g1$	< 2	< 3	0.439	0.592
p de B-S	< .05	< .01	1,700/2000 = .850	1,473/2000 = .732
GFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.996	.993
$AGFI$	$\geq .90$	$\geq .85$	.989	.984

(continúa)

Índices	Interpretación		Modelos	
	Buena	Aceptable	M2	M3
<i>NFI</i>	$\geq .95$	$\geq .90$	.971	.962
<i>RFI</i>	$\geq .95$	$\geq .90$	.946	.938
<i>SRMR</i>	$\leq .05$	$\leq .10$	.026	.034
<i>RP</i>	$\geq .50$	$\geq .25$	.533	.619

Nota: Método: Mínimos cuadrados libre de escala (SFLS)

Al eliminar búsqueda de sensaciones sexuales y frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, se logró un modelo con todas sus vías significativas, con buen ajuste a los datos desde los 7 índices contemplados y parsimonia alta (ver tabla 84, 85, 86, 87, 88 y 89 y figura 20). La potencia explicativa sobre frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón fue pequeña (8%) y sobre frecuencia de relaciones sexuales con mujeres fue alta (29%). Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón fue predicha por mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, por mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual y por menor autoeficacia para el uso consistente del condón, teniendo estos tres predictores tamaños de efecto pequeños.

A su vez, mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres fue predicha por menor alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina con un tamaño de efecto mediano, por mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón con un tamaño de efecto pequeño y por mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño, estando la identidad y la homofobia inversamente correlacionadas (menos alejamiento a mayor homofobia y viceversa).

El modelo mostró que los participantes que se identifican más como hombres, rechazan más su propia homosexualidad e incurren más en prácticas de riesgo con trabajador/a sexual resultan ser los más activos sexualmente con mujeres. Esta mayor

actividad sexual con mujeres, aunado a percibir una menor eficacia para el uso consistente del condón y tener más relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin usar condón predicen mayor frecuencia de relaciones sexuales con parejas ocasionales sin condón. Este modelo es muy semejante al obtenido con la pareja estable.

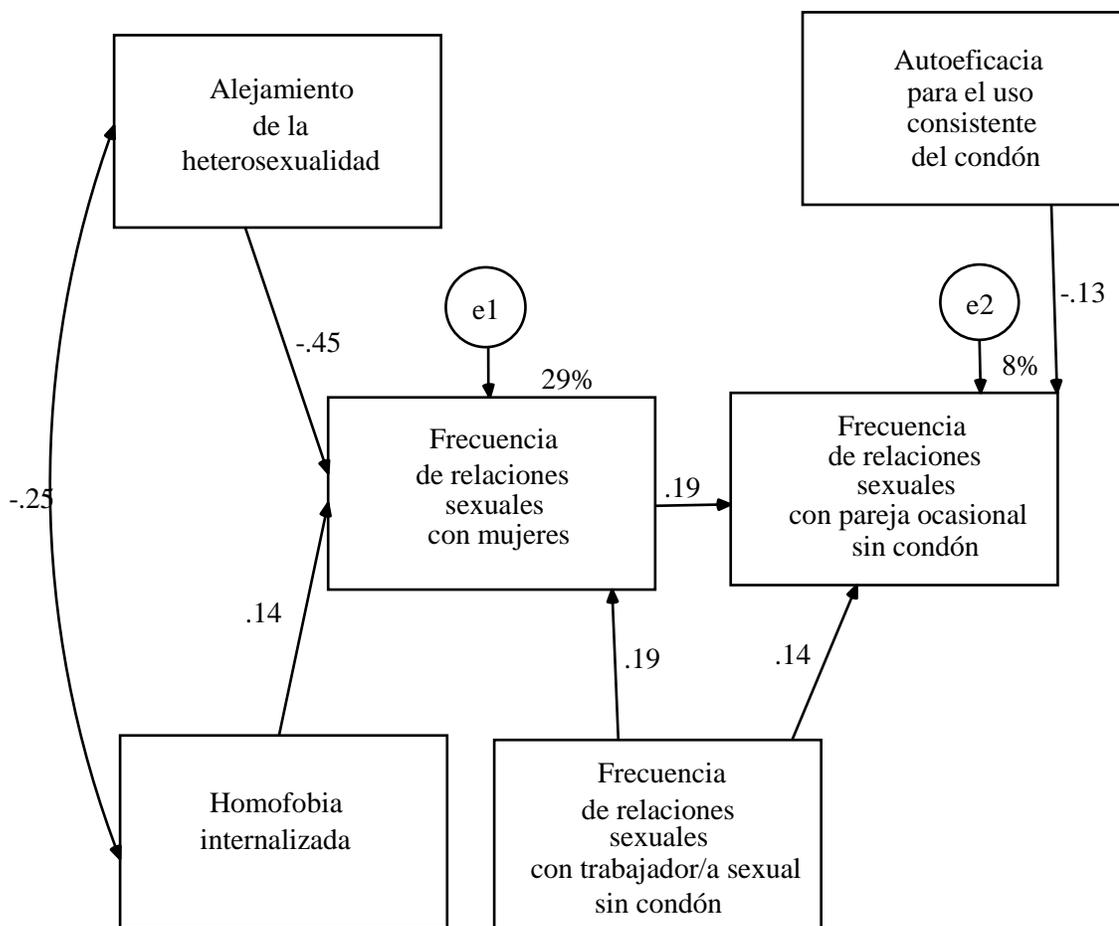


Figura 20. Modelo estandarizado de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Tabla 84

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables		<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
FRSM	<- Identidad	-10.393	-12.606	-8.042	.001
FRSM	<- HI	.136	.045	.224	.018
FRSM	<- FRSTSSC	.176	.079	.274	.005
FRSPOSC	<- FRSM	.222	.087	.366	.010
FRSPOSC	<- FRSTSSC	.158	.034	.273	.038
FRSPOSC	<- AECON	-.162	-.284	-.033	.043

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia para el uso consistente del condón.

Tabla 85

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables		β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM	<- Identidad	-.453	-.540	-.359	.001
FRSM	<- HI	.144	.047	.236	.018
FRSM	<- FRSTSSC	.186	.082	.286	.005
FRSPOSC	<- FRSM	.187	.073	.302	.010
FRSPOSC	<- FRSTSSC	.140	.030	.239	.038
FRSPOSC	<- AECON	-.134	-.235	-.028	.043

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia para el uso consistente del condón.

Tabla 86

Significación de las covarianzas entre las variables exógenas

VARIABLES	Cov	LI	LS	p
Identidad <-> HI	-5.578	-7.927	-3.258	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada.

Tabla 87

Significación de las correlaciones entre las variables exógenas

VARIABLES	r	LI	LS	p
Identidad <-> HI	-.252	-.347	-.155	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada.

Tabla 88

Significación de las varianzas de las variables exógenas

VARIABLES	Var	LI	LS	p
Identidad	.908	.770	1.043	.001
HI	539.359	459.408	621.257	.001
FRSTSSC	537.049	455.735	613.703	.001
AECON	463.001	391.750	534.965	.001
e1	338.281	278.130	386.436	.001
e2	623.193	521.220	708.043	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia para el uso consistente del condón, e1 y e2= errores de predicción.

Tabla 89

Significación del porcentaje de varianza explicada

Variables	%	LI	LS	p
FRSM	29.3	.213	.397	.001
FRSPOSC	8.2	.040	.160	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón.

Si se considera el modelo de pareja estable sin uso del condón (predicho por mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres y menor autoeficacia para el uso consistente del condón), entonces la autoeficacia deja de ser un predictor significativo de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón. Al eliminar esta vía, se logra un modelo con todos sus parámetros significativos, una potencia explicativa alta sobre las dos variables endógenas, buen ajuste a los datos por los siete índices contemplados y parsimonia alta. Este modelo revisado muestra que los HSH que incurren más en prácticas de sexo desprotegido con pareja estable son los sexualmente más activos con mujeres, aunado a incurrir más en práctica de sexo desprotegido con trabajador/a sexual predice mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin uso del condón. Estas personas se identifican más como hombres y rechazan más su propia homosexualidad.

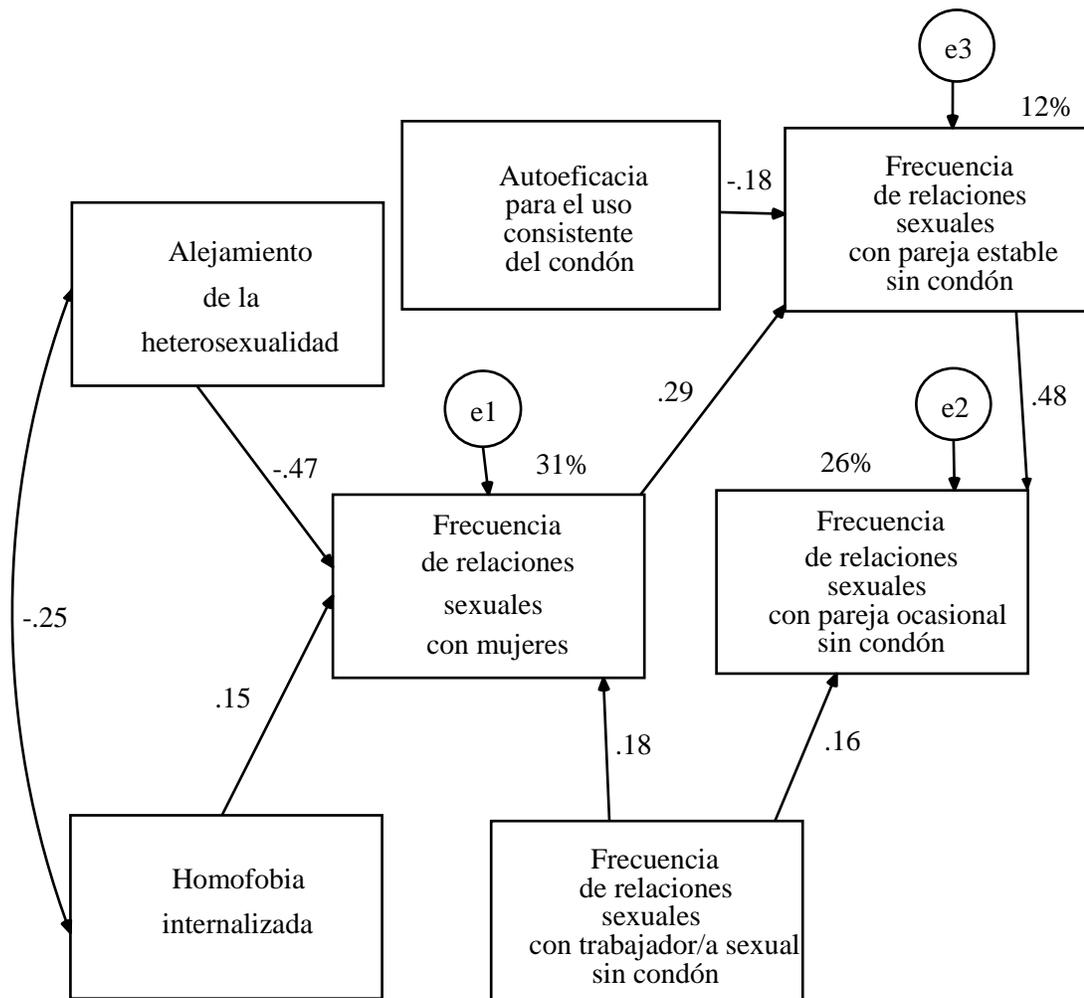


Figura 20. Modelo revisado 2 de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Tabla 90

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables			<i>B</i>	<i>LS</i>	<i>LI</i>	<i>p</i>
FRSM	<-	Identidad	-10.755	-12.915	-8.465	.001
FRSM	<-	HI	.140	.042	.237	.027
FRSM	<-	FRSTSSC	.165	.061	.269	.011
FRSPESC	<-	FRSM	.345	.194	.493	.001

(continúa)

Variabes			<i>B</i>	<i>LS</i>	<i>LI</i>	<i>p</i>
FRSPESC	<-	AECON	-.223	-.350	-.084	.008
FRSPOSC	<-	FRSTSSC	.179	.065	.297	.011
FRSPOSC	<-	FRSPESC	.476	.377	.586	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón.

Tabla 91

Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variabes			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM	<-	Identidad	-.472	-.560	-.378	.001
FRSM	<-	HI	.150	.046	.252	.027
FRSM	<-	FRSTSSC	.176	.065	.284	.011
FRSPESC	<-	FRSM	.287	.164	.401	.001
FRSPESC	<-	AECON	-.184	-.291	-.072	.008
FRSPOSC	<-	FRSTSSC	.159	.057	.256	.011
FRSPOSC	<-	FRSPESC	.477	.385	.571	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón.

Tabla 92

Significación de las covarianzas entre variable exógena

Variable		<i>Cov</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>	
Identidad	<->	HI	-5.578	-7.935	-3.188	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada.

Tabla 93

Significación de las correlaciones entre variable exógena

VARIABLES		<i>r</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad	<-> HI	-.252	-.349	-.151	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada.

Tabla 94

Significación de las variables exógenas

VARIABLES	<i>Var</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad	.908	.767	1.043	.001
HI	539.359	457.176	623.179	.001
FRSTSSC	535.867	453.987	617.732	.001
AECON	463.001	394.568	532.948	.001
e1	324.292	259.819	376.828	.001
e3	604.268	492.080	689.749	.001
e2	502.179	415.011	573.726	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, e1, e2 y e3= errores de predicción.

Tabla 95

Significación del porcentaje de la varianza explicada

VARIABLES	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSM	.312	.228	.420	.001
FRSPESC	.116	.052	.210	.001
FRSPOSC	.260	.180	.363	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón.

Predicción de la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón

Considerando que la frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón se relacionó sobre todo con la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, se incluyó de un submodelo para predecir esta última variable. En dicho submodelo, la frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón fue predicha por la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, la frecuencia de relaciones sexuales con mujeres y la autoeficacia para el uso consistente del condón, siendo independientes los dos últimos predictores. La frecuencia de relaciones sexuales de mujeres quedó predicha por homofobia internalizada, alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina y la frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón, estando correlacionadas la homofobia internalizada y el alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina.

Aparte de estas relaciones se añadió como predictores directos de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón: autoeficacia en la comunicación para el uso del condón, consumo de alcohol y de drogas previo al encuentro sexual, asistencia a sitios de encuentro, búsqueda de sensaciones sexuales, barreras para el uso del condón. Las 5 últimas variables se especificaron correlacionadas entre sí, también los dos tipos de autoeficacia se especificaron correlacionados y se introdujo la correlación entre autoeficacia en la comunicación para el uso del condón y barreras para el uso del condón. La autoeficacia en la comunicación para el uso del condón se consideró como predictor de frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón.

Calculado el modelo todas las correlaciones fueron significativas, pero los pesos estructurales de búsqueda de sensaciones sexuales, barreras para el uso del condón, sitios de encuentro, autoeficacia para el uso consistente del condón y frecuencia de las relaciones sexuales con mujeres para predecir frecuencia de relaciones sexuales con

trabajador/a sexual sin condón no fueron significativos. Los dos tipos de autoeficacia tampoco tuvieron un peso estructural significativo sobre frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón.

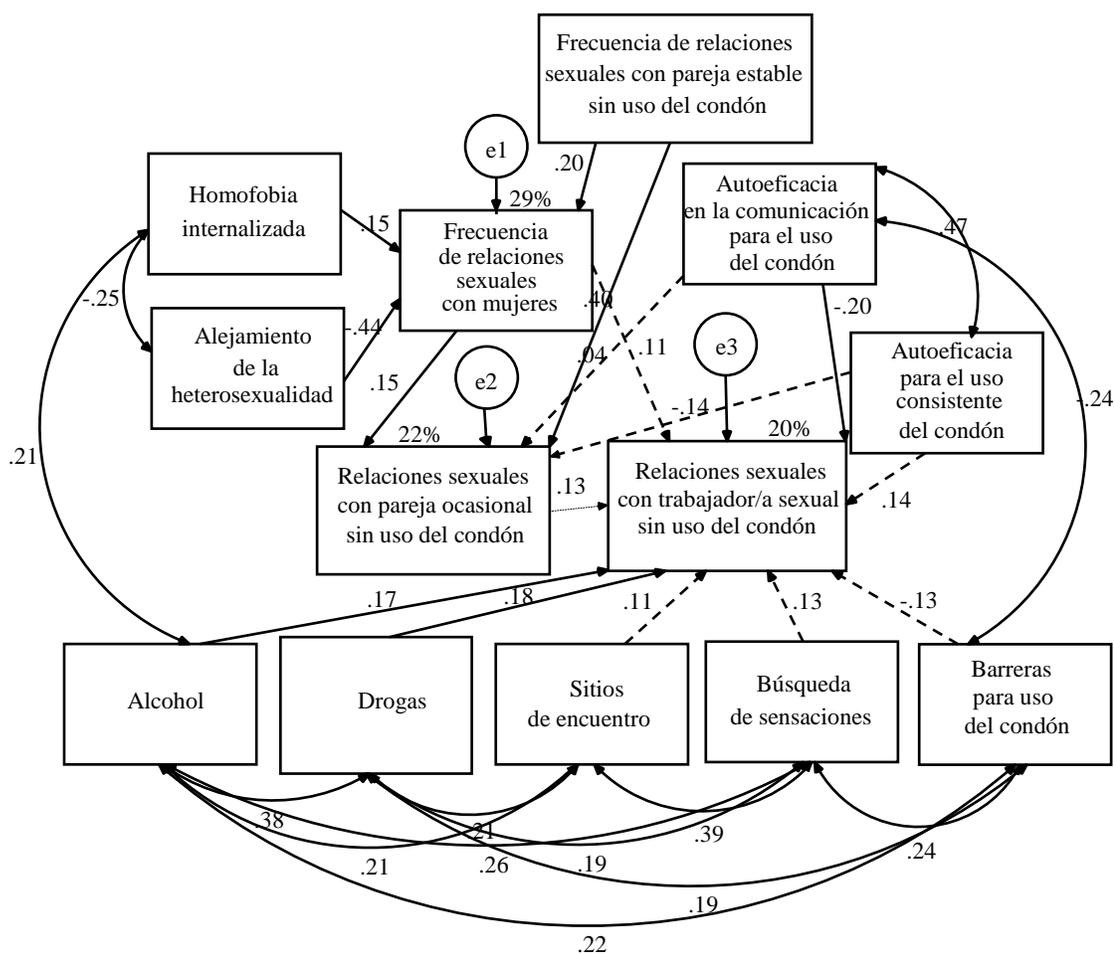


Figura 21. Modelo 1 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFSL desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Al eliminar todas las vías no significativas, el peso estructural de la autoeficacia en la comunicación para el uso del condón no fue significativo.

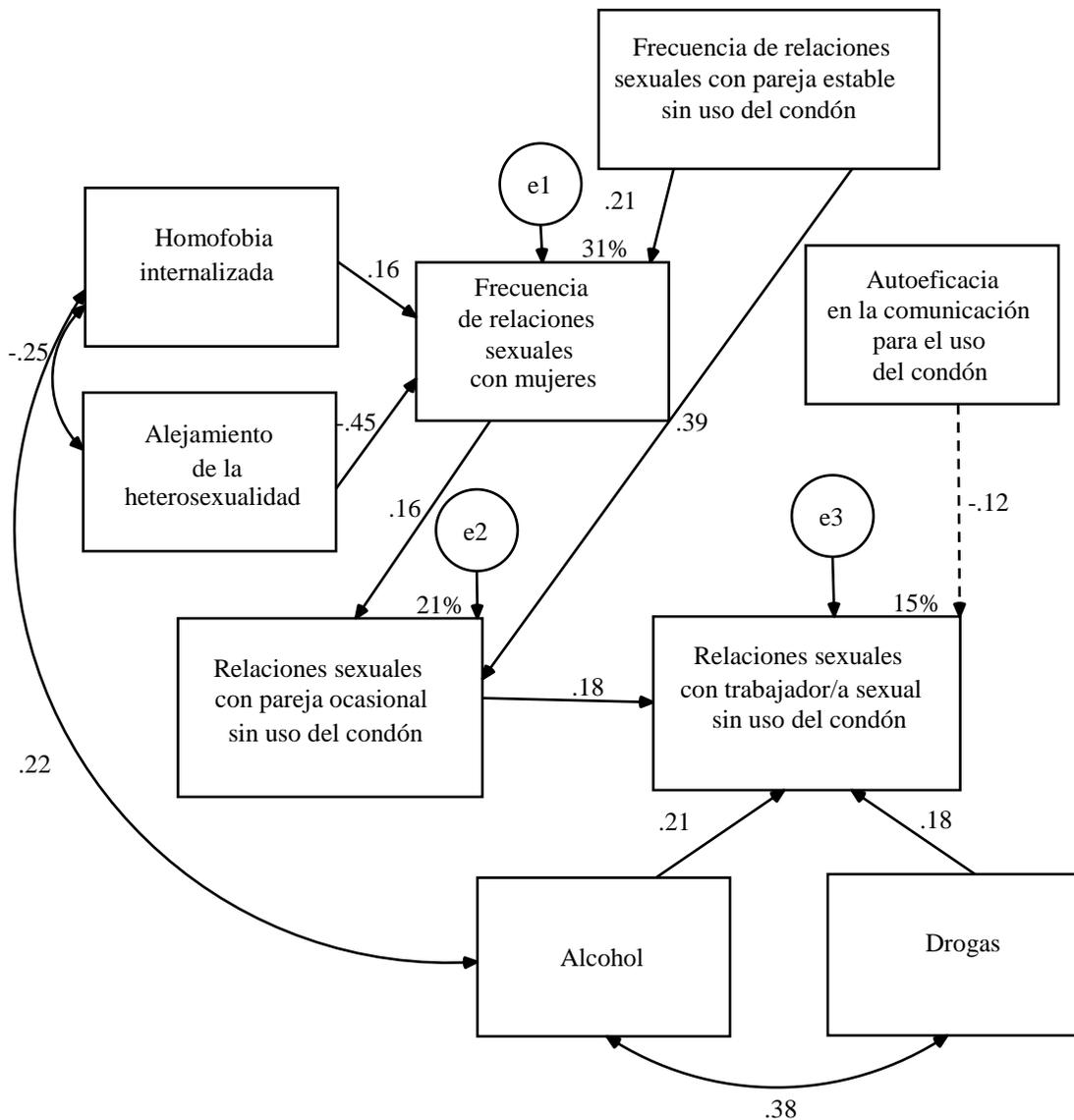


Figura 22. Modelo 1 revisado 1 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Al sustituir la vía de la autoeficacia por la de sitios de encuentro, antes eliminada, y especificándose las correlaciones de sitios de encuentro con consumo de drogas y alcohol, se logró un modelo con todos sus parámetros significativos, un ajuste a los datos bueno por 4 índices ($\chi^2/gl = 1.327$, p de B-S = .099, $GFI = .980$ y $AGFI = .957$) y adecuado por tres índices ($NFI = .912$, $RFI = .850$ y $SRMR = .051$) y con una parsimonia alta ($RP = .583$).

El modelo mostró que una mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón fue predicha con tamaños de efecto pequeños por mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón ($\beta = .17, p = .015$), mayor consumo de alcohol ($\beta = .18, p = .012$) y drogas ($\beta = .15, p = .020$) previo al encuentro sexual y por mayor asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas ($\beta = .16, p = .011$), explicándose el 16% de la varianza. Las correlaciones entre consumo de alcohol, drogas y sitios de encuentro fueron positivas. Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón fue predicha por mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón con un tamaño de efecto mediano ($\beta = .40, p = .001$) y mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujer con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .16, p = .018$), explicándose el 21% de la varianza.

Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres fue predicha por menor alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.44, p = .001$), por mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .21, p = .001$) y por mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .17, p = .019$), explicándose el 31% de la varianza. La homofobia se asoció de forma directa con consumo de alcohol y drogas y de forma inversa con alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina (ver tablas 96, 97, 98, 99, 100, 101 y 102 y figura 23).

El modelo muestra que los HSH con pareja estable femenina que usan menos el condón al tener relaciones sexuales con su pareja estable van a incurrir más en prácticas sexuales desprotegidas con parejas ocasionales. Su identidad menos alejada de la orientación heterosexual e identidad masculina y su homofobia internalizada son determinantes de su mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres. A su vez, la homofobia internalizada se asocia con mayor consumo de alcohol y drogas. El tener mayor frecuencia de sexo desprotegido con pareja ocasional predice este tipo de práctica

con trabajador/a sexual, actuando como facilitadores el consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual y la mayor asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas. Puede pensarse en locales de ambiente gay en los que se venden alcohol e incluso se puede adquirir drogas, en los cuales se pueden conocer a parejas ocasionales y también se puede pagar por tener sexo a trabajadores sexuales. El mayor consumo de alcohol y drogas podría desinhibir el deseo y actuar como justificante de tener sexo con otros hombres en estas personas que se definen como hombres y rechazan su homosexualidad.

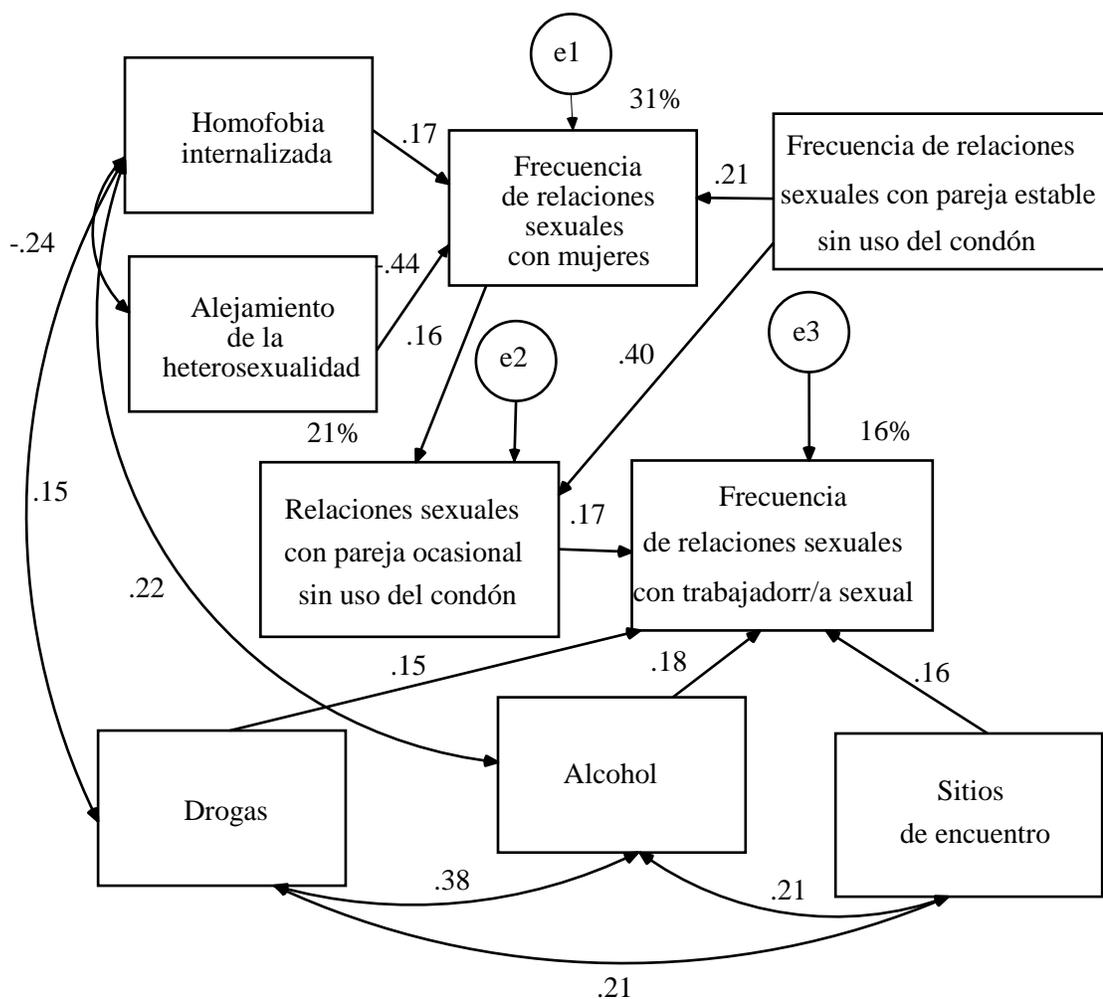


Figura 23. Modelo 1 revisado 2 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$.

Tabla 96
Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables		<i>B</i>	<i>LS</i>	<i>LI</i>	<i>p</i>
FRSM	<- Identidad	-10.116	-12.447	-7.674	.001
FRSM	<- HI	.163	.050	.270	.019
FRSM	<- FRSPESC	.175	.096	.259	.001
FRSPOSC	<- FRSPESC	.388	.290	.484	.001
FRSPOSC	<- FRSM	.191	.060	.335	.018
FRSTSSC	<- Sitios	.187	.067	.307	.011
FRSTSSC	<- Alcohol	.135	.050	.216	.012
FRSTSSC	<- Drogas	.127	.039	.216	.020
FRSTSSC	<- FRSPOSC	.154	.053	.261	.015

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, Sitios = frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual.

Tabla 97
Significación de los pesos de regresión estandarizados

Variables		β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
FRSM	<- Identidad	-.442	-.535	-.345	.001
FRSM	<- HI	.173	.055	.287	.019
FRSM	<- FRSPESC	.212	.117	.309	.001
FRSPOSC	<- FRSPESC	.395	.302	.483	.001
FRSPOSC	<- FRSM	.160	.050	.276	.018
FRSTSSC	<- Sitios	.159	.059	.260	.011
FRSTSSC	<- Alcohol	.184	.071	.289	.012
FRSTSSC	<- Drogas	.155	.047	.264	.020
FRSTSSC	<- FRSPOSC	.174	.060	.291	.015

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual.

Tabla 98

Significación de las covarianzas entre las variables exógenas

Variables			<i>Cov</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad	<->	HI	-5.381	-7.858	-2.891	.001
Sitios	<->	Drogas	115.640	56.507	175.906	.001
Alcohol	<->	Drogas	340.883	248.049	446.455	.001
Sitios	<->	Alcohol	131.508	66.531	202.517	.001
HI	<->	Drogas	94.808	24.329	168.111	.030
HI	<->	Alcohol	157.322	76.398	242.638	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, HI= homofobia internalizada, Drogas= frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual.

Tabla 99

Significación de las correlaciones entre las variables exógenas

Variables			<i>r</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad	<->	HI	-.244	-.342	-.137	.001
Sitios	<->	Drogas	.208	.103	.303	.001
Alcohol	<->	Drogas	.384	.292	.474	.001
Sitios	<->	Alcohol	.212	.112	.314	.001
HI	<->	Drogas	.145	.039	.255	.030
HI	<->	Alcohol	.216	.108	.325	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, HI= homofobia internalizada, Drogas= frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual.

Tabla 100

Significación de las varianzas de las variables exógenas

VARIABLES	Var	LI	LS	p
Identidad	.913	.776	1.051	.001
HI	535.199	455.044	613.254	.001
Sitios	389.097	330.293	449.906	.001
Alcohol	993.438	842.937	1139.262	.001
FRSPESC	705.659	599.478	806.814	.001
Drogas	793.507	676.127	916.077	.001
e1	331.223	267.546	380.031	.001
e2	538.289	448.396	615.525	.001
e3	451.503	375.898	512.637	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, e1, e2 y e3= error de la predicción.

Tabla 101

Significación del porcentaje de la varianza explicada

VARIABLES	%	LS	LI	P
FRSM	30.7	.225	.424	.001
FRSPOSC	20.9	.141	.299	.001
FRSTSSC	15.8	.101	.257	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón.

Tabla 102

Índices de ajuste y parsimonia del modelo final

Índices	Interpretación		Valores
	Bueno	Aceptable	
χ^2			27.861
<i>Gl</i>			21
χ^2/gl	< 2	< 3	1.327
<i>p</i> de B-S	< .05	< .01	198/2000= .099
<i>GFI</i>	≥ .95	≥ .90	.980
<i>AGFI</i>	≥ .90	≥ .85	.957
<i>NFI</i>	≥ .95	≥ .90	.912
<i>RFI</i>	≥ .95	≥ .90	.850
<i>SRMR</i>	≤ .05	≤ .10	.051
<i>RP</i>	≥ .50	≥ .25	.583

Nota: Método: Mínimos cuadrados libre de escala (SFLS)

Finalmente, se definió un modelo en el cual las 4 variables de frecuencia de relaciones sexuales quedaran como endógenas, esto es, explicadas dentro del mismo. Se partió de los cuatro modelos con buen ajuste previamente obtenidos (ver Figuras 12, Figura 17, Figura 20 y Figura 24). La frecuencia de relaciones sexuales con mujeres se predijo con tres de sus cuatro variables (ver Figura 12): alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina, homofobia internalizada y frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón. La frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón se predijo con dos variables (ver Figura 17): autoeficacia para el uso consistente del condón y frecuencia de relaciones sexuales con mujeres. La frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón fue predicha por sus dos variables: frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón y frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón (ver Figura 20). La frecuencia de relaciones con trabajador/a sexual sin condón fue predicha por 3 de sus 4

variables: consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual y asistencia a sitios de encuentro (ver figura 24).

Calculado el modelo, todos sus parámetros fueron significativos, el ajuste fue bueno por seis índices ($\chi^2/gl = 19.110/29 = 0.659$, p de B-S = $1,454/2,000 = .755$, $GFI = .988$, $AGFI = .976$, $RFI = .912$ y $SRMR = .038$) y adecuado por un índice ($NFI = .943$) y tuvo una parsimonia alta ($RP = .644$).

Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres fue predicha por menor alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina con un tamaño de efecto mediano ($\beta = -.48$, $p = .001$), mayor homofobia internalizada con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .13$, $p = .049$) y por mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .15$, $p = .030$), explicándose el 30% de la varianza. Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón fue predicha por mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .28$, $p = .001$) y por menor autoeficacia para el uso consistente del condón con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = -.18$, $p = .008$), explicándose el 11% de la varianza.

Una mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón fue predicha por mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón con un tamaño de efecto mediano ($\beta = .48$, $p = .001$) y por mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .16$, $p = .017$), explicándose el 26% de la varianza. Una mayor frecuencia de relaciones con trabajador/a sexual sin condón fue predicha por mayor consumo de alcohol y de drogas previo al encuentro sexual con tamaños de efecto pequeños ($\beta = .18$, $p = .011$ y $\beta = .14$, $p = .038$, respectivamente) y por una mayor asistencia a sitios de encuentro con un tamaño de efecto pequeño ($\beta = .17$, $p = .010$), explicándose el 12% de la varianza. Las correlaciones entre drogas, alcohol y sitios de encuentro fueron positivas. Las correlaciones de la homofobia con alcohol y drogas fueron positivas y con

alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina fue negativa. Las magnitudes de las correlaciones fueron bajas, salvo la magnitud de la correlación entre alcohol y drogas que fue moderada ($r = .38, p = .001$) (ver figura 24).

El modelo muestra que los HSH si se definen como hombres y presentan homofobia internalizada tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, asociándose mayor homofobia con menor alejamiento de la orientación heterosexual e identidad masculina. El tener una mayor frecuencia de relaciones con mujeres predice tener más prácticas de sexo desprotegido con la pareja estable, aunado a una percepción de menor autoeficacia para usar de forma consistente el condón. Mayor frecuencia de prácticas de sexo desprotegido con la pareja estable predicen estas prácticas con parejas ocasionales, a lo que contribuye la mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón. El sexo desprotegido con trabajador/a sexual es predicho por mayor consumo de alcohol y drogas previo al encuentro sexual y mayor asistencia a sitios de encuentro para conocer parejas, estando estas tres variables correlacionadas, ya que existe locales en los cuales se sirven bebidas alcohólicas, se puede adquirir drogas, se puede conocer parejas e incluso acceder a trabajadores sexuales.

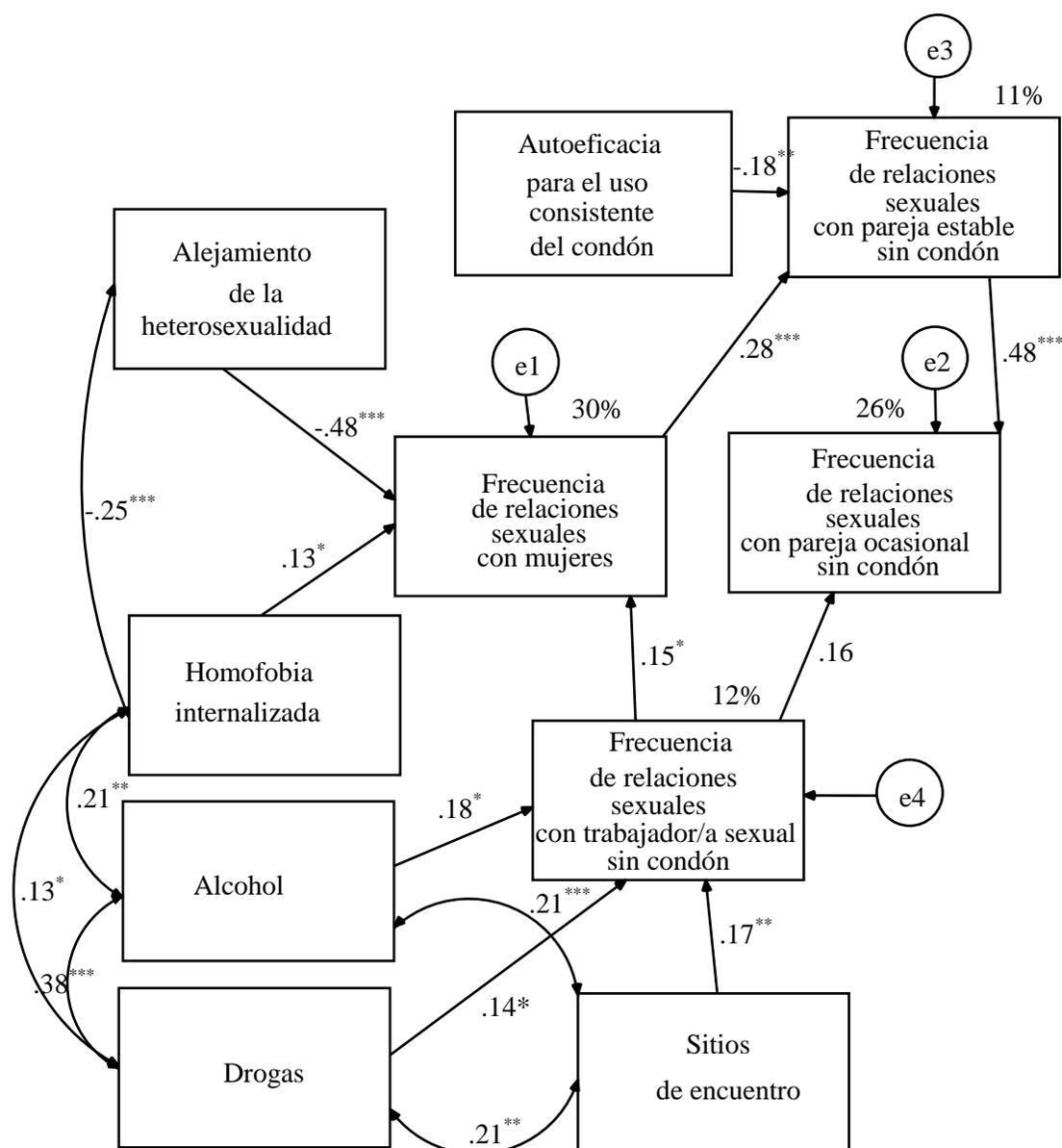


Figura 24. Modelo 1 revisado 1 de frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin condón estimado por SFLS desde la matriz de correlaciones de Spearman y significación contrastada por el método de muestreo repetitivo de percentiles. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, línea punteada: $p > .05$

Tabla 103

Significación de los pesos de regresión sin estandarizar

Variables			<i>B</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
FRSTSSC	<-	Drogas	.117	.005	.234	.038
FRSTSSC	<-	Sitios	.197	.044	.353	.010
FRSTSSC	<-	Alcohol	.134	.030	.240	.011
FRSM	<-	Identidad	-10.920	-13.780	-8.099	.001
FRSM	<-	HI	.122	.001	.239	.049
FRSM	<-	FRSTSSC	.145	.014	.271	.030
FRSPESC	<-	FRSM	.337	.163	.519	.001
FRSPESC	<-	AECON	-.223	-.386	-.067	.008
FRSPOSC	<-	FRSTSSC	.180	.030	.335	.017
FRSPOSC	<-	FRSPESC	.476	.363	.616	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón.

Tabla 104

Significación de los pesos de regresión no estandarizados

Variables			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
FRSTSSC	<-	Drogas	.141	.006	.279	.038
FRSTSSC	<-	Sitios	.167	.037	.295	.010
FRSTSSC	<-	Alcohol	.183	.042	.323	.011
FRSM	<-	Identidad	-.478	-.591	-.365	.001
FRSM	<-	HI	.130	.001	.256	.049
FRSM	<-	FRSTSSC	.154	.015	.285	.030

(continúa)

Variables			β	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>P</i>
FRSPESC	<-	FRSM	.280	.137	.424	.001
FRSPESC	<-	AECON	-.184	-.318	-.055	.008
FRSPOSC	<-	FRSTSSC	.160	.028	.293	.017
FRSPOSC	<-	FRSPESC	.478	.373	.589	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón.

Tabla 105

Significación de las covarianzas entre variable exógena

Variables			<i>Cov</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad	<->	HI	-5.640	-8.442	-2.729	.001
Drogas	<->	Alcohol	340.847	224.261	461.028	.001
HI	<->	Alcohol	151.831	57.071	256.201	.002
HI	<->	Drogas	87.495	3.624	176.068	.039
Drogas	<->	Sitios	115.652	43.839	187.070	.003
Alcohol	<->	Sitios	131.587	48.165	213.295	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, HI= homofobia internalizada, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro.

Tabla 106

Significación de las correlaciones entre variable exógena

Variables		<i>r</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>p</i>
Identidad	<-> HI	-.255	-.369	-.129	.001
Drogas	<-> Alcohol	.384	.270	.489	.001
HI	<-> Alcohol	.207	.081	.335	.002
HI	<-> Drogas	.134	.005	.266	.039
Drogas	<-> Sitios	.208	.084	.324	.003
Alcohol	<-> Sitios	.212	.080	.333	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, HI= homofobia internalizada, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro.

Tabla 107

Significación de las variables exógena

Variables	<i>Var</i>	<i>LS</i>	<i>LI</i>	<i>p</i>
Identidad	.907	.754	1.064	.001
HI	540.257	445.293	640.582	.001
AECON	463.001	381.831	548.378	.001
Drogas	793.423	655.786	939.916	.001
Alcohol	993.610	823.675	1170.841	.001
Sitios	389.073	325.227	461.070	.001
e4	471.825	382.040	549.707	.001
e1	330.029	253.133	390.627	.001
e3	606.687	476.154	726.450	.001
e2	501.873	399.422	584.094	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: Identidad= alejamiento de la heterosexualidad e identidad masculina, HI= homofobia internalizada, AECON= autoeficacia en el uso consistente del condón, Drogas = frecuencia de consumo de drogas previo al encuentro sexual, Alcohol= frecuencia de consumo de alcohol previo al encuentro sexual, Sitios= frecuencia de asistencia a sitios de encuentro, e1, e2, y e3= estimaciones de parámetros.

Tabla 108

Significación del porcentaje de varianza explicada

Variables	%	<i>LS</i>	<i>LI</i>	<i>p</i>
FRSTSSC	12.4	.062	.225	.001
FRSM	30.3	.210	.433	.001
FRSPESC	11.2	.042	.228	.001
FRSPOSC	.261	.166	.386	.001

Nota: Método de muestreo repetitivo: percentiles. Variables: FRSTSSC= frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón, FRSM = frecuencia de relaciones sexuales con mujeres, FRSPESC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable sin condón, FRSPOSC= frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional sin condón.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio tuvo como propósito evaluar un modelo explicativo de la conducta sexual de los HSH a partir de algunos conceptos de Pender, Murdaugh y Parsons (2011) como las características personales biológicas (edad), psicológicas (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada), socioculturales (ingresos y escolaridad) las cogniciones (beneficios para el uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, influencias interpersonales y situacionales para la conducta sexual en HSH) influyen en la conducta sexual de los HSH.

A continuación se discuten los resultados obtenidos de presente estudio por objetivos propuestos, metodología e instrumentos utilizados, posteriormente se presentan las limitaciones surgidas durante el proyecto de investigación y finalmente se muestran las conclusiones y recomendaciones.

Los HSH que participaron en este estudio denota una población joven, esto puede deberse al tipo de muestreo y selección de las características similares de los informantes claves, esto concuerda con Silva, Gonçalves, Machado y Machado, (2008) que indican que la media de edad de sus participantes fue de 27 años y se confirma los datos de este estudio. Asimismo, el nivel de estudio y de ingresos en esta población ha demostrado ser medio alto, un estudio en HSH, también demostraron hallazgo similar indicando que los participantes tenían un nivel de educación alto (Raxachi, Terto, García, Pimenta, Almeida & Parker, 2007).

También se demostró que los HSH que participaron en el presente estudio iniciaron su vida sexual a los 16 años, lo que es menor al promedio estimado nacional, Lima, Fontenele, Amorim, Costa, Fernandes y Bezerra (2014) demostraron en su estudio en HSH brasileños que iniciaron sus relaciones sexuales a los 17 años, dato

similar al del presente estudio. Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUD, 2012) señala que el inicio de las relaciones sexuales es antes de los 20 años. La iniciación temprana de las relaciones sexuales se encuentra asociada con el no uso y uso inconsistente del condón y con el consumo de alcohol y drogas, el cual pudieran ser estimulantes para realizar prácticas sexuales sin protección (Magis-Rodríguez, et al., 2005). También se encontró que algunos participantes refirieron haber tenido al menos una ITS en su vida y las tres infecciones que predominaron fueron gonorrea, sífilis y herpes, esto concuerda con lo reportado por la OMS (2013) organismo que estima que anualmente más de 500 millones de personas se infectan de algunas de las ITS más frecuentes como lo son la gonorrea, sífilis y herpes, cabe mencionar que estas ITS pueden triplicar el riesgo de infección con el VIH.

En función de los hallazgos encontrados en el primer objetivo que hace referencia a identificar la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en la percepción para el uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia para usar el condón), se demostró que la escolaridad, la identidad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales se asociaron con beneficios, barreras y autoeficacia en la comunicación y uso correcto del condón. Lo que indica que los HSH que se identifican como bisexuales, hombres o gay/homosexual perciben mayores beneficios para usar el condón, esto concuerda con un estudio similar por Carballo-Díez y Curtis (1996) y encontraron que los participantes se auto identificaron como gays, bisexuales y hombres y señalaron que el principal beneficio para usar el condón era para la prevenir ITS y VIH, sin embargo un estudio cualitativo demostró que los HSH que usan el condón por razones de higiene y no necesariamente por la prevención de ITS o VIH (Haochu, Lau, Holroyd & Huso, 2010).

También en el modelo se encontró que los HSH con mayor escolaridad y mayor búsqueda de sensaciones sexuales presentan mayores barreras para usar el condón. Lo

que significa que los HSH que tienen una escolaridad alta y buscan mayores experiencias sexuales nuevas y desinhibidas tienen mayor percepción del no uso del condón. Similar a este resultado en población de HSH mexicanos se encontró que los participantes económicamente activos, con educación superior y nivel socioeconómico por encima del promedio de la totalidad de la población se asociaron con menor uso del condón (Gutiérrez, 2012). Se podría esperar que el tener mayor nivel educativo disminuiría las barreras para usar el condón, pero estos resultados sugieren que las barreras del uso del condón no es solo cuestión de conocimientos e información, existen otras decisiones e interacciones sociales que pudieran estar influyendo. El hecho de que existan mayores barreras para usar el condón entre los HSH con nivel educativo alto pudiera estar asociado por las ideologías en relación a la sensibilidad y cercanía de la pareja involucrando sentimientos de amor y fidelidad para el no uso del condón (Haochu, Lau, Holroyd & Huso, 2010).

Asimismo, Prestage, et al (2006), encontraron en su estudio que los HSH que muestran niveles altos de búsqueda sensaciones sexuales desinhibidoras, por lo general realizan actividades peligrosas y arriesgadas, en este sentido, los HSH que buscan probar nuevas experiencias y sensaciones sexuales excitantes, pueden percibir mayores barreras para usar el condón en sus relaciones sexuales. Lo anterior puede deberse a que los HSH que quieren probar nuevas emociones y experimentar su sexualidad les interesa conocer qué se siente realizar actos sexuales sin condón y si éste cambia el clímax u orgasmo.

También, el presente estudio demostró que los HSH que se identifican como gay/homosexual y que tienen una mayor escolaridad perciben más autoeficacia en la comunicación con la pareja y uso correcto del condón, esto concuerda con lo reportado por Sohn y Cho (2012) que señalan que los participantes de su estudio que se identificaban como homosexual/gay y que tenían mayor escolaridad percibían mayor autoeficacia en el uso correcto del condón a pesar de que se encontraban excitados y que la pareja sexual no quisiera usar condón. Lo anterior puede deberse a que un nivel

educativo alto demuestra que a través de los cambios cognitivos permiten tomar mejores decisiones e incrementa la seguridad de las mismas.

Referente a la respuesta del objetivo dos que señala conocer el efecto de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH (familia y pareja), en el presente estudio se encontró que los HSH con mayor escolaridad y menor búsqueda de sensaciones sexuales tienen mayor apoyo de la pareja para realizar prácticas sexuales seguras. Crawford et al., (2003) reportaron un dato similar, los HSH que presentaban mayor búsqueda de sensaciones sexuales tenían menor apoyo por parte de la pareja para realizar prácticas sexuales seguras, principalmente cuando se trata de pareja estable. Esto puede deberse a que los HSH pueden llegar a acuerdos con su pareja en relación al compromiso con la relación o acuerdos monógamos.

Referente al tercer objetivo donde se determinó la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH (consumo de alcohol, drogas previo al encuentro sexual y sitios para conocer parejas). En este estudio se demostró que los HSH que tienen homofobia internalizada y buscan sensaciones sexuales consumen con mayor frecuencia alcohol previo al encuentro sexual. Un estudio similar realizado por Newcomb, Clerki y Mustanki (2011) demostraron que los participantes que buscan sensaciones sexuales se asoció con mayor consumo de alcohol y Kashubeck-West y Szymanski (2008) encontraron que la homofobia internalizada se relacionó con el consumo de alcohol y/o drogas. Lo anterior pudiera deberse a que los HSH que presentan una identidad estigmatizada viven procesos de estrés e internalización de sentimiento hacia su propia identidad e incita a buscar alternativas de afrontamiento negativo por medio del consumo de alcohol.

También se demostró que los HSH de este estudio que buscan mayormente sensaciones sexuales consumen con mayor frecuencia drogas previo al encuentro sexual. Este dato es similar a lo reportado por diversos estudios que señalan que los HSH que buscan sensaciones sexuales se relacionan con el consumo de drogas previo o durante el encuentro sexual (Crawford, et al., 2003; Wade, O'Cleirigh, Mayer & Safren, 2013). Lo anterior indica que la búsqueda de sensaciones sexuales es un factor de riesgo potencial en la salud sexual de los HSH. La búsqueda de sensaciones sexuales y el consumo de drogas pueden hacer que los HSH tomen decisiones de manera impulsiva y a la vez riesgosa.

Asimismo, se encontró que los HSH que participaron en el presente estudio que tienen menores ingresos y buscan sensaciones sexuales asisten con mayor frecuencia a sitios para conocer parejas. Lo anterior concuerda con lo reportado por Kalichman Cherry, Cain, Pope y Rompa (2005) que señalan que los hombres que buscan sensaciones sexuales tienen mayor probabilidad de asistir a fiestas, buscar parejas sexuales en línea, beber en exceso, consumir sustancias ilícitas y tener relaciones sexuales con múltiples parejas.

En cuanto al objetivo cuatro que trata de conocer la influencia de los factores biológicos (edad), socioculturales (escolaridad e ingresos) y psicológicos (identidad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada) en la conducta sexual de los HSH se demostró que los HSH que se identifican como bisexual o gay/homosexual y buscan sensaciones sexuales se asoció con frecuencia de relaciones sexuales con hombres. Matarelli (2013) en su estudio encontró que los HSH que buscan sensaciones sexuales señalan tener mayor número de actividades sexuales, a su vez el autor señala que puntuaciones altas de búsquedas de sensaciones sexuales aumentan tres veces la probabilidad de tener sexo anal receptivo sin condón.

Los HSH que se identifican como hombres o bisexuales se asociaron con mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres. Malebranche, Arriola, Jenkins, Dauria y

Patel (2010) demostraron en un estudio cualitativo que los HSH que se identifican como heterosexuales (hombres) o bisexuales tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres. Asimismo, Reback y Larkins (2013) demostraron que los HSH que se identificaban con hombres tuvieron encuentros sexuales con transexuales y tomaron el rol sexual anal penetrativo o insertivo. Lo anterior puede relacionarse con la identidad sexual y la práctica sexual homoerótica con mujeres y hombres, específicamente en la población mexicana donde prevalecen aspectos culturales arraigados como lo es el machismo, surgen relaciones clandestinas con hombres que pudieran ser por fantasías sexuales o bien por ocultar una identidad sexual definida, debido al rechazo de su propia orientación o identidad sexual y estigma del deseo sexual entre varones.

Los HSH que se identifican como hombre, gay/homosexual o bisexual se asocian con mayores relaciones sexuales con pareja estable sin condón. Prestage, et al., (2006) encontró en su estudio que los HSH que tienen parejas formales mostraron mayores conductas sexuales de riesgo. Asimismo, Malebranche, Arriola, Jenkins, Dauria y Patel (2010) señalaron que los participantes que tenían pareja estable era con mujeres y comentaron que no usaban condones porque pensaban que las mujeres tenían menos probabilidades de infectarse, debido a que consideraban que las mujeres son más fieles y los hombres más promiscuos. Lo que también concuerda con King et al., (2013) que realizaron un estudio en HSH y los participantes señalaron que no usan el condón porque sentían confianza con su pareja o por que la duración de su relación era larga. El tener una pareja estable en los HSH y no usar el condón puede tener diversos significados tales como acuerdos monógamos, confianza, amor, fidelidad y compromiso con la pareja, sin importar los riesgos potenciales que pudieran presentarse al realizar conductas sexuales sin protección.

En cuanto al objetivo cinco el cual se refiere a determinar la influencia de la percepción del uso del condón (beneficios, barreras y autoeficacia para usar el condón) en la conducta sexual en los HSH, se demostró que los beneficios, barreras y

autoeficacia para la comunicación para usar condón, mostró efecto en la conducta sexual de los HSH. Los HSH que percibían mayores barreras para usar el condón presentaron mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres, con mujeres y mayores relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón. Congruente a lo anterior, Li, Lau, Holroyd y Yi (2010) demostraron que una de las barreras que percibían los HSH para usar el condón, fue la disminución de la sensación física y del placer psicológico y sexual. También se han encontrados estudios donde los HSH han tenido relaciones heterosexuales o haber tenido más de una experiencia sexual con una mujer e incluso casarse con una mujer (Wu et al., 2013; Xiao, 2010).

Los HSH que perciben mayores barreras para usar el condón tienden a tener mayores relaciones sexuales con mujeres, esto puede explicarse a que algunos HSH tienen relaciones sexuales tanto con hombres y con mujeres. Lo anterior puede deberse a la estigmatización y discriminación en cuanto a la orientación sexual. A su vez, puede estar afectado por relaciones heterosexuales supuestamente monógamas. Participar en relaciones sexuales sin condón es considerado como un signo primordial de especial confianza e intimidad e interpretarse como una interrupción del romance. A su vez, Wong y Kong (2007) encontraron que los HSH refieren que no usan condón con su pareja debido a la dificultad de encontrar parejas sexuales.

También el estudio demostró que los HSH que perciben mayores beneficios para usar el condón y autoeficacia en la comunicación para el uso del condón se asoció con menores relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional y trabajador/a sexual. Lo anterior puede deberse a que los HSH pueden percibir mayor riesgo a ITS o VIH debido al tipo de pareja, por tanto los HSH pueden percibir mayores beneficios para el uso del condón y autoeficacia para realizar prácticas sexuales protegidas. Xiao, Li, Liu y Jiang (2013) en su estudio demostraron que los HSH eran más conscientes del riesgo de infecciones de ITS y VIH con parejas ocasionales y trabajador/a sexual y considerar

como beneficioso usar el condón en este tipo de relaciones, también señalaron que los participantes eran más capaces de usar el condón con sus parejas no concurrentes.

En relación al objetivo seis que señala conocer el efecto de las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH (familia y pareja) en la conducta sexual en los HSH, se encontró que los HSH con mayor apoyo de la pareja para practicar sexo seguro se asoció con menor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional y trabajo sexual sin condón. Congruente a estos resultados Xiao, Li, Liu y Jiang (2013) encontraron que los HSH eran conscientes del riesgo de adquirir ITS e incluso VIH al tener relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional o trabajador/a sexual. De acuerdo a lo anterior los HSH que tienen apoyo de la pareja para practicar sexo seguro les permite tomar decisiones sexuales seguras y disminuir riesgos de contagio en la persona y la pareja. Asimismo, Liu, Qu, Zhu y Hu, (2015) señalan que el apoyo social puede mejorar el bienestar mental, reducir el abuso de sustancias y promover otras conducta positivas, como lo son las prácticas sexuales protegidas en los HSH.

En relación al objetivo siete que indica determinar el efecto de las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH (consumo de alcohol, drogas previo encuentro sexual y sitios para conocer parejas) en la conducta sexual en los HSH. En el presente trabajo se demostró que los HSH que consumen drogas previo al encuentro sexual y asisten a sitios de encuentro para conocer parejas tienen mayores conductas sexuales de riesgo para ITS. Los HSH que consumen drogas previo al encuentro sexual y asisten con mayor frecuencia a sitios de encuentro para conocer parejas tienen mayores relaciones sexuales con hombres y con mujeres y relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón. Lo anterior concuerda con lo reportado por Silva, Greco, Fausto, Greco y Carneiro (2014) que demostraron en su estudio que los HSH que asiste a sitios de encuentro para conocer parejas son 2.6 veces más propensos a adquirir ITS o VIH.

Las posibilidades de relaciones anónimas e impersonales y el incremento de número de parejas sexuales en los sitios de encuentro configuran un territorio de posibilidades de ocurrencia de relaciones sexuales sin protección. Asimismo, Brignol y Dourado (2011) señalan que los HSH que frecuentan saunas y baños públicos son más propensos a tener relaciones sexuales anales sin protección. Otros estudios también mostraron que los HSH asisten con frecuencia a sitios de encuentro para conocer parejas sexuales (Liu, Qu, Ezeakile & Zhang, 2012; Mansergh, et al., 2006; Haitao, et al., 2010).

Igualmente, se encontró que los HSH que tiene relaciones sexuales con mujeres mostraron mayor consumo de drogas previo al encuentro sexual. Dos estudios encontraron que mujeres y hombres bisexuales consumen con mayor frecuencia alcohol o drogas en comparación con la población heterosexual exclusiva o personas que se identifican como gay/homosexual (McCabe, Hughes, Bostwick, West & Boyd, 2009; Reed, Padro, Matsumoto & Amaro, 2010). Albuquerque et al., (2015) encontraron que los HSH que se identifican como bisexuales consumen con mayor frecuencia fármacos depresores y estos se asocian con conductas sexuales de riesgo. El Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, 2012) señala que los depresores son sedantes o tranquilizantes que pueden disminuir la actividad cerebral y son utilizados para el tratamiento de trastornos de ansiedad y del sueño. El consumo de estas sustancias en los HSH que se identifican como bisexuales puede deberse a hacer frente su identidad sexual, estigmatización, al estrés, al ser un grupo minoritario y a la internalización de sentimientos negativos por su orientación sexual.

También se encontró que los HSH que asisten con mayor frecuencia a sitios de encuentro y consumen drogas previo al encuentro sexual se asociaron con mayor frecuencia de relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón. Este hecho puede deberse a que los HSH con frecuencia asisten a sitios de encuentro para conocer parejas, tales como bares, baños saunas y en esos escenarios de ambiente es común el esparcimiento y distribución de sustancias psicoactivas ilegales y cuyo consumo está

socialmente controlado por mecanismos de estigmatización y discriminación (Ahern, Stuber, & Galea, 2007). También se puede señalar que Wilson, Cook, McGaskey, Rowe y Dennisa (2008) en su estudio encontraron que los HSH que asisten a club de sexo como lo son los baños saunas se relacionó con tener sexo anal sin condón o con una pareja desconocida.

En un estudio cualitativo también se demostró que los HSH que asisten a saunas constituyen un espacio erótico colectivo, donde los comportamientos de riesgo se pueden presentar, durante la investigación etnográfica se observó que las actividades sexuales como la masturbación, sexo oral y anal y sexo grupal se mostraron con frecuencia y dichas actividades sexuales se realizaron sin protección, debido a que consideraban que se encontraban en un espacio limpio y donde la higiene personal podía ser inmediata (Haochu, Lau, Holroyd & Huso, 2010). Asimismo, los HSH que se encuentran inmersos en el trabajo sexual y consumo de drogas se ha demostrado que existe una correlación con conductas sexuales de riesgo (Bacon, et al., 2006; Belza, 2005; Rietmeijer, Wolitski, Fishbein, Corby & Cohn, 1998). Lo anterior pudiera deberse a que los HSH pagan por el acceso a los sitios de encuentro o negociar y realizar pago por actos sexuales sin condón o bien encontrarse bajo efectos de las drogas previo o durante las relaciones sexuales, lo que hace que el acto sexual sea más riesgoso.

La TRM modificada MCONSEX derivada del MPS permitió comprobar los predictores de riesgo y protección para la conducta sexual en los HSH, sin embargo, dado la complejidad para comprender la diversidad de la población, es necesaria la incorporación de elementos sociales y culturales para abordar el fenómeno. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) en los factores personales psicológicos y socioculturales definen muy sintéticamente los conceptos y específicamente en esta población, es necesaria la incorporación de conceptos psicológicos y socioculturales específicos de la población que permitan una mayor aportación al cuerpo de conocimientos y explicación de la conducta sexual de los HSH.

La metodología utilizada fue la apropiada para poblaciones ocultas como lo son los HSH, se sugiere utilizar muestreos como el MDE, debido a las características y el estigma social de la población y a través de ese muestreo se espera tener mayor alcance y diversidad de identidades sexuales (homosexuales/gay, bisexuales, travesti, transexual e incluso los que se identifican como heterosexuales pero han tenido prácticas sexuales con otros hombres). Asimismo, la aplicación de los instrumentos por medio de dos metodologías (papel y en línea), permite que los participantes de diversos estratos y preferencia del participante tenga mayor apertura y aceptación en la participación del estudio. Gosling, Vazire, Srivastava, y John (2004) señalan que la aplicación de los instrumentos tanto en papel como a través del internet han mostrado ser fiables y seguros. Por lo que se puede señalar que tanto el muestreo MDE y la aplicación de los instrumentos (internet y papel) permite tener mayor alcance y acceso de forma segura a población de difícil acceso como lo son los HSH.

De la misma forma, los instrumentos de beneficios para el uso del condón, barreras para el uso del condón y provisión social para sexo seguro, han sido aplicados en población heterosexual, sin embargo, en este estudio mostraron confiabilidad aceptable, muy similar a la reportada por los autores. Los instrumentos de influencias situacionales para la conducta sexual en HSH y el de conducta sexual fueron diseñados y se aplicaron en una muestra de 130 participantes y también presentaron confiabilidad aceptable y se encuentran en proceso de publicación.

Implicaciones para la práctica

Los HSH representan una población vulnerable, la invisibilidad y clandestinidad los hacen aún más vulnerables. Acciones políticas y sociales contribuyen a la mejora de su condición social y aceptación, sin embargo, en nuestro contexto social y de atención de salud continúan existiendo ideologías heterosexistas y homofóbicas. Los profesionales de la salud, especialmente enfermería tienen la responsabilidad de realizar

estrategias para disminuir actitudes negativas hacia el individuo, esto debido a que esta profesión tiene como fin la atención y cuidado de la persona de forma holística.

El profesional de enfermería propone y realiza estrategias de prevención de ITS y VIH, para ello, los profesionales deben estar informados y conocer a la población, su contexto para que se realicen propuestas enfocadas a la disminución de riesgo en este caso a los HSH. El conocer a la población garantiza que la incorporación de elementos en intervenciones sean apropiados y significativos en el cambio o mejora del comportamiento sexual de los HSH.

Limitaciones

Los datos fueron recabados en Monterrey, por lo que la generalización de los resultados debe realizarse en poblaciones con características similares. A los participantes sólo se les cuestionó si habían sido diagnosticados de VIH, lo anterior con el fin de ser incluidos o eliminados del estudio, por lo cual hubiera sido relevante y confirmatorio haber realizado una prueba rápida de VIH para la inclusión y participación en el estudio.

La escasa literatura científica en relación a la población dificultó localizar instrumentos de la variable de influencias situacionales y de la conducta sexual por lo que se realizó el diseño de ambos, asimismo, se utilizaron instrumentos que habían sido aplicados en población heterosexual y culturalizados distintamente. También, como el estudio abordaba temas sensibles, el sesgo de deseabilidad social pudo haber generado una subestimación en los resultados, sin embargo, se utilizaron informantes claves capacitados y con características similares para minimizar los sesgos. La colecta de los datos pudo haber sido afectada, debido a que los participantes pudieron haber sentido presión o cansancio por ser instrumentos largos.

El estudio fue de tipo transversal, lo que limita una evaluación de manera precisa. Finalmente, los resultados se calcularon utilizando los procedimientos de análisis de regresión lineal múltiple y de senderos, lo que no permite conocer la causalidad.

Conclusiones

Los HSH que participaron en este estudio iniciaron su vida sexual en la etapa de la adolescencia, menos de la mitad de los participantes se encontraban en una relación íntima. Poco más de la mitad de los participantes se contactaban con la comunidad gay a través de bares y un poco menos de la mitad se contactaba a través del internet. También se encontró que algunos participantes refirieron haber tenido al menos una ITS en su vida y las tres infecciones que predominaron fueron gonorrea, sífilis y herpes.

El estudio también demostró que los HSH que se identificaban como bisexuales perciben mayores beneficios y barreras para usar el condón y menor autoeficacia en la comunicación, consistencia y uso correcto del condón. Asimismo, se encontró que la escolaridad, la identidad sexual y búsqueda de sensaciones sexuales tuvo efecto en los beneficios, barreras, autoeficacia en la comunicación y uso correcto del condón. Una identidad bisexual, hombre o gay, tiene mayores beneficios para usar el condón. Los HSH con mayor escolaridad y mayor búsqueda de sensaciones sexuales presentan mayores barreras para usar el condón. A su vez, los HSH que se identifican como gay/homosexual y que tienen una menor escolaridad perciben menor autoeficacia para usar el condón en la comunicación con la pareja. Los HSH que tienen mayor nivel de escolaridad presentan una mayor autoeficacia para el uso correcto del condón.

El estudio también demostró que los HSH que se identifican como transexuales o travesti tienen mayor apoyo familiar y de la pareja para practicar sexo seguro y los que se identifican como bisexuales mostraron menos apoyo. Asimismo, los HSH con mayor escolaridad y menor búsqueda de sensaciones sexuales tienen mayor apoyo de la pareja para realizar prácticas sexuales seguras. El apoyo de la familia no fue significativo con las variables de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. También, se encontró que los HSH que se identifican como hombres y como transexuales son los que consumen mayormente alcohol y drogas previo al encuentro sexual y asisten mayormente a sitios de encuentro para conocer pareja. Del mismo modo, los HSH que

tienen homofobia internalizada y buscan sensaciones sexuales consumen mayormente alcohol. Los HSH que buscan mayormente sensaciones sexuales consumen mayormente drogas y los HSH que tienen menores ingresos y buscan sensaciones sexuales asisten con mayor frecuencia a sitios para conocer parejas.

Se encontró que los HSH que se identifican como bisexuales tienen mayores conductas sexuales de riesgo a ITS, en cuanto a los que se identifican como transexuales o travesti son los que refieren menores relaciones sexuales sin uso del condón. Los HSH que se identifican como bisexuales mostraron mayores conductas sexuales de riesgo. Los HSH con una identidad homosexual/gay o bisexuales y que buscan sensaciones sexuales tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres. Los HSH que se identifican como hombres o bisexuales tienen mayores relaciones sexuales con mujeres. A su vez, los HSH que se identifican como hombres, bisexuales o gay/homosexual tienen mayores relaciones sexuales con pareja estable sin condón.

El estudio también demostró que los HSH presentaron mayores relaciones sexuales con hombres y mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja estable y ocasional sin uso del condón. Asimismo se demostró que los beneficios, barreras y autoeficacia para la comunicación para usar condón mostraron efecto en la conducta sexual de los HSH. Los HSH que percibían mayores barreras para usar el condón presentaron mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres, mujeres y mayores relaciones sexuales con pareja estable sin uso del condón. A su vez, los HSH que percibían beneficios para usar el condón mostraron menores relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional y trabajador/a sexual. Los HSH que percibían autoeficacia para la comunicación con la pareja sexual mostraron menores relaciones sexuales sin condón con trabajador/a sexual.

Los HSH con mayor influencia interpersonal mostraron mayor frecuencia de relaciones sexuales con hombres y mayor frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional. Los HSH que tenían mayor apoyo de la pareja mostraron efecto negativo en la

frecuencia de relaciones sexuales con pareja ocasional o trabajador/a sexual sin uso del condón. Se puede señalar que los HSH que consumen drogas previo al encuentro sexual y asisten a sitios de encuentro para conocer parejas tienen mayores conductas sexuales de riesgo para ITS. Los HSH que consumen drogas previo al encuentro sexual y asisten con mayor frecuencia a sitios de encuentro tienen mayores relaciones sexuales con hombres y relaciones sexuales con trabajador/a sexual sin uso del condón. Los HSH que consumen drogas previo al encuentro sexual tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales con mujeres.

Recomendaciones

Continuar realizando estudios en HSH debido a la escasez de investigaciones científicas. Realizar estudios mixtos, la incorporación de datos cuantitativos y cualitativos permite converger los resultados y hace los datos más completos de una investigación. Para estudios complejos como lo es la conducta sexual en HSH se recomienda incorporar variables psico-socio-culturales, tales como aspectos de orientación sexual que incluye el deseo y erotismo sexual hacia otros hombres y no sólo como se identifica el individuo. Incluir variables sociales, tales como, la percepción de estigma, discriminación en razón a la identidad u orientación sexual y el afrontamiento a la discriminación. Asimismo, sería interesante incluir si se han realizado o no la prueba rápida de VIH y cuáles son los motivos de no realizársela.

Para futuros estudios que sean similares, donde se evalúan los factores de protección o riesgo de VIH se recomienda aplicar la prueba rápida para tener mayor certeza en cuanto a los criterios de inclusión. Se recomienda seguir utilizando el muestreo dirigido por entrevistados debido a que ha mostrado ser un muestreo efectivo para alcanzar a poblaciones ocultas. Para ello se recomienda incluir informantes claves de organizaciones de la sociedad civil que trabajen con esa población o personas de similares características, esto permitirá mayor pertenencia y compromiso para participar en los proyectos.

Realizar estudios en hombres que no se identifican precisamente como homosexuales o bisexuales pero tienen deseos o prácticas sexuales con otros hombres. Se sugiere seguir trabajando con los instrumentos utilizados en este proyecto, debido a la escasez de información, se utilizaron algunos que no habían sido aplicados en la población y en otros países, los elementos culturales serían importantes para mejorar el contexto de los instrumentos. Asimismo, para futuros estudios se recomienda realizar investigaciones enfocadas a ITS principalmente en gonorrea, sífilis y herpes en HSH, debido a que en el presente estudio se encontró prevalencia de ITS lo que puede desencadenar el VIH. También se recomienda realizar intervenciones enfocadas en aumentar el sexo seguro entre los HSH, intervenciones dirigidas por pares para reducir el sexo anal sin condón entre HSH. Asimismo, dentro de las intervenciones incluir componentes culturales, de reducción de daños, tales como el consumo de sustancias lícitas e ilícitas e incorporar estrategias de reducción de riesgos en la asistencia de sitios de encuentros.

Referencias

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, (2)88, 188-196.
doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014
- Akin, M., Fernández, M., Bowen, G., & Warren, J. (2008). HIV risk behaviors of Latin American and Caribbean men who have sex with men in Miami, Florida, USA. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(5), 341-348. doi:10.1590/S1020-49892008000500006
- Albuquerque, G. A., De Lima, C. G., Moreira, J. B., Winter dos Santos, F. F., Da Silva, L. P., Siqueira, T. N., ... Adami, F. (2015). Suffered violence, drug consumption and risk behaviors in homosexual and bisexual individuals. *International Archives of Medicine*, 8(52), 1-10. doi: 10.3823/1651
- Amirkhanian, Y., Kelly, J., Takacs, J., Kuznetsova, A., DiFranceisco, W., Mocsonaki, L., ...Toth, T. (2009). HIV/STD prevalence, risk behavior, and substance use patterns and predictors in Russian and Hungarian sociocentric social networks of men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 21(3), 266-279.
- Antezana, M. (2007). Hosexualidad, familia y apoyo social. *Gaceta Médica Boliviana*, 30(1), 30-35.
- 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.
doi:10.1300/J082v50n01_06
- Bacon, O., Lum, P., Hahn, J., Evans, J., Davidson, P., Moss, A., & Page-Shafer, K. (2006). Commercial sex work and risk of HIV Infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(4), 228-234. doi:10.1097/01.olq.000020491 4.91 923.ad

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Barbosa, A., y Jiménez Paulina. (2010). Significados asignados al establecimiento de vínculos afectivos y la posible conformación familiar por parte de jóvenes adultos homosexuales. *Revista vanguardia psicológica*, (1)1, 33-51.
- Bautista, S., Colchero, M. A., Romero, M., Conde, C. J., & Sosa, 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. doi:10.1371/journal.pone.0072616
- Belza, M. J. (2005). Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sexually Transmitted Infections*, 81(1), 85-88. doi:10.1136/sti.2003.008649
- Binson, D., Pollack, L. M., Blair, J., & Woods, W. J. (2010). HIV Transmission Risk at a Gay Bathhouse. *Journal of Sex Research*, 47(6), 580-588. doi:10.1080/00224490903216755
- Binson, D., Woods, W. J., Pollack, L., Paul, J., Stall, R., & Catania, J. A. (2001). Differential HIV Risk in Bathhouse and Public Cruising Areas. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1482-1486.
- Bollen, K. A., & Stine, R. A. (1992). Bootstrapping goodness-of-fit measures in structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 21, 205-229.
- 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.
- Brignol, S., & Dourado, I. (2011). Internet behavior survey about the unprotected anal sex with men who have sex with men. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(2), 423-34

- Bruce, D., Harper, G., Fernández, M. M., & Jamil, O. (2012). Age-Concordant and Age-Discordant Sexual Behavior among Gay and Bisexual Male Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 441-448. doi:10.1007/s10508-011-9730-8
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (4ta.ed.). Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2^a ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Carballo-Diéguez, A., & Dolezal, C. (1996). HIV risk behaviors and obstacles to condom use among Puerto Rican men in New York City who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1619-1622.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015). Young teens. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/adolescence.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. 2011. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/noticias/JC2118_terminology_guidelines_es.pdf
- CENSIDA (2014). *La epidemia del VIH y el sida en México*. Recuperado el 2 de abril de 2015, de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
- 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, 303-310. DOI 10.1007/s12160-010-9184-6
- Choi, K., Han, C., Hudes, E., & Kegeles, S. (2002). Unprotected sex and associated risk factors among young Asian and Pacific Islander men who have sex with men.

AIDS Education and Prevention, 14(6), 472-481.

doi:10.1521/aeap.14.8.472.24114

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390–410.
- Crawford, I., Hammack, P. L., McKirnan, D. J., Ostrow, D., Zamboni, B.D., Robinson, B., & Hope, B. (2003). Sexual sensation seeking, reduced concern about HIV and sexual risk behavior among gay men in primary relationships. *AIDS Care*, 15(4), 513-24.
- Crosby, R., Salazar, L., & Mettey, A. (2005). Gay men who attend sex resorts: a typology associated with high-risk sexual behavior. *International Journal of STD and AIDS*, 16, 158–162.
- Cutrona C. E., & Russell D. W. (1987). *The provisions of social relationships and adaptations to stress*. In: Jones WH, Perlman D, Editors. *Advances in personal relationships*. Greenwich (CT): JAI Press.
- 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. doi: 10.1007/s10461-010-9868-8
- Darbes, L., & Lewis, M. A. (2005). HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychol.* 24(6):617–22.
- Davidovich, U., Wit, J., & Stroebe, W. (2004). Behavioral and Cognitive Barriers to safer sex between men in steady relationships: Implications for Prevention Strategies. *AIDS Education & Prevention*, 16(4), 304-314.
- Doyle, S., Clasyn, D., & Ball, S. (2009). Factor Structure of the Condoms Barriers Scale with a Sample of Men at High Risk for HIV. *Assessment*. 16(1), 3-15.

- Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso Salud-enfermedad. *Revista Cubana Medicina General Integral*; 15(4):453-60.
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. & Crece, M. K. (2000). *Paquete Estadístico n'Query Advisor* ® (Versión 4.0). Copyright [Software Estadístico para PC]. Los Angeles C. Statical Solutions.
- Ellis, P. D. (2010). *Essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). Resultados Nacionales. Recuperado de:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 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.
- EunSeok, C., Kim, K. H., & Burke, L. E. (2008). Psychometric Validation of a Condom Self-efficacy Scale in Korean. *Nursing Research*, 57(4), 245-251.
- Fawcett, J. (1999). *Relationship of Theory and Research*. FA. Davis Company.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Segunda Edición. Philadelphia: FA Davis Company, 31-223.
- Fernández-Dávila, P., & Zaragoza, L. K. (2011). Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH?. *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 372-378.
- Fisher, J. D., & Mosovich, S. J. (1990). Evolution of college students' AIDS related behavioral responses, attitudes, knowledge, and fear. *AIDS Education and Prevention*, 2, 322-337.

- Frankis, J., & Flowers, P. (2009). Public sexual cultures: A systematic review of qualitative research investigating men's sexual behaviors with men in public spaces. *Journal of Homosexuality*, *56*, 861–893.
- Garcia-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1).
- González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogía*, *11*(1), 6-14
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web based studies? A comparative analysis of six pre-conceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, *59*(2), 93-104.
- Grov, C., & Crow, T. (2012). Attitudes About and HIV Risk Related to the 'Most Common Place' MSM Meet Their Sex Partners: Comparing Men from Bathhouses, Bars/Clubs, and Craigslist.Org. *AIDS Education & Prevention*, *24*(2), 102-116. doi:10.1521/aeap.2012.24.2.102
- Grov, C., Parsons, J., & Bimbi, D. (2007). Sexual risk behavior and venues for meeting sex partners: an intercept survey of gay and bisexual men in LA and NYC. *AIDS and Behavior*, *11*, 915–926.
- Gutiérrez, J. P. (2012). Profile of gay men in Mexico City: results of a survey of meeting sites. *Tropical Medicine International Health*, *17*(3), 353-60. doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02934
- Haitao, Y., Chun, H., Xiping, H., Hongjing, Y., Wenhui, G., Xiaoqin, X., & ... Lau, J. F. (2010). HIV Incidence and associated factors in a cohort of men who have sex with men in Nanjing, China. *Sexually Transmitted Diseases*, *37*(4), 208-213. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181d13c59
- Hanna, K. M. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing*, *14*, 59-66.

- Haochu, L., Lau, J. F., Holroyd, E., & Huso, Y. (2010). Sociocultural facilitators and barriers to condom use during anal sex among men who have sex with men in Guangzhou, China: an ethnographic study. *AIDS Care*, 22(12), 1481-1486. doi:10.1080/09540121.2010.482121
- Hart, T., & Peterson, J. L. (2004). Predictors of Risky Sexual Behavior among Young African American men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1122-1123.
- Herek, G. (2004). Beyond "Homophobia": Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Hess, K. L., Reynolds, G. L., & Fisher, D. G. (2014). Heterosexual Anal Intercourse among Men in Long Beach, California. *Journal of Sex Research*, 51(8), 874-881. doi:10.1080/00224499.2013.809512
- Hoyle, R. H., Stephanson, M. T., Palmgreen, P., Lorch, E. P., & Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality & Individual Differences*, 32, 401, 414.
- Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, 2012). ¿Qué son los depresores del SNC? Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/que-son-los-depresores-del-snc>
- Isacco, A., Yallum, N., & Chromik, L. (2012). A review of gay men's health: Challenges, strengths, and interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(6), 45-62.
- Izazola-Licea, J. A., Avila-Figueroa, C., Gortmaker, S. L., & Del Río-Chiriboga, C. (1995). Transmisión homosexual del VIH/ SIDA en México. *Salud Pública de México*, 37(6), 602-14.
- Izazola-Licea, J. A., Valdespino-Gomez, J. L., Gortmaker, S. L., Townsend, J., Becker, J., Palacios-Martinez, M., ... Sepulveda Amor, J. (1991). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 4(6), 614-22.

- 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. doi:10.1080/09540121003615137
- Jain, S., & Silva, S. (2011). The development of a sexual orientation scale for males. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1(3), 208-221.
- James, L. R., Mulaik, S. A., & Brett, J. M. (1982). *Causal analysis: Assumptions, models and data*. Beverly Hills, LA: Sage.
- Jarama, S., Kennamer, J., Poppen, P., Hendricks, M., & Bradford, J. (2005). Psychosocial, behavioral, and cultural predictors of sexual risk for HIV infection among Latino men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 9(4), 513-523.
- Kalichman, S. C., Cherry, C., Cain, D., Pope, H., & Kalichman, M. (2005). Psychosocial and behavioral correlates of seeking sex partners on the internet among HIV-positive men. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 243-250
- 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. doi: 10.1007/BF02437933
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual Sensation Seeking: Scale development and predicting AIDS-Risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 385.
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Validity, and Predicting HIV Risk Behavior. *Journal Of Personality Assessment*, 65(3), 586.

- Kalichman, S. C., Tannenbaum, L., & Nachimson, D. (1998). Personality and cognitive factors influencing substance use and sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Psychology Addictive Behaviors, 12*, 262–271.
- 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. doi: 10.1177/0011000007309633
- Katikiro, E., & Njau, B. (2012). Motivating factors and psychosocial barriers to condom use among out-of-school youths in Dar es Salaam, Tanzania: A Cross Sectional Survey Using the Health Belief Model. *International Scholarly Research Network, 8*. doi:10.5402/2012/170739
- King, R., Barker, J., Nakayiwa, S., Katuntu, D., Lubwama, G., Bagenda, D., & ... Hladik, W. (2013). Men at Risk; a Qualitative Study on HIV Risk, Gender Identity and Violence among Men Who Have Sex with Men Who Report High Risk Behavior in Kampala, Uganda. *Plos ONE, 8*(12), 1-8.
doi:10.1371/journal.pone.0082937
- King, K., Vidourek, R., & Singh, A. (2014). Condoms, sex, and sexually transmitted diseases: Exploring sexual health issues among Asian-Indian College students. *Sexuality & culture, 18*(3), 649-663.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Editorial Taurus: México.
- Lawrence, J., Chapdelaine, A., Devieux, J., O'Bannon, R., Brasfield, T., & Eldridge, G. (1999). Measuring perceived barriers to condom use: Psychometric evaluation of the condom barriers scale. *Assessment, 6*, 391-400.
- Lima, D., Fontenele, P., Amorim, P., Costa, M., Fernandes, D., & Bezerra, A. (2014). Sexual behaviors and practices of men who have sex with men. *Revista Brasileira de Enfermagem, 67*(6), 886-890. doi: 10.1590/0034-7167.2014670604.

- Lingiardi, V., Baiocco, R., & Nardelli, N. (2012). Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men: A New Scale. *Journal Of Homosexuality*, 59(8), 1191-1210. doi:10.1080/00918369.2012.712850
- Li, H., Lau, J., Holroyd, E., & Yi, H. (2010). Sociocultural facilitators and barriers to condom use during anal sex among men who have sex with men in Guangzhou, China: an ethnographic study. *AIDS Care*, (12)22, 1481-6. doi: 10.1080/09540121.2010.482121
- Liu, J., Qu, B., Ezeakile, M., & Zhang, Y. (2012) Factors Associated with Unprotected Anal Intercourse among Men Who Have Sex with Men in Liaoning Province, China. *PloS one*, 7 (11), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0050493
- Liu, J., Qu, B., Zhu, Y., & Hu, B. (2015). The Influence of Social Support on quality of life of Men Who Have Sex with Men in China: A Preliminary Study. *Plos ONE*, 10(5), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0127644
- Logie, C. (2012). The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *American Journal Of Public Health*, 102(7), 1243-1246. doi:10.2105/AJPH.2011.300599
- Lohman, B., & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behavior. *Journal Youth adolescence*. 37, 723-735.
- Magis-Rodríguez, C., Brouwer, K. C., Morales, S., Gayet, C., Lozada, R., Ortiz-Mondragón, R., Ricketts, E. P., & Strathdee, S. A. (2005). HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-US border city of Tijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(3), 333-9.
- Malebranche, D. J., Arriola, K. J., Jenkins, T. R., Dauria, E., & Patel, S. N. (2010). Exploring the "bisexual bridge": A qualitative study of risk behavior and disclosure of same-sex behavior among Black bisexual men. *American Journal of Public Health*, 100(1), 159–164. doi: 10.2105/AJPH.2008.158725.

- Malyon, A. K. (1982). Psychotherapeutic Implications of Internalized Homophobia in Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 7(2-3), 59-69.
- Martin, J. L., & Dean, L. L. (1987). *Summary of measures: Mental health effect of AIDS on At-Risk of homosexual men*. Division of Socio-Medical Sciences, Colombia University, School of Public Health.
- Martín, M. J., Martínez, J. M., & Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 29(6):433-43.
- 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. doi:10.1007/s10508-013-0073-5
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W. B., West, B. T., & Boyd, C. J. (2009). Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction*, 104(8), 1333-1345. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02596.x
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5ta Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Merighi, J. R., Chassler, D., Lundgren, L., & Inniss, H. W. (2011). Substance use, sexual identity, and health care provider use in men who have sex with men. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 452-459. doi:10.3109/10826084.2010.502208
- Mustanski, B. (2008). Moderating effects of age on the alcohol and sexual risk taking association: an online daily diary study of men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 12, 118-126.
- 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. doi: 10.1007/s10461-010-9832-7.

- 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. doi: 10.1007/s10508-009-9573-8
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2011). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Elsevier España.
- Núñez N. G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. Miguel Ángel Porrúa-pueg, unam-El Colegio de Sonora: México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS (2013). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- ONUSIDA (2014). *Hoja informativa 2014. Datos estadísticos mundiales*. Recuperado el 2 de abril de 2015, de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf
- Ortíz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 49-65.
- 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
- Parsons, J. T., Grov, C., & Kelly, B. (2009). Club drug use and dependence among young adults recruited through time-space sampling. *Public Health Reports*, 124, 246-254
- Peltzer, K. (2000). Factors Affecting Condom Use among South African University Students. *East African Medical Journal*. (1), 46-25.

- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.) Boston, MA: Pearson.
- Peterson, J. L., Coates, T. J., Catania, J. A., Middleton, L., Hilliard, B., & Hearst, N. (1992). High-risk sexual behavior and condom use among gay and bisexual African-American men. *American Journal of Public Health*, 82(11), 1490-1494.
- Peterson, S. & Timothy, B. (2009). *Middle Range Theories. Application to nursing research*. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins
- Pitpitan, E. V., Goodman-Meza, D., Burgos, J. L., Abramovitz, D., Chavarin, C. V., Torres, K., & ... Patterson, T. L. (2015). Prevalence and correlates of HIV among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. *Journal Of The International AIDS Society*, 18(1), 1-7. doi:10.7448/IAS.18.1.19304
- Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (R. M. Palacios & G. D. Féher, Trads). México, D.F.: McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1999).
- Pollock, J., & Halkitis, P. (2009). Environmental factors in relation to unprotected sexual behavior among gay, bisexual, and other MSM. *AIDS Education and Prevention*, 21(4), 340-355. doi: 10.1521/aeap.2009.21.4.340
- Preston, D., D'augelli, A. R., Kassab, C. D., Cain, R. E., Schulze, F. W., & Starks, M. T. (2004). The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 291-303
doi:10.1521/aeap.16.4.291.40401
- 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.
doi:10.1136/sextrans-2012-050947
- 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.

doi:10.1080/09540120802705867

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.
doi:10.1080/09540120500358951.

Raxachi JC, Terto Júnior V, Garcia J, Pimenta C, Almeida V, Parker R. (2007). Práticas sexuais e conscientiza..o sobre AIDS: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual. Recuperado de:
http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao_abia_5internet.pdf

Ratti, R., Bakeman, R., & Peterson, J. L. (2000). Correlates of high-risk sexual behaviour among Canadian men of South Asian and European origin who have sex with men. *AIDS Care*, 12, 193–202

Raymond, H. Fisher, Chen, Y.-H., 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.
doi: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.
doi:10.1080/00224499.2011.632101

Read, T., Hocking, J., Sinnott, V., & Hellard, M. (2007). Risk factors for incident HIV infection in men having sex with men: a case-control study. *Sexual Health*, 4(1), 35-39. doi:10.1071/SH06043

Reed, E., Prado, G., Matsumoto, A., & Amaro, H. (2010). Alcohol and drug use and related consequences among gay, lesbian and bisexual college students: Role of

- experiencing violence, feeling safe on campus, and perceived stress. *Addictive Behaviors*, 35(2), 168-171. doi:10.1016/j.addbeh.2009.09.005
- Rietmeijer, C. A., Wolitski, R. J., Fishbein, M., Corby, N. H., & Cohn, D. L. (1998). Sex hustling, injection drug use, and non-gay identification by men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 25(7), 353.
- 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.
- Ross, M. W., Rosser, B., Neumaier, E. R., & the Positive Connections Team. (2008). The Relationship of Internalized Homonegativity to unsafe Sexual Behavior in Hiv-Seropositive men who have sex with Men. *AIDS Education & Prevention*, 20(6), 547-557.
- Ross, M. W, Rosser, B., & Smolenski, D. (2010). The Importance of Measuring Internalized Homophobia/Homonegativity. *Archives of Sexual Behavior*. doi: 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. doi:10.1542/peds.2007-3524
- Sáenz, N. E. (2014). *Modelo para la promoción del sexo seguro en parejas estables* (Tesis de doctorado). Monterrey: Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperada de: <http://eprints.uanl.mx/3983/1/1080253625.pdf>

- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>
- Shifter J., & Madrigal J. (2000). *The sexual construction of Latino youth, implications for the spread of HIV AIDS*. NY: Haworth Press.
- Silva, M., Gonçalves, M., Machado, A., & Machado Godoi, E. (2008). Homens que fazem sexo com homens: uso dos serviços de saúde para prevenção/control de HIV/AIDS em Brasília-DF. *Com. Ciências Saúde, 19*(1), 25-34.
- Silva, A. P., Greco, M., Fausto, M. A., Greco, D. B., & Carneiro, M. (2014). Risk Factors Associated with HIV Infection among Male Homosexuals and Bisexuals Followed in an Open Cohort Study: Project Horizonte, Brazil (1994-2010). *Plos ONE, 9*(10), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0109390
- Sohn, A., & Cho, B. (2012). Knowledge, attitudes, and sexual behaviors in HIV/AIDS and predictors affecting condom use among men who have sex with men in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives, 3*(3), 156-164. doi:10.1016/j.phrp.2012.07.001
- Solomon, T., Halkitis, P., Moeller, R., Siconolfi, D., Kiang, M., & Barton, S. (2011). Sex parties among young gay, bisexual, and other men who have sex with men in New York City: Attendance and behavior. *Journal of Urban Health, 88*(6), 1063-1075 doi: 10.1007/s11524-011-9590-5.
- Stueve, A., O'Donnell, L., Duran, R., San Doval, A., & Geier, J. (2002). Being high and taking sexual risks: findings from a multisite survey of urban young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention, 14*, 482-495.
- Szymanski, D., & Henrichs-Beck, C. (2014). Exploring Sexual Minority Women's Experiences of External and Internalized Heterosexism and Sexism and their Links to Coping and Distress. *Sex Roles, 70*(1/2), 28-42. doi:10.1007/s11199-013-0329-5

- Thato, S., Hanna, K. M., & Rodcumdee, B. (2005). Translation and validation of the condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 36-40.
- Thomas, B., Mimiaga, M., Menon, S., Chandrasekaran, V., Murugesan, P., Swaminathan, S., & ... Safren, S. (2009). Unseen and unheard: predictors of sexual risk behavior and HIV infection among men who have sex with men in Chennai, India. *AIDS Education & Prevention*, 21(4), 372-383. doi:10.1521/aeap.2009.21.4.372
- Tung, W., Farmer, S., Ding, K., Tung, W., & Hsu, C. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. *International Nursing Review*, 56(3), 346-353. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00704.x
- Tung, W., Lu, M., & Cook, D. (2010). Condom use and stages of change among college students in Taiwan. *Public Health Nursing*, 27(6), 474-481. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00890.x
- Wade, S., O'Cleirigh, C., Mayer, K., & Safren, S. (2013). HIV-infected men who have sex with men who engage in very high levels of transmission risk behaviors: Establishing a context for novel prevention interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 18(5), 576-587. doi:10.1080/13548506.2012.756537
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. (5^a ed.). Upper Sadder River, N. J.: Prentice H.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.). NY: Springer Publishing Company
- 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.

- Wheldon, C. W., & Pathak, E. B. (2010). Masculinity and relationship agreements among male same-sex couples. *Journal of Sex Research, 47*(5), 460-470. doi:10.1080/00224490903100587
- Williamson, I. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research, 15*(1), 97-107.
- 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., Cook, S. S., McGaskey, J. J., Rowe, M. M., & Dennisa, N. N. (2008). Situational predictors of sexual risk episodes among men with HIV who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections, 84*(6), 506-508. doi:10.1136/sti.2008.031583
- Wong, W. W., & Kong, T. K. (2007). To determine factors in an initiation of a same-sex relationship in rural China: using ethnographic decision model. *AIDS Care, 19*(7), 850-857. doi:10.1080/09540120601086808
- Wu, Z., Xu, J., Liu, E., Mao, Y., Xiao, Y., Sun, X., ... National MSM Survey Group. (2013). HIV and syphilis prevalence among men who have sex with men: a cross-sectional survey of 61 cities in China. *Clinical Infectious Diseases, 57*(2), 298–309. doi: 10.1093/cid/cit210.
- Xiao, Y., Sun, J., Li, C., Lu, F., Allen, K., Vermund, S., & Jia, Y. (2010). Prevalence and correlates of HIV and syphilis infections among men who have sex with men in seven provinces in China with historically low HIV prevalence. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes, 53* (Suppl 1): S66-73. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181c7db43.
- Xiao, Z., Li, X., Liu, Y., Li, S., & Jiang, S. (2013). Sexual communication and condom use among Chinese men who have sex with men in Beijing. *Psychology Health Medicine, 18*(1), 98-106. doi: 10.1080/13548506.2012.687826.

Zagumny, M. J., & Brady, D. B. (1998). Development of the AIDS Health Belief Scale (AHBS). *AIDS Education and Prevention, 10*(2), 173-9

Zuckerman, M. (2007). *Sensation Seeking and Risky Behavior*. American Psychological Association.

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Modelo de conducta sexual en HSH.

Prólogo: El interés de este estudio es conocer en relación a la sexualidad de los hombres gays, homosexuales o heterosexuales que en ocasiones tienen sexo con hombres. Por lo que se le invita a participar en este estudio para formar parte del proyecto doctoral de la MCE. Carolina Valdez Montero. Sí acepta participar deberán responder los instrumentos en papel o en línea. Si es en papel: Se les proporcionará los instrumentos en físico para que sean contestados en el momento o a la brevedad posible. Si es en línea: Se les proporcionará un link para ingresar a la página para responder los instrumentos y se les solicitará un correo electrónico o un medio electrónico de comunicación que utilicen para enviar el link y posteriormente hacer recordatorios del llenado. Por medio de este consentimiento informado le ofrecemos una explicación del estudio y si usted decide participar le solicitamos firmar el formato y se le otorgará una copia del mismo.

Propósito del Estudio: Conocer los factores que influyen en la conducta sexual.

Descripción del Estudio/Procedimiento

1. Si acepta participar se le aplicará una cédula de datos personales y nueve instrumentos en línea, donde serán aplicados en el sitio y horario de su preferencia.
2. La información obtenida será resguardada por la autora del estudio, cuidando en todo momento la privacidad de los participantes, evitando la identificación del nombre u otros datos personales que puedan exponer la identidad.
3. Tendrá la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo decida.

Riesgos e inquietudes:

El estudio no tiene ningún tipo de riesgo. Por la sensibilidad del tema si usted se siente incómodo o no desea seguir respondiendo los instrumentos puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

Se espera que con investigaciones de este tipo permita mejorar la calidad de vida enfocando en futuros proyectos a la mejora de la población y reducir estigmas sociales.

Alternativas: Implica no participar en este.

Costos: Su participación en el estudio, no implica ningún costo a su persona.

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

Las únicas personas que conocerán de su participación en el estudio es usted y el equipo responsable del estudio que participará en la aplicación de los instrumentos. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante en el estudio. Debido a que la información recolectada es anónima y es considerada información confidencial.

Derecho de Retratar: Si usted decide participar tendrá la libertad de retractarse en el momento en que usted lo decida.

Preguntas: Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio comuníquese con los responsables de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería, quien se puede localizar en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente acepto brindar información y participar en este estudio. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del participante

Firma y Nombre del Primer Testigo

Parentesco: _____

Carolina Valdez Montero
Autora de la Investigación

Firma y Nombre Segundo Testigo
Parentesco: _____

Correo electrónico o medio de envío del instrumento: _____

Folio: _____

Monterrey, N.L. a _____ de _____ 2014

Apéndice B

Cédula de datos personales

Por favor, conteste todas las preguntas lo más honestamente posible.

Edad: _____

Escolaridad: _____

¿Tiene algún empleo? Si _____ No _____

Si la respuesta anterior es positiva ¿Cuál es su nivel de ingreso mensual? _____

¿Cómo se identifica sexualmente?

- a) Hombre
- b) Gay/homosexual
- c) Bisexual
- d) Travesti
- e) Transexual/Mujer transgénero

¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez? _____

En la primera relación sexual ¿qué tipo de sexo tuvo?

- a) Vaginal
- b) Anal
- c) Oral

¿Está usted actualmente en una relación íntima? Si _____ No _____

En la siguiente pregunta, usted puede responder más de una de las opciones de respuesta: ¿Usted tiene pareja (s)?

- a) No tengo pareja
- b) Pareja formal (hombre)
- c) Pareja formal (mujer)
- d) Pareja casual (hombre)
- e) Pareja casual (mujer y hombre)

Si usted está en una relación íntima, ¿cuánto tiempo ha estado con su actual pareja?

- a) No tengo pareja.
- b) Menos de 6 meses
- c) De 6 meses a 12 meses
- d) 1 año a 2 años
- e) 3 años y 5 años
- f) 5 años y 8 años
- g) Mayor de 8 años

En el último año ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido incluyendo su pareja formal? _____

¿Ha tenido alguna vez en la vida una infección de transmisión sexual?

Si _____ No _____

¿Cuál fue la infección que tuvo? _____

¿Cómo se conecta con los miembros de la comunidad gay? (Marque todo lo que corresponda)

- a) No está conectado con los miembros de la comunidad gay b) Por internet
- b) Centros comunitarios gay c) Bares/restaurantes gay d) Grupos sociales gay

Apéndice C

Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales

1. Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos y salvajes

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

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

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

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

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

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

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

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

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

6. Disfruto de la compañía de personas sensuales.

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

7. Me gusta ver vídeos clasificados X.

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

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

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

10. Me gusta explorar mi sexualidad

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

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

1	2	3	4
Me disgusta totalmente	Me disgusta	Me gusta	Me gusta muchísimo

Apéndice D

Escala de Homofobia Internalizada

1. En el último año, ¿con qué frecuencia has pensado que sería mejor evitar tener una relación personal o social con otros hombres gays?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

2. En el último año, ¿cuántas veces has tratado de no sentirte atraído por los hombres en general?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

3. Si alguien te ofreciera la oportunidad de ser completamente heterosexual de modo que sólo te sintieras atraído sexualmente por mujeres y ya no estuvieras atraído sexualmente por los hombres, ¿aceptarías la oferta?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

4. En el último año, ¿con qué frecuencia has deseado no ser gay?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

5. En el último año, ¿con qué frecuencia te has sentido marginado por ti mismo, específicamente por ser gay?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

6. En el último año, ¿con qué frecuencia has sentido que quisieras desarrollar sentimientos más eróticos con mujeres?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

7. En el último año, ¿con qué frecuencia has pensado que ser gay es un defecto personal?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

8. En el último año, ¿cuántas veces has buscado o querido buscar ayuda profesional con el fin de cambiar tu orientación sexual de gay a heterosexual?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

9. En el último año, ¿cuántas veces has tratado de convertirte en alguien más atraído sexualmente por las mujeres en general?

1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente

Apéndice E

Escala Beneficios percibidos para el uso del condón

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

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

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

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

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

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

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

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

Apéndice F

Escala Barreras percibidas para el uso del condón

1. Los condones rozan y causan irritación.

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

2. Con los condones no se siente bien.

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

3. Los condones interrumpen el estado de ánimo.

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

4. Con los condones se siente poco natural.

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

5. Los condones no se ajustan bien.

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

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

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

7. Los condones cambian el clímax u orgasmo.

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

Apéndice G

Escala Autoeficacia percibida para el uso del condón

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Puedo usar un condón sin que se salga.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apéndice H

Escala de Provisión social para sexo seguro

1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda.

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

2. Mi familia no apoya el sexo seguro.

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

3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro.

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

4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.

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

5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.

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

6. No creo que mi familia valore lo que he hecho para protegerme del VIH.

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

7. Mi familia no estaría allí para apoyarme si me infectara con el VIH.

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

8. La relación con mi familia me hace sentir seguro de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.

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

9. Puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito.

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

10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia.

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

11. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.

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

12. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.

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

13. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.

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

14. Me siento muy unido emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.

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

15. No puede contar con mi familia para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.

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

16. No me siento cómodo hablando con mi familia sobre el sexo seguro.

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

17. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.

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

18. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro.

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

19. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.

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

20. Puedo confiar en mi pareja para que me ayude a practicar el sexo seguro, si necesito ayuda.

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

21. Mi pareja no apoya el sexo seguro.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
22. No puedo recurrir a mi pareja para orientación sobre el sexo seguro.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
23. Mi pareja sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
24. Mi pareja y yo disfrutamos practicando el sexo seguro.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
25. Me siento responsable de la salud y el bienestar de mi pareja.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
26. Mi pareja y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
27. No creo que mi pareja valore lo que he hecho para protegerme del VIH.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
28. Mi pareja no estaría allí para apoyarme si me infectara con el VIH.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
29. La relación con mi pareja me hace sentir seguro de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
30. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
31. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja.
- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |

32. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.

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

33. Mi pareja confía en mí para aconsejarla sobre sexo seguro.

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

34. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.

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

35. Me siento muy unido emocionalmente con mi pareja y esto me anima a practicar el sexo seguro.

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

36. No puedo contar con mi pareja para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.

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

37. No me siento cómodo hablar con mi pareja sobre el sexo seguro.

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

38. Mi pareja respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.

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

39. El amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar el sexo seguro

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

40. Fue una decisión mutua de mi pareja y mía, de practicar el sexo seguro.

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

41. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.

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

Apéndice I

Escala de Influencias situacionales para la conducta sexual en HSH

1. ¿Con qué frecuencia consume alcohol antes de tener sexo?

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
2. ¿Con qué frecuencia su pareja consume alcohol antes de tener sexo?

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
3. ¿Con qué frecuencia usted y su pareja consumen alcohol antes de tener sexo?

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
4. ¿Con qué frecuencia consume droga (s) antes de tener sexo?

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
5. ¿Con qué frecuencia su pareja consume droga(s) antes de tener sexo?

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
6. ¿Con qué frecuencia usted y su pareja consumen droga(s) antes de tener sexo?

1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente

A continuación se presentan algunos sitios para conocer parejas a los que pudo haber asistido, por favor señala con una X la frecuencia con la que ha ido a alguno de ellos

¿Visita los siguientes lugares para conocer parejas?:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
Parques				
Bares, discotecas				
Baños saunas				
Salas de cine porno				
Cabinas de internet				
Servicios sanitarios de centros comerciales				
Fiestas de sexo				
Sitios en línea				

Apéndice J

Escala de Conducta sexual en HSH

1. ¿Alguna vez ha tenido sexo con una mujer? Si___ No___						
Si la respuesta es Si, por favor conteste a lo siguiente. Si la respuesta es No pase a la pregunta 2.						
Con mujeres	No he tenido	A veces	Con frecuencia	Con mucha Frecuencia	Siempre	
Sexo vaginal						
Sexo oral (tu boca en su vagina)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
2. Por favor indique la frecuencia y el tipo de sexo que ha tenido con un hombre.						
Con hombres	No he tenido	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre	
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						
3. Señale ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales orales, anales y/o vaginales?						
	1-2	4-5	6-7	8-9	10 o más	
4. ¿Con qué frecuencia usa condón con su pareja estable/formal en los siguientes tipos de sexo?						
Con hombres o mujeres	No he tenido ese tipo de sexo	Nunca usamos condón	A veces usamos condón	Con frecuencia usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Siempre usamos condón
Sexo vaginal						
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						
5. ¿Con qué frecuencia usa el condón con una pareja ocasional en los siguientes tipos de sexo						
Con hombres o mujeres	No he tenido ese tipo de sexo	Nunca Usamos condón	A veces Usamos condón	Con Frecuencia usamos condón	Con mucha Frecuencia usamos condón	Siempre usamos condón
Sexo vaginal						
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						

6. ¿Con qué frecuencia usa el condón con un sexo servidor o una sexo servidora en los siguientes tipos de sexo?						
Con hombres o mujeres	No he tenido ese tipo de sexo	Nunca usamos condón	A veces usamos condón	Con frecuencia usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Siempre usamos condón
Sexo vaginal						
Sexo oral (tu boca en su pene)						
Sexo oral (su boca en tu pene)						
Sexo anal (tu pene en su ano)						
Sexo anal (su pene en tu ano)						

Apéndice K

Backward de objetivo 1

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Intersección	50.83	.00	33.71	67.95
	Hombre	14.70	.03	1.36	28.04
	Homosexual/gay	14.25	.02	2.16	26.35
	Bisexual	17.73	.01	3.85	31.62
	Travestí	11.60	.17	-5.03	28.18
	Transexual				
	Escolaridad	.44	.28	-.36	1.23
	Ingresos	5.53	.81	.00	.00
	BSS	.13	.09	-.02	.29
	HI	.03	.64	-.09	.15
Barreras	Intersección	34.46	.00	13.39	55.54
	Hombre	3.85	.65	-12.57	20.27
	Homosexual/gay	.82	.91	-14.08	15.71
	Bisexual	7.08	.42	-10.02	24.17
	Travestí	5.29	.61	-15.16	25.73
	Transexual				
	Escolaridad	-1.45	.00	-2.43	-.47
	Ingresos	.00	.35	-.00	.00
	BS	.42	.00	.22	.61
	HI	.08	.32	-.07	.22
AECOM	Intersección	69.35	.00	53.34	85.36
	Hombre	-9.18	.15	-21.65	3.30
	Homosexual/gay	-10.95	.06	-22.27	.36
	Bisexual	-11.00	.10	-23.99	1.98
	Travestí	-7.10	.37	-22.62	8.43
	Transexual				
	Escolaridad	1.47	.00	.72	2.21
	Ingresos	.00	.06	-2.29	.00
	BSS	.04	.58	-.19	.10
	HI	.01	.81	-.10	.13
AECOR	Intersección	62.60	.00	44.42	80.78
	Hombre	-5.23	.47	-19.40	8.94
	Homosexual/gay	-4.90	.45	-17.75	7.95
	Bisexual	-8.99	.23	-23.74	5.75
	Travestí	2.65	.77	-14.98	20.29
	Transexual				
	Escolaridad	1.39	.00	.54	2.23

	Ingresos	.00	.38	.00	.00
	BSS	-.00	.92	-.17	.16
	HI	.07	.32	-.06	.19
AECON	Intersección	81.15	.00	61.62	100.69
	Hombre	-8.78	.26	-23.99	6.44
	Homosexual/gay	-15.38	.03	-29.19	-1.58
	Bisexual	-18.77	.02	-34.61	-2.92
	Travestí	-3.22	.74	-22.17	15.73
	Transexual				
	Escolaridad	.93	.05	.02	1.84
	Ingresos	.00	.40	.00	.00
	BSS	-.03	.75	-.21	.15
	HI	.08	.27	-.06	.21

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Beneficios	Intersección	51.68	.00	34.96	68.39
	Hombre	14.99	.03	1.74	28.25
	Homosexual/gay	14.38	.02	2.32	26.44
	Bisexual	18.55	.00	5.12	31.98
	Travestí	11.40	.18	-5.16	27.95
	Transexual				
	Escolaridad	.42	.30	-.37	1.22
	Ingresos	5.03	.82	.00	.00
	BS	.13	.10	-.03	.29
	Barreras	Intersección	36.69	.00	16.07	57.31
Hombre		4.63	.58	-11.72	20.98
Homosexual/gay		1.15	.88	-13.73	16.03
Bisexual		9.22	.27	-7.35	25.79
Travestí		4.81	.64	-15.61	25.24
Transexual					
Escolaridad		-1.49	.00	-2.46	-.51
Ingresos		.00	.33	-.00	.00
BS		.41	.00	.22	.60
AECOM		Intersección	69.76	.00	54.13	85.38
	Hombre	-9.03	.15	-21.43	3.36
	Homosexual/gay	-10.89	.06	-22.17	.39
	Bisexual	-10.62	.10	-23.17	1.94
	Travestí	-7.18	.36	22.66	8.30
	Transexual				
	Escolaridad	1.46	.00	.72	2.20
	Ingresos	.00	.06	-2.40	.00

	BSS	.04	.56	-.19	.10
AECOR	Intersección	64.53	.00	46.74	82.31
	Hombre	-4.56	.53	-18.66	9.55
	Homosexual/gay	-4.61	.48	-17.44	8.23
	Bisexual	-7.14	.33	-21.43	7.16
	Travestí	2.24	.80	-15.37	19.86
	Transexual				
	Escolaridad	1.35	.00	.51	2.20
	Ingresos	.00	.40	.00	.00
	BSS	.01	.87	-.18	.15
AECON	Intersección	83.42	.00	64.30	102.53
	Hombre	-7.99	.30	-23.15	7.17
	Homosexual/gay	-15.04	.03	-28.84	-1.24
	Bisexual	-16.59	.03	-31.96	-1.22
	Travestí	-3.70	.70	-22.64	15.24
	Transexual				
	Escolaridad	.89	.06	-.02	1.80
	Ingresos	.00	.43	.00	.00
	BSS	-.04	.69	-.21	.14

Apéndice L

Backward de objetivo 2

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Familia	Intersección	69.13	.00	54.32	83.93
	Hombre	-1.73	.77	-13.27	9.80
	Homosexual/gay	-4.85	.36	-15.31	5.61
	Bisexual	-11.82	.05	-23.83	.19
	Travestí	1.54	.83	-12.81	15.91
	Transexual				
	Escolaridad	7.18	.04	.03	1.41
	Ingresos	-6.88	.72	.00	.00
	BSS	-.12	.08	-.25	.02
	HI	.01	.78	-.09	.12
Pareja	Intersección	76.49	7.71	61.29	91.70
	Hombre	-4.76	6.00	-16.61	7.09
	Homosexual/gay	-3.47	5.45	-14.21	7.28
	Bisexual	-8.12	6.26	-20.45	4.22
	Travestí	-7.41	7.48	-22.15	7.34
	Transexual				
	Escolaridad	1.06	.36	.36	1.77
	Ingresos	.00	.00	-.00	8.16
	BSS	-.19	-.33	-.33	-.05
	HI	-.06	-.17	-.17	.04

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Familia	Intersección	69.56	.00	55.11	84.01
	Hombre	-15.58	.79	-13.04	9.88
	Homosexual/gay	-4.79	.37	-15.21	5.64
	Bisexual	-11.40	.05	-23.01	.21
	Travestí	1.50	.84	-12.86	15.77
	Transexual				
	Escolaridad	.71	.04	.03	1.40
	Ingresos	-7.14	.71	.00	.00
	BSS	.12	.08	-.26	.01
	Pareja	Intersección	74.58	.00	59.69	89.47

Hombre	-5.43	.37	-17.24	6.38
Homosexual/gay	-3.76	.49	-14.50	6.99
Bisexual	-9.96	.10	-21.93	2.00
Travestí	-6.10	.35	-21.75	7.75
Transexual				
Escolaridad	1.10	.00	.39	1.80
Ingresos	.00	.13	.00	9.28
BSS	-.18	.01	-.32	-.05

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Familia	Intersección	68.63	.00	54.47	82.78
	Hombre	-.73	.90	-12.18	10.73
	Homosexual/gay	-4.46	.40	-14.92	5.99
	Bisexual	-9.68	.10	-.21.18	1.83
	Travestí	2.56	.72	-11.46	16.58
	Transexual				
	Escolaridad	.60	.06	-.03	1.23
	BSS	-.09	.17	-.22	.04
Pareja	Intersección	74.70	.00	60.37	89.03
	Hombre	-4.51	.45	-16.11	7.09
	Homosexual/gay	-3.54	.51	-14.14	7.05
	Bisexual	-10.27	.08	-21.93	1.38
	Travestí	-4.74	.51	18.93	9.46
	Transexual				
	Escolaridad	.89	.00	.26	1.53
	BSS	-.17	.01	-.30	-.04

Apéndice M

Backward de objetivo 3

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Intersección	22.64	.09	-3.78	46.06
	Edad	.24	.33	-.24	.72
	Escolaridad	-1.20	.04	-2.34	-.07
	Ingresos	.00	.22	-.00	.00
	BSS	.50	.00	.26	.74
	HI	.24	.00	.08	.41
Drogas	Intersección	12.91	.31	-11.82	37.64
	Edad	-.11	.62	-.56	.34
	Escolaridad	-1.03	.06	-2.09	.03
	Ingresos	-9.43	.78	-.00	.00
	BSS	.31	.00	.09	.54
	HI	.06	.49	-.10	.21
Sitios	Intersección	-2.12	.79	-17.61	13.38
	Edad	.23	.10	-.05	.52
	Escolaridad	.26	.44	-.92	.40
	Ingresos	.00	.13	-9.90	.00
	BSS	.38	.00	.24	.52
	HI	.03	.58	-.07	.13

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias situacionales

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Alcohol	Intersección	28.50	.02	4.92	52.08
	Escolaridad	-1.22	.04	-2.35	-.09
	Ingresos	.00	.34	-.00	.00
	BSS	.50	.00	.26	.74
	HI	.24	.00	.07	.41
Drogas	Intersección	10.09	.37	-11.95	32.13
	Escolaridad	-1.03	.06	-2.08	.03
	Ingresos	.00	.63	-.00	.00
	BSS	.31	.00	.09	.53
	HI	.06	.48	-.10	.21
Sitios	Intersección	3.68	.60	-10.20	17.57
	Escolaridad	-.27	.42	-.94	.39
	Ingresos	.00	.03	4.65	.00
	BSS	.38	.00	.24	.52
	HI	.03	.61	-.07	.13

Apéndice N

Backward de objetivo 4

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	50.10	.00	23.49	76.71
	Hombre	-15.08	.13	-34.59	4.42
	Homosexual/gay	-20.71	.02	-38.48	-2.93
	Bisexual	-34.65	.00	-54.76	-14.53
	Travestí	-16.18	.18	-39.93	7.60
	Transexual				
	Edad	.27	.22	-.16	.69
	Escolaridad	.64	.25	-.44	1.72
	BSS	.24	.03	.02	.46
	HI	-.02	.83	-.18	.15
FRSM	Intersección	1.36	.89	-17.09	19.81
	Hombre	26.31	.00	12.79	39.84
	Homosexual/gay	7.14	.26	-5.18	19.47
	Bisexual	31.11	.00	17.16	45.05
	Travestí	1.27	.88	-15.20	17.75
	Transexual				
	Edad	.07	.62	-.22	.37
	Escolaridad	-.47	.22	-1.22	.28
	BSS	.03	.69	-.12	.18
	HI	.07	.22	-.04	.19
FRSPESC	Intersección	24.71	-.15	-.15	49.57
	Hombre	23.18	4.96	4.96	41.40
	Homosexual/gay	18.54	1.93	1.93	35.14
	Bisexual	22.90	4.11	4.11	41.69
	Travestí	2.98	-19.21	-19.21	25.17
	Transexual				
	Edad	-.25	.20	-.65	.14
	Escolaridad	-.16	.51	-1.17	.85
	BSS	.15	.10	-.05	.36
	HI	.10	.08	-.05	.26
FRSPOSC	Intersección	32.74	.00	8.30	57.19
	Hombre	11.36	.21	-6.57	29.78
	Homosexual/gay	6.81	.41	-9.52	23.14
	Bisexual	11.69	.21	-6.79	30.17
	Travestí	-7.23	.51	-29.05	14.60
	Transexual				
	Edad	-.34	.09	-.73	.05
Escolaridad	-.61	.23	-1.60	.38	
BSS	.25	.02	.05	.45	

	HI	.07	.39	-.09	.22
FRSTSSC	Intersección	4.30	.69	-17.16	25.75
	Hombre	3.73	.64	-11.99	19.45
	Homosexual/gay	3.49	.63	-10.84	17.83
	Bisexual	10.42	.21	-5.80	26.64
	Travestí	5.78	.55	-13.37	24.93
	Transexual				
	Edad	.17	.34	-.18	.51
	Escolaridad	-.83	.06	-1.70	.40
	BSS	.20	.03	.02	.37
	HI	.02	.78	-.11	.15

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	49.52	.00	23.50	75.53
	Hombre	-15.28	.12	-34.66	4.10
	Homosexual/gay	-20.78	.02	-38.51	-3.06
	Bisexual	-35.13	.00	-54.70	-15.56
	Travestí	-16.07	.18	-39.75	7.61
	Transexual				
	Edad	.27	.21	-.15	.69
	Escolaridad	.65	.24	-.43	1.72
	BS	.24	.03	.02	.46
FRSM	Intersección	3.66	91.86	-14.44	21.76
	Hombre	27.08	6.84	13.60	40.56
	Homosexual/gay	7.45	6.26	-4.88	19.78
	Bisexual	33.03	6.91	19.42	46.65
	Travestí	.81	8.36	-15.66	17.28
	Transexual				
	Edad	.07	.15	-.23	.36
	Escolaridad	-.51	.38	-1.26	.24
	BS	.03	.08	-.13	.18
FRSPESC	Intersección	27.99	.03	3.61	52.39
	Hombre	24.28	.00	6.10	42.45
	Homosexual/gay	18.97	.03	2.36	35.59
	Bisexual	25.66	.00	7.31	44.01
	Travestí	2.32	.84	-19.89	24.52
	Transexual				
	Edad	-.26	.19	-.66	.13
	Escolaridad	-.22	.67	-1.23	.19
	BS	.15	.16	-.06	.35
FRSPOSC	Intersección	34.87	.00	10.39	58.81
	Hombre	12.04	.18	-5.77	29.90

	Homosexual/gay	7.09	.39	-9.22	23.40
	Bisexual	13.47	.14	-4.54	31.48
	Travestí	-7.66	.49	-29.45	14.13
	Transexual				
	Edad	-.35	.08	-.74	.04
	Escolaridad	-.65	.20	-1.64	.34
	BSS	.26	.02	.04	.45
FRSTSSC	Intersección	4.92	.65	-16.06	25.89
	Hombre	3.93	.62	-11.70	19.56
	Homosexual/gay	3.58	.62	-10.71	17.87
	Bisexual	10.94	.17	-4.84	26.72
	Travestí	5.66	.58	-13.44	24.75
	Transexual				
	Edad	.16	.35	-.18	.50
	Escolaridad	-.84	.06	-1.71	.02
	BSS	.20	.03	.02	.37

Modelo general lineal multivariante “con backward” de factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	55.68	.00	31.63	79.73
	Hombre	-12.21	.19	-30.55	6.13
	Homosexual/gay	-16.92	.05	-33.53	-.32
	Bisexual	-30.90	.00	-49.24	-12.57
	Travestí	-15.12	.21	-38.82	8.59
	Transexual				
	Edad	.30	.15	-.12	.72
	BSS	.23	.04	.01	.45
FRSM	Intersección	-.98	.91	-17.65	15.68
	Hombre	24.41	.00	11.70	37.11
	Homosexual/gay	4.70	.42	-6.81	16.21
	Bisexual	29.70	.00	16.99	42.41
	Travestí	.03	.99	-16.40	16.46
	Transexual				
	Edad	.03	.83	-.26	.32
	BSS	.03	.66	-.12	.19
FRSPESC	Intersección	26.17	.02	7.20	51.42
	Hombre	22.95	.00	-8.50	25.22
	Homosexual/gay	17.62	.03	-11.85	18.68
	Bisexual	24.19	.00	-7.66	26.05
	Travestí	1.95	.86	-30.51	13.09
	Transexual				
	Edad	-.28	.15	-.78	-.01
	BSS	.15	.15	.05	.50

FRSPOSC	Intersección	29.31	.01	7.20	51.42
	Hombre	8.36	.33	-8.50	25.22
	Homosexual/gay	3.42	.66	-11.85	18.68
	Bisexual	9.20	.28	-7.66	26.05
	Travestí	-8.71	.43	-30.51	13.09
	Transexual				
	Edad	-.40	.04	-.78	-.01
	BSS	.25	.01	.05	.46
FRSTSSC	Intersección	-1.64	.87	-21.61	18.32
	Hombre	-1.26	.87	-16.49	13.96
	Homosexual/gay	-.85	.90	-14.63	12.94
	Bisexual	5.30	.49	-9.92	20.52
	Travestí	4.16	.68	-15.52	23.84
	Transexual				
	Edad	.08	.66	-.27	.43
	BSS	.21	.03	.03	.39

Apéndice Ñ

Backward de objetivo 5

Modelo general lineal multivariante “con backward” de percepción del uso del condón en HSH en la conducta sexual en HSH

Variable dependiente		B	p	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
FRSH	Intersección	30.23	.01	7.20	53.26
	Beneficios	.02	.84	-.18	.21
	Barreras	.26	.00	.11	.41
	A comunicación	.08	.47	-.14	.31
	A consistente	.14	.17	-.06	.34
FRSM	Intersección	6.07	.50	-11.66	23.80
	Beneficios	.12	.13	-.04	.27
	Barreras	.12	.04	.00	.24
	A comunicación	.07	.470	-.25	.10
	A consistente	-.01	.90	-.16	.14
FRSPESC	Intersección	60.39	.00	39.42	81.37
	Beneficios	-.08	.38	-.26	.10
	Barreras	.13	.06	-.00	.27
	A comunicación	.08	.42	-.12	.29
	A consistente	-.25	.00	-.43	-.07
FRSPOSC	Intersección	69.44	.00	48.89	89.99
	Beneficios	-.18	.04	-.36	-.01
	Barreras	.05	.49	-.09	.18
	A comunicación	-.00	.96	-.21	.20
	A consistente	-.22	.02	-.40	-.04
FRSTSSC	Intersección	55.32	.00	37.38	73.27
	Beneficios	-.22	.00	-.37	-.06
	Barreras	-.02	.73	-.14	.10
	A comunicación	-.27	.00	-.44	-.09
	A consistente	-.02	.76	-.18	.13