



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN HOMBRES CON Y SIN VIH

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MARIA FERNANDA LOZANO QUIROZ

Director: Mtro. Oscar Iván Negrete Rodríguez
Dictaminadores: Dr. Ricardo Sánchez Medina
Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña



Los Reyes Iztacala, Edo de México, agosto 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN309719 Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica.

Mi gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater, es un honor haber recibido una formación del más alto nivel. Mi trabajo de tesis y mi desempeño profesional siempre estará dedicado a mi Universidad y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, seguiré trabajando para poner es alto su nombre.

Mtro. Oscar Iván Negrete Rodríguez:

Siempre estaré agradecida por el acompañamiento durante toda la trayectoria universitaria, por las valiosas críticas y observaciones; por las horas dedicadas a las asesorías y revisiones, por transmitir siempre con pasión sus conocimientos y porque con cada charla propició el pensamiento crítico. Gracias por motivarme en los momentos que pensé en rendirme, por reconocer mis logros y también por decirme mis áreas de oportunidad. Además de ser un gran maestro, eres un gran amigo que me ha tendido la mano en situaciones difíciles. ¡Tus consejos, apoyo y atenta escucha han sido muy importantes para mi!

Dr. Ricardo Sánchez Medina:

Gracias por permitirme colaborar en sus proyectos de investigación desde mi segundo semestre, por las enseñanzas, paciencia y disponibilidad de siempre ayudarme, sus sugerencias me ayudaron a realizar un mejor trabajo. Por fomentar mi interés por el área de la investigación, usted hizo que llegara a metas profesionales que creía muy lejanas; por facilitarme espacios y recursos para trabajar durante la licenciatura, además de que esta tesis sea producto de uno de sus proyectos.

Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña:

Gracias por las enseñanzas, amor y comprensión, porque además de guiarme como profesora durante varios años, me has ayudado a afrontar problemas personales, siempre con

sabiduría y brindándome un gran abrazo. Gracias por ser mi tutora y ayudarme a cumplir esta meta.

De manera general a mis cinco sinodales quienes estuvieron acompañándome en toda la carrera y ahora en mi tesis.

A mis padres, Rosalba Quiroz Hernández y Sergio Alejandro Lozano Aguilera, siempre estaré agradecida por su apoyo, no solo durante mi tesis sino durante toda mi vida. Mamá, gracias por todas tus atenciones, cuidados y empatía en todo momento. Papá, gracias por confiar y estar al pendiente de mi, por brindarme mi espacio cuando lo necesité, pero también un abrazo cálido en muchos momentos.

A mis hermanos, Sergio y Carlos, quienes muy a su estilo me han echado porras cuando me he sentido perdida, siguen ustedes, sé que lograrán lo que se propongan. ¡Los quiero muchísimo!

A mis abuelas, Chana y Juana; mis tíos y tías Guadalupe, Raúl, Carlos, Martha y Ana Lilia, y mis primos Ismael, Javier y Liliana, por estar al pendiente de mi, por sus sabios consejos y amor.

También quiero agradecer a mis grandes amigas de la universidad, Brenda Yadira González López y Maria de los Angeles Estrada Martínez, ustedes estuvieron desde el primer día de clases, llegaron para quedarse, formamos un excelente equipo #ABF, gracias por su amor, apoyo, por hacerme parte de sus familias y por ser mujeres incondicionales en mi vida. Todas esas desveladas, traslados a prácticas y horarios complicados fueron una gran odisea a su lado ¡Sin duda alguna esta etapa fue increíble en gran medida por compartirla con ustedes! Bren: por tus palabras precisas en muchas ocasiones, con las que me hiciste reflexionar y no solo quedarme pensando en los múltiples "quizás". Angy: mi gemela incondicional, gracias por tu paciencia, por escucharme, por estar en mis mejores y peores momentos. Por acompañarme en este proceso solitario de la tesis, por interesarte en los que escribí, por leerme y retroalimentarme. ¡ABF lo logramos!

A Samantha Fernanda Martínez Valencia, hemos formado una linda hermandad desde hace varios años, ha estado apoyándome al igual que su familia en muchos aspectos, gracias por los consejos y por siempre estar. ¡Te amo amiga! También quiero agradecer a los amigos que me han acompañado Valery, Linette, Jacqueline, David, Emmanuel, Luis Daniel y Jorge, por confiar en mí y por una que otra sugerencia a esta tesis.

Gracias a todas las personas que creyeron en mí, pero también a las que me desanimaron, sus cuestionamientos me volvieron más determinante acerca de las metas que me he propuesto cumplir.

“Hagas lo que hagas, ámalo, como amabas la cabina de Cinema Paradiso”
Giuseppe Tornatore, 1988 (Nuovo Cinema Paradiso)

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD SEXUAL	5
1.1 Psicología de la salud	6
1.2 La salud sexual y los problemas que enfrenta	8
1.3 El papel del psicólogo en el ámbito de la salud sexual	13
1.4 El trabajo del psicólogo: el caso del VIH	15
CAPÍTULO II. EL VIH/SIDA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	17
2.1 VIH/SIDA: Origen y evolución	18
2.2 Diagnóstico del VIH	22
2.3 Tratamiento Anti Retroviral (TAR)	26
2.4 Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP)	28
2.5 Profilaxis Post Exposición (PEP)	29
2.6 Epidemiología del VIH	32
2.7 VIH/SIDA: Un problema de salud pública	36
CAPÍTULO III. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO ANTE LA TRANSMISIÓN DE VIH POR VÍA SEXUAL EN HOMBRES	40
3.1 Hombres gays (HG) y Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)	41
3.2 Patrón de comportamientos sexuales masculinos ante el VIH	43
3.3 Factores protectores relacionados con el uso consistente del condón	48
3.3.1 Creencias sobre el uso del condón	50
3.3.2 Actitudes sobre el uso del condón	52
3.3.3 Comunicación de temas sexuales con la pareja	53
3.3.4 Negociación del uso del condón	56
3.3.5 Percepción de riesgo ante la transmisión del VIH por vía sexual	59

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	67
Justificación de la investigación	67
Objetivo general	72
Objetivos particulares	72
MÉTODO	73
Participantes	73
Muestreo	74
Criterios de inclusión	74
Criterios de exclusión	75
Variables	75
Instrumentos	76
Procedimiento	78
Procesamiento y análisis de datos	78
RESULTADOS	80
DISCUSIÓN	91
CONCLUSIONES	99
REFERENCIAS	102
APÉNDICE	119

RESUMEN

El VIH/SIDA representa un problema de salud pública en México y el mundo desde hace varios años por lo que se ha buscado hacerle frente a esta pandemia por medio del trabajo multidisciplinario. Hoy en día se sabe que el VIH pasó de ser una enfermedad mortal a una crónica gracias a los avances en los tratamientos, pero a pesar de esto es preocupante que la mitad de las personas infectadas con este virus no lo sepan hasta que hay una gran afectación al sistema inmune. En México más del 80% de los casos registrados son hombres, y se sabe que hay una epidemia concentrada en los grupos de HSH y personas trans, además la mayoría de los casos de VIH+ se infectaron por medio de vía sexual, ante esto, desde hace varios años se ha recomendado el uso del condón debido a que es un método seguro y eficaz. Con base en lo anterior el objetivo de la presente investigación fue identificar factores protectores para la predicción de la consistencia del uso del condón, para ello se evaluó a 788 hombres sexualmente activos con y sin VIH, se formaron cuatro grupos tomando en cuenta su estado serológico y la consistencia/inconsistencia del uso del condón. Los factores protectores evaluados fueron creencias y actitudes hacia el uso del condón, comunicación de temas sexuales con la pareja, negociación del uso del condón y percepción de riesgo ante el VIH; se encontró que los grupos con un patrón de comportamiento sexual seguro fueron: sin VIH-Consistentes, seguido de con VIH-Consistentes, esto también presentaron medias más altas en los factores protectores. Entre los cuatro grupos quienes presentaron un patrón sexual riesgoso y medias más bajas en los factores protectores fueron los participantes del grupo con VIH-Inconsistentes. Los modelos predictivos de la consistencia del uso del condón refieren la negociación de su uso y la percepción de riesgo como variables predictoras, en el caso particular de la población sin VIH también se toma en cuenta la comunicación de temas sexuales. Los resultados se discuten en términos de la importancia de conocer los factores que predicen la consistencia del uso del condón en hombres con y sin VIH.

Palabras clave: VIH/SIDA, hombres, consistencia del uso del condón, factores protectores

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se planteó por objetivo conocer qué factores protectores predicen la consistencia del uso del condón. A lo largo de su fundamentación teórica se describen los hallazgos relacionados con los factores protectores relacionados con la consistencia del uso del condón, pues el uso consistente del condón es una conducta sexual segura, esto dado que la salud sexual se puede ver afectada por las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH al tener relaciones sexuales sin protección, ante esto se recomienda el uso del condón en todas las prácticas sexuales así como postergar el inicio de su vida sexual y tener pocas parejas sexuales, debido a que disminuye la exposición ante el riesgo (Camacho & Pabón, 2014; De Jesús-Reyes & Menkes, 2014; Hernández & González, 2016; Mendoza, Flores & Martínez, 2013; Restrepo, Toro & Cardona, 2015; Salguero, Soriano & Ayala, 2016; Uribe et al., 2015; Valdez et al., 2018).

Considerando que la salud sexual, no se reduce a la presencia o ausencia de una enfermedad, sino que engloba el bienestar físico, psicológico y social, los aportes de los psicólogos tienen una gran relevancia en la prevención del VIH en los distintos niveles, dado que se encarga del estudio del comportamiento humano y que la mayoría de las infecciones de VIH son por vía sexual (Boza, 2016; OMS, 2019a; Rodríguez, 2019), de manera que el comportamiento de cada individuo cobra gran relevancia ya que, desde 1988 el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos ha recomendado el uso correcto y consistente del condón como la mejor medida de prevención de nuevas infecciones o reinfecciones (Berto, 2019).

En este caso la población de interés son los hombres, debido a que las cifras mundiales y nacionales señalan que año con año se acumulan numerosos casos (ONUSIDA, 2019a; SS, CENSIDA & DGE, 2019) y en el caso de México se considera que hay una epidemia concentrada dado que más del 80% de los casos de VIH y SIDA corresponden a hombres (ONUSIDA, 2018; CENSIDA, 2014). La investigación se realizó en la Clínica Especializada Condesa (CEC), la cual es el Centro de Excelencia en Atención Médica, Diagnóstico y Prevención en VIH en la Ciudad de México, por lo que teniendo en cuenta que

se identifica como un grupo de riesgo a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (CEC, 2019; CENSIDA, 2014; 2019; ONUSIDA, 2018) y que ellos tienen una mayor cultura de realizarse pruebas diagnósticas de VIH (CONASIDA, 1998), nuestros resultados propablemente contribuirán a la ampliación de conocimientos sobre el comportamiento sexual de dicho grupo, lo cual es relevante para la planeación de futuras intervenciones en estos grupos.

Para ello, primero se realizó un convenio con la CEC, después se abordó de manera individual a 788 hombres que se encontraban en las salas de espera, se les explicó el propósito del cuestionario así como que su participación era anónima y voluntaria, se contó con población varonil con y sin VIH, cabe señalar que los grupos tienen las mismas características sociodemográficas ya que, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Para el análisis de los datos recabados se utilizaron las pruebas chi cuadradas y H de Kruskal Wallis, para analizar si había diferencias entre grupos; también se empleó el análisis discriminante por pasos por medio del cual se identificaron los mejores modelos predictivos.

Esto se realizó dado que como se mencionó al inicio el objetivo fue conocer los factores protectores que inciden en el uso consistente del condón en hombres con y sin VIH de la Ciudad de México, para ello previamente se describió el patrón de comportamiento sexual y los factores protectores propuestos, los cuales fueron Creencias hacia el uso del condón, Actitudes hacia el uso del condón, Comunicación de temas sexuales con la pareja, Estilo de Negociación del condón y Percepción de riesgo ante la transmisión del VIH.

A partir de lo anterior, en el capítulo uno se aborda el papel del psicólogo en el ámbito de la salud sexual particularmente en el caso del VIH, para ello primero se esclarece qué es la psicología de la salud, los antecedentes de esta, después se aborda particularmente la salud sexual y los problemas que conciernen a este ámbito.

El capítulo dos se centra en el VIH y el SIDA, primero se revisa la historia de la epidemia, antecedentes biológicos del VIH, el diagnóstico oportuno y tardío, seguido de tratamientos que se emplean para combatir la infección o reinfección por este, después se

brinda un panorama epidemiológico de virus a nivel mundial y nacional. También se realiza un análisis crítico acerca de porque el VIH/SIDA se considera un problema de salud pública.

El capítulo tres se presenta el sustento de porque los HSH son un grupo de riesgo, debido a que probablemente se contaría con una submuestra de ellos en la población. También se revisan investigaciones teóricas y empíricas acerca del patrón de comportamientos sexual seguro y los factores protectores propuestos.

Con base en lo revisado, se consideró importante conocer qué factores protectores predicen la consistencia del uso del condón, para lo cual se estudió el comportamiento de hombres, divididos en cuatros grupos en función del estado serológico de VIH y la consistencia del uso del condón, se analizó su patrón de comportamiento sexual y los factores protectores asociados al uso del condón. Esto permitió identificar los mejores factores predictores, los cuales son el estilo de negociación del uso del condón y la percepción de riesgo ante el VIH. A partir de los hallazgos se afirma que es de gran relevancia la manera en que se llegan a los acuerdos para el uso del condón y que a partir de la evaluación de una situación se realiza la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual, dando como resultado la evitación o creación de situaciones riesgosas.

CAPÍTULO I

EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD SEXUAL

Hablar de salud conlleva hacer referencia a un estado de bienestar físico, psicológico y social, no solo a la presencia o ausencia de enfermedad (Alcántara, 2008; Angelucci, 2013; Angelucci, Cañoto & Hernández, 2017; Oblitas, 2008a,b). En el caso de la salud sexual se sigue la misma lógica, por tal condición se han integrado disciplinas como la psicología, medicina, demografía, antropología, economía y sociología para dar cuenta de factores que inciden en este proceso de salud-enfermedad (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud & Asociación Mundial de Sexología [OMS, OPS & WAS,] 2000), se busca un enfoque respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales de manera que sean placentera, seguras, libres de violencia y discriminación (OMS, 2018a) para ello en este primer capítulo se plantea como objetivo definir qué es la salud sexual y cuáles son sus características, desde una dimensión individual y social, tal como lo recomendó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD) en 1994.

También se revisa las principales problemáticas de la salud sexual, entre las que se encuentran las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de acuerdo con las cifras mundiales y nacionales es un problema que va en aumento, aunque se sabe que puede prevenirse por medio de prácticas sexuales seguras, como es el uso consistente del condón (OMS, 2018a; OPS, 2008).

Hoy en día se sabe que el estado de salud es el resultado de múltiples factores, por ello es abordado por diversas disciplinas, entre ellas la psicología, particularmente la psicología de la salud, la cual se refiere a la aplicación teórico-práctica del conocimiento psicológico en el proceso salud-enfermedad (Angelucci, 2013; Martín, 2003; Oblitas, 2008a). Por ello, se estudia la relación entre salud, hábitos, prácticas sociales, medio ambiente, educación y calidad de vida; de esta manera se intenta ir más allá el paradigma médico puesto que se reconoce que lo individuos están inmersos en un contexto que es dinámico; dicho

análisis se realiza en diferentes momentos de la enfermedad, que van desde la prevención primaria hasta terciaria, como ejemplo de ello se abordará el caso del VIH.

1.1 Psicología de la salud

Antes de hablar sobre psicología de la salud, es importante aclarar qué es la salud y qué es la psicología. Actualmente se sabe que la salud depende de la interacción de factores sociales, políticos, económicos, culturales, científicos y psicológicos, todos estos no son excluyentes entre sí, por el contrario, interaccionan con los demás en diferente proporción (Alcántara, 2008). Esta visión se adoptó a partir de que la OMS en 1946, planteó que la salud es el estado completo de bienestar físico, psicológico y social; de manera que no se reduce a lo biológico ya que, el comportamiento dinámico de los individuos tendrá una fuerte influencia en el estado de salud-enfermedad que presente o desarrolle, dicho en otras palabras, las conductas que las personas llevan a cabo pueden prevenir, fomentar, mantener, deteriorar o rehabilitar su salud (Alcántara, 2008; Angelucci, 2013; Angelucci, Cañoto & Hernández, 2017; Oblitas, 2008a,b).

En cuanto a la psicología, esta es la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos y recurre al método científico para estudiar las variables que influyen en la conducta de las personas a nivel cognitivo, emocional y motor (Ribes, 2008). De manera que, la psicología de la salud es la disciplina que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos para la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o modificación de aspectos físicos, emocionales o cualquier comportamiento relevante en el proceso de salud-enfermedad (Oblitas, 2006).

Lo anterior se debe a que la salud representa un proceso integral que tiene una dimensión psicosocial, por consiguiente, permite comprender cómo es que las variables sociales e individuales mediatizan el proceso salud-enfermedad. Teniendo como resultado importantes aportaciones educativas, científicas y profesionales desde una perspectiva psicológica (Martín, 2003; Matarazzo, 1980, 1982 como se citó en Hernández & Grau, 2005; Ribes 2008).

Con relación a estas aportaciones, resulta relevante saber que la psicología de la salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en la psicología clínica, la psicología médica, la medicina conductual y la psicología comunitaria; a continuación se enuncian. La psicología clínica comenzó a finales del siglo XIX y está asociada al trabajo en las instituciones para enfermos mentales, por lo que se centró más en la enfermedad que en la salud y en consecuencia se le relaciona con la psiquiatría; por su parte, la psicología médica se interesó en las manifestaciones de los estados emocionales y comportamientos de los enfermos, el análisis de lo psicológico en el origen de las enfermedades y en el estudio de la relación médico-paciente, por lo que a diferencia de la psicología clínica, las enfermedades en que se concentró no eran en exclusiva mentales. En lo que corresponde a la medicina conductual, es una continuidad de la psicología médica, en esta se tiene interés en los comportamientos que dieron origen a la enfermedad así como las manifestaciones que se tienen, se busca que por medio del comportamiento haya un buen tratamiento o prevención de las enfermedades. Finalmente, la psicología comunitaria contaba con una perspectiva social de la salud, aunque más vinculada a la salud mental, que a la salud general (Martín, 2003).

Los antecedentes de la psicología de la salud, permiten entender por qué hay un interés por la salud en general desde un enfoque centrado en el paciente, la familia y la comunidad, y que a su vez se consideran las variables psicológicas relacionadas con el proceso salud-enfermedad (Martín 2003). Con relación a esto, se ha afirmado que una de las propuestas más eficaces para mejorar la salud es la evaluación e intervención orientada a los estilos de vida de las personas (Sanabria, González & Urrego, 2007), esto debido a que son un “conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas a partir de factores socioculturales y características personales, que pueden ser saludables o nocivos para la salud” (OMS, 1998, p. 27).

Qué un estilo de vida sea sano o no, dependerá de las conductas que se lleven o no a cabo, por ejemplo los estilos de vida sanos incluyen comportamientos como tener adecuados patrones de sueño, hábitos alimentarios nutritivos y balanceados, realizar actividades de recreación así como de actividad física, tener un bajo consumo de alcohol, no consumir tabaco ni drogas ilícitas, usar el cinturón de seguridad, llevar a cabo el cumplimiento de las normas de tránsito, el uso consistente del condón, el cepillado de dientes, vacunaciones,

chequeo médico, uso de protectores solares, seguimiento de las instrucciones médicas, entre muchas otras (Angelucci, 2013; Oblitas, 2008a,b). Es importante aclarar que la presencia de comportamientos saludables no es equivalente a un estilo de vida saludable ya que, este último será el resultado de la suma de dichos comportamientos (Sanabria-Ferrand, González & Urrego, 2007; González & Reyes, 2012).

Además, los estilos de vida que se lleven a cabo se verán reflejados en algún momento, sea a corto o mediano plazo. También se habla en la salud acerca de la calidad de vida y el bienestar, los cuales están vinculados con los estilos de vida, el primero se refiere al funcionamiento de la persona en diferentes contextos mientras que el segundo engloba la percepción de la persona acerca de las condiciones generales asociadas a su salud (Angelucci, 2013; Oblitas, 2008a). Cabe señalar que todos estos términos son tomados en cuenta desde la psicología de la salud, debido a que desde esta disciplina se realiza un análisis psicológico de las conductas llevadas a cabo por las personas, dando como resultado una visión integral del estado de salud ya que, la dimensión psicológica en la salud se resume en lo que se hace, lo que se omite, en el cómo se hace y en qué condiciones se realiza, puesto que constituyen un conjunto de comportamientos que dan como resultado la presencia o ausencia de una enfermedad biológica (Ribes, 2008).

Con base en lo antes expuesto la psicología de la salud se refiere a la aplicación de las teorías y principios psicológicos en la evaluación, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, de manera que se pueden aplicar en cualquier área que se requiera, una de ella es la salud sexual, la cual es abordada a continuación.

1.2 La salud sexual y los problemas que enfrenta

El término de salud sexual tiene su origen formal en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, en ella se planteó la necesidad de mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes, especialmente para prevenir la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con foco en el intervalo de edad entre los 15 y

24 años (Mazarrasa & Gil, 2012; OMS, 2018; Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 2008). Posteriormente, se definió que la salud sexual se refiere al:

“Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales (OMS, 2018, p. 3)”.

Dicha definición tiene una relación con lo descrito anteriormente sobre la salud ya que, se busca un bienestar físico, psicológico y social, pero en esta caso relacionado con la sexualidad, se hace un énfasis en que no es solamente la ausencia de enfermedad o disfunción sino que también es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y garanticen. Cabe mencionar, que se considera que los derechos sexuales están en proceso de evolución en cuanto al reconocimiento; a continuación se menciona la declaración de los derechos sexuales emitida por la Asociación Mundial de Sexología (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud & Asociación Mundial de Sexología [OMS, OPS & WAS,] 2000):

1. Derecho a la libertad sexual
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual integral.
11. El derecho a la atención de la salud sexual.

Además de los derechos antes señalados es importante reconocer a la salud sexual en el plano social e individual, para ello se deben de cumplir ciertas condiciones. La OMS, OPS y WAS (2000) mencionan que las sociedades sexualmente sanas son aquellas que protegen y dan prioridad a la salud sexual de su población, para ello deben de contar con condiciones como: compromiso político, políticas explícitas, legislación, buena educación, infraestructura

suficiente, investigación, vigilancia adecuada y cultura. Por otro lado, para que se hable de un reconocimiento individual se apoyan de una lista llamada “Comportamientos de Vida del Adulto sexualmente sano”, en la que se estipula que un adulto sexualmente sano es aquel que:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Lista de comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano por el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS) en OMS, OPS y WAS (2000), p. 13.

La revisión de los derechos sexuales así como de la anterior lista de comportamientos relacionados con la vida sexual dan cuenta de lo complejo y amplio que es la salud sexual, en

esta se mencionan algunas preocupaciones y problemas afectan a la vida sexual; éstas pueden ser desde preocupaciones normales que forman parte de la vida cotidiana como ejercer su sexualidad libre y respetuosamente hasta amenazas que atentan con el bienestar y calidad de vida de las personas, por ejemplo un embarazo no deseado o contraer una ITS; sea cual sea, es necesario que haya atención de la sociedad, pero principalmente del sector de salud para que se puedan desarrollar estrategias que van desde la prevención hasta la implementación de programas adecuados a la problemática en cuestión. Dentro de estas problemáticas se incluyen las disfunciones sexuales, violencia e ITS; estas últimas son en las que se abordan a continuación.

Como ya se mencionó, la salud sexual se ve afectada principalmente por ITS, éstas en su mayoría se transmiten por vía sexual (anal, oral y/o vaginal), aunque también se pueden adquirir por otras vías como la sangre y los hemoderivados o por vía vertical (de madre a hijo durante el embarazo o parto) (OMS, 2019a). De acuerdo con García, Rivas, Prieto y Zapata (2016) con base en la etiología las ITS se dividen en tres grupos:

- Producidas por virus: en este grupo se encuentran el herpes genital, el Virus de Papiloma Humano (VPH), Hepatitis B y el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH).
- Producidas por bacterias: dentro de este grupo están la gonorrea, sífilis y clamidia.
- Producidas por parásitos: se encuentran en esta categoría la trichomoniasis, ladillas y el síndrome de Reiter.

Al respecto, es relevante precisar que hay muchos individuos afectados por las ITS, y muchos de los cuales no tienen conocimiento de su infección, esto derivado de que en función de la ITS que padezcan puede presentarse un cuadro asintomático en un principio, esto representan un considerable peligro debido a que pueden propiciarse nuevas infecciones en caso de tener relaciones sexuales sin protección, además de que no sólo se habla de una afectación biológica sino que también se pueden tener efectos psicológicos, sociales y económicos mediatos e inmediatos (OMS, 2018a).

Con relación a lo anterior, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2008) y la OMS (2018a) mencionan que las ITS se pueden prevenir por medio de acciones como: el retraso del inicio de la vida sexual, tener pocas parejas sexuales, relaciones sexuales sin penetración, uso consistente del preservativo, circuncisión y vacunación para prevenir la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) y la hepatitis B. Una investigación que concuerda con lo planteado anteriormente es la desarrollada por Morell, Gil, Ballester y Díaz (2014), en la que encontraron una relación entre la conducta de no usar condón y el inicio de la vida sexual a edades tempranas, el número de parejas sexuales y la frecuencia con la que se tienen relaciones sexuales; concluyendo que estos comportamientos inciden sobre la probabilidad la transmisión y/o contagio.

Además, se ha documentado que hay contextos que favorecen el desarrollo de comportamientos (prácticas) de riesgo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SID [ONUSIDA], 2001; OMS, 2018), al respecto Ribes (2008) menciona que el proceso psicológico de la salud se verá como el resultado de:

1. La vulnerabilidad biológica del organismo ante la enfermedad y
2. Las conductas instrumentales.

Por vulnerabilidad biológica se entiende al resultado de la interacción de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de contraer o desarrollar una enfermedad debido a los factores desencadenantes o de contagio directo. En cuanto a las conductas instrumentales, se refieren a aquellas que directamente (que están en contacto directo con el patógeno) o indirectamente (no están en contacto directo con los patógenos pero aumentan la vulnerabilidad del individuo ante este) aumentan o disminuyen el riesgo de enfermarse.

Considerando los elementos mencionados que incrementan la probabilidad de contraer una ITS, que se pueden resumir en la vulnerabilidad biológica y las conductas instrumentales, la OMS (2018a) ha propuesto ocho esferas de intervención para la salud sexual y reproductiva, cuatro de están dirigidas exclusivamente a la salud sexual, las cuales son:

1. Educación e información integrales

2. Prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas
3. Función sexual y orientación psicosexual
4. Prevención y control del VIH y de otras ITS.

Esta última esfera de intervención es en la que se centra la presente investigación ya que, tal como se expuso anteriormente al estar implicados directamente los comportamientos de las personas y ser un problema de salud, es un área de trabajo para la psicología de la salud. En este caso, las aportaciones que se han realizado se han enfocado en las conductas de riesgo o protección de las personas, identificando ciertos patrones en determinados grupos de poblaciones, en este caso relacionadas con la transmisión de VIH u otra ITS (Angelucci, 2013).

A manera de cierre, se puede afirmar que la salud sexual es un proceso dinámico, por lo que se tendrán diferentes necesidades que dependerán de la etapa de la vida en que se encuentre la persona, así como de factores individuales, culturales, socioeconómicos y geopolíticos; es por ello que la OMS (2018a) recomienda atender los problemas propios de la salud sexual desde un enfoque ecológico, el cual puede centrarse en una visión psicológica, es por ello que a continuación se centra en el trabajo del psicólogo relacionado con la salud sexual.

1.3 El papel del psicólogo en el ámbito de la salud sexual

Pero, ¿Cuál es el papel del psicólogo ante los problemas relativos a la salud sexual?, ¿Cuál es la diferencia entre el trabajo que realiza un psicólogo de los demás profesionales de la salud que también atienden tales problemas? El quehacer del psicólogo en el área de la salud sexual atiende a tareas como la evaluación de las variables psicológicas que propician el mantenimiento de la salud, a identificar aquellas que se asocian a patologías, al diseño de programas de intervención orientados a la prevención integral de las problemáticas que atentan contra la salud, entre otras tareas (Cardozo & Rondón, 2014; Oblitas, 2008a, b).

En el caso de la salud sexual el trabajo del psicólogo se puede orientar a cada uno de los tres niveles de prevención. En el caso de la prevención primaria se contemplan las

acciones orientadas a proteger a las personas de la posibilidad de contraer alguna enfermedad, la prevención secundaria orienta sus acciones a aquellas personas que se encuentran en una alta probabilidad de padecer alguna enfermedad y se trabaja para evitar que la presente, por último, la prevención terciaria va dirigida para aquellos que padecen o han padecido una enfermedad y necesitan rehabilitarse y aminorar la gravedad de los daños y secuelas de esta, o se propague (Olvera & Soria, 2008).

Una actividad propia de los psicólogos de la salud, en el caso de las ITS, ha sido identificar los grupos vulnerables de riesgo de contagio (Mendoza-Pérez & Ortiz-Hernández, 2009). En cuanto al trabajo de prevención se ha realizado a través de pláticas informativas sobre las formas de transmisión y medidas de cuidado así como campañas para la detección temprana (CENSIDA, 2014; CONASIDA, 1998); esta fase de prevención suele ser muy participativa, debido a que todos pueden compartir, opinar y reflexionar sobre los problemas, esto con el objetivo de generar habilidad y obtener conocimiento para el cuidado de la salud, promover la realización de la prueba de detección y canalizar con otros especialistas. Además, se realizan sesiones de consejería individual, en pareja y comunitaria (Galindo, 2018; González & Reyes 2012); las primeras dos se brindan en respuesta a que piden una consulta, sirve para dar a conocer información, también hay talleres de prevención con grupos particulares, por ejemplo jóvenes, mujeres embarazadas, entre otras (Olvera & Soria, 2008; Vázquez, Wald & Frieder, 2005; Galindo, 2018; CENSIDA, 2014). Por ejemplo, en el trabajo con personas que presentan VIH/SIDA los psicólogos han orientado sus acciones hacia la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y la no discriminación; todas estas acciones parecen corresponder a la prevención primaria (Vázquez, Wald & Frieder, 2005; CENSIDA, 2014; Instituto Nacional de Salud [INS], 2014).

Con relación a la consultoría en prevención secundaria y terciaria, de acuerdo con Vázquez, Wald y Frieder (2005), cada una será compleja y única, puesto que será con base en las características de la persona; se tiene como principal objetivo la orientación y contención, además, se recomienda estar actualizando acerca de los últimos avances en los tratamientos, explicar el desarrollo de la enfermedad, entre otros. Esto último, suele abordarse por medio de talleres y cursos, atendiendo también al sentimiento de soledad o abandono que pueden experimentar las personas con VIH, a su vez se propicia el acompañamiento por pares, el cual

fomenta la adherencia al tratamiento (CONASIDA, 1998; Carballo, 1998; Alonso, 2011; Chávez, 2020).

Dado que la prevención secundaria y terciaria se llevan a cabo con base en las características de la problemática a atender, a continuación se explica más a detalle el trabajo del psicólogo en el caso específico del VIH, esto para poder tener una mejor comprensión de las acciones e impacto que tienen las intervenciones del psicólogo de la salud.

1.4 El trabajo del psicólogo: el caso del VIH

Un ejemplo del trabajo del psicólogo en el ámbito de la salud sexual, de manera particular con el VIH es el expuesto por Rodríguez (2019) en el que menciona que se puede participar en la prevención, diagnóstico, inicio del tratamiento, comorbilidad y adherencia, las cuales se explican a continuación:

- **Prevención:** Principalmente se hacen abordajes grupales desde un enfoque social, pero debido a los resultados desfavorables, como es que las cifras vayan en aumento, se considera relevante hacer otros planteamientos individuales, principalmente en los grupos de riesgo, estos grupos en México son Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), Hombres Trabajadores Sexuales (HTS) y Mujeres Transgénero (MT), de manera que las estrategias de prevención deberían tomar en cuenta las características de estos grupos.
- **Diagnóstico:** En donde hay una mayor participación de los psicólogos (80%) debido a que en caso de ser VIH+ y se tenga una respuesta emocional negativa se pueda apoyar a la personas En este momento, no solo se aplica la prueba rápida sino que es necesario identificar si la persona está en riesgo, y en caso de estarlo saber cómo lo está manejando.
- **Inicio de tratamiento:** Esta fase resulta ser muy estresante para los pacientes, se abordan dos momentos importantes que son cómo vive el diagnóstico y cómo vive el inicio del tratamiento, por lo que se trabaja con las posibles emociones negativas que se detonan así como la temprana adherencia.

- Comorbilidades: La población con VIH cambia su metabolismo debido al virus y los tratamientos, dando como resultado que tengan un metabolismo y problemas de una persona con 10 años más, respecto a su edad, por ejemplo una persona de 50 años tendrá un organismo de una persona de 60 años, incluyendo las comorbilidades que representan dicha edad por ejemplo problemas cardiovasculares o fragilidad, por lo que el psicólogo identifica y ayuda a enfrentar dichos problemas ya que, puede que lleven a cabo la adherencia del tratamiento del VIH pero no de otra enfermedad que presenten.
- Adherencia: la cual se refiere a llevar a cabo las recomendaciones farmacológicas y los cambios en el estilo de vida, por lo que son muchos los retos que se engloban en esta área, uno de los principales son los aspectos cognitivos y emocionales en el que se trabaja con lo que piensa y siente de su tratamiento, esto podrá predecir la adherencia que presenten los pacientes, pero también se encuentran los factores del estilo de vida, la terapia antirretroviral, el sistema y servicios de salud, el estado de salud así como el contexto social y nivel socioeconómico.

Tal como se refiere en el ejemplo anterior, el psicólogo es un profesional que cuenta con varias habilidades que le permiten tener una amplia área de trabajo, por lo que las acciones que llevan a cabo se pueden agrupar en investigación, aplicación y formación, dichas aportaciones al ámbito son enriquecedoras para la comprensión de las enfermedades, en este caso, las relacionadas con la sexualidad (Oblitas, 1998a, b). Finalmente, de manera general se puede citar que se han hecho grandes aportaciones, como es la identificación de situaciones o grupos de riesgo, el desarrollo de programas que promueven conductas saludables, y la intervención para mejorar la calidad de vida de las personas, principalmente de aquellas que padecen una enfermedad crónica degenerativa como lo es el VIH/SIDA (American Psychological Association [APA]; Olvera & Soria, 2008). Al respecto, a continuación se hablará de la pandemia actual del VIH, se revisará por qué es un problema de salud pública así como las implicaciones psicológicas que tienen las personas desde el diagnóstico hasta el proceso de tratamiento.

CAPÍTULO II

EL VIH/SIDA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Al tratar cualquier tema relacionado con la salud es necesario considerar el momento histórico, político y social ya que, en función de estos aspectos algo puede considerarse ilegal o una patología, tal es el caso del aborto o la homosexualidad (Boza, 2016; Robles et al., 2011). También hay que recordar que la salud no sólo es la ausencia de enfermedad de un individuo, sino un bienestar que incluye lo social; pero, ¿Por qué es importante lo social?, bien, la salud pública de acuerdo con la OMS (2014) engloba las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, incorporando el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud así como la planificación, gestión y educación sobre la salud así como las diversas enfermedades que existen.

Esta definición hace evidente que para hablar de problemas de salud pública no basta con tomar en cuenta aspectos como la mortalidad y morbilidad conocidas, sino que es necesario concebir esos datos como si fueran la punta de un iceberg, en la que en la parte inferior se encuentra la morbilidad desconocida y los grupos vulnerables, por lo tanto es necesario hacer un análisis ecológico con el apoyo de varias disciplinas, como son: la epidemiología, la sociología, el derecho, entre otras, para tener un amplio panorama de lo que constituye el problema de salud de interés.

En el caso del VIH se considera un problema de salud pública dado que desde su aparición hasta la actualidad ha representado un reto urgente a combatir, por las muertes que ha cobrado, por el deterioro en la vida de los pacientes, el gasto económico que representa para la economía e incluso el estigma social que lo precede. La mayoría de las infecciones de VIH son por vía sexual y en México se considera que hay una epidemia concentrada ya que, alrededor del 80% de los casos tanto de VIH y del SIDA son hombres, aunque cabe señalar que no es el único grupo de riesgo identificado (ONU, 2011). Para conocer más acerca de este problema actual a continuación se revisa la historia del VIH, el diagnóstico, algunos tratamientos importantes así como la epidemiología mundial y nacional, a su vez se mencionan las implicaciones psicológicas de esta enfermedad y finalmente se concluye con

algunos argumentos que justifican el porqué de la afirmación de que el VIH representa un reto para la salud pública de México.

2.1 VIH/SIDA: Origen y evolución

La historia del VIH/SIDA comienza en 1980 en Estados Unidos de América cuando se reportaron cinco pacientes hombres jóvenes homosexuales, con una extraña enfermedad caracterizada por neumonía, candidiasis orofaríngea¹ severa, y otras infecciones poco frecuentes, dos de estos cinco fallecieron en los siguientes cinco meses; esto fue documentado en los Ángeles por el Dr. Gottlieb. Un año después el Dr. Friedman publicó 20 casos similares en Nueva York, aunque agregó que los pacientes presentaban sarcoma de Kaposi²; estos casos parecían ser aislados hasta que una farmacéutica de Atlanta se percató de que un fármaco que era empleado una o dos veces al año, de octubre de 1980 a julio de 1981 se había quintuplicado, al analizar los casos se dieron cuenta que se trataba de un nuevo y agresivo padecimiento (Boza, 2016). Compartían la característica de ser hombres homosexuales, generando así que desde un inicio la prensa propiciara los estigmas sociales que aún están vigentes ya que, había un hostigamiento al activismo LGBT (Berto, 2019); incluso algunos grupos religiosos calificaron a esta enfermedad como un castigo divino (Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas & Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [CIENI & INER], 2011).

Más adelante se identificó que los pacientes presentaban una gran afectación en el sistema inmunológico, en 1982 se le nombró Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) y su etiología se documentó en 1983, en EE. UU. lo nombran Virus T-linfotrópico tipo III (HTLV III) en la revista *Science*, mientras que un equipo de franceses identificaron el mismo agente como Virus Asociado a Linfadenopatía (LAV), fue en 1987 donde ambos países firmaron un acuerdo sobre el hallazgo (Berto, 2019).

En 1984 se le llamó Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al causante del SIDA, dos años más tarde aislaron un nuevo virus pero ahora en trabajadoras sexuales

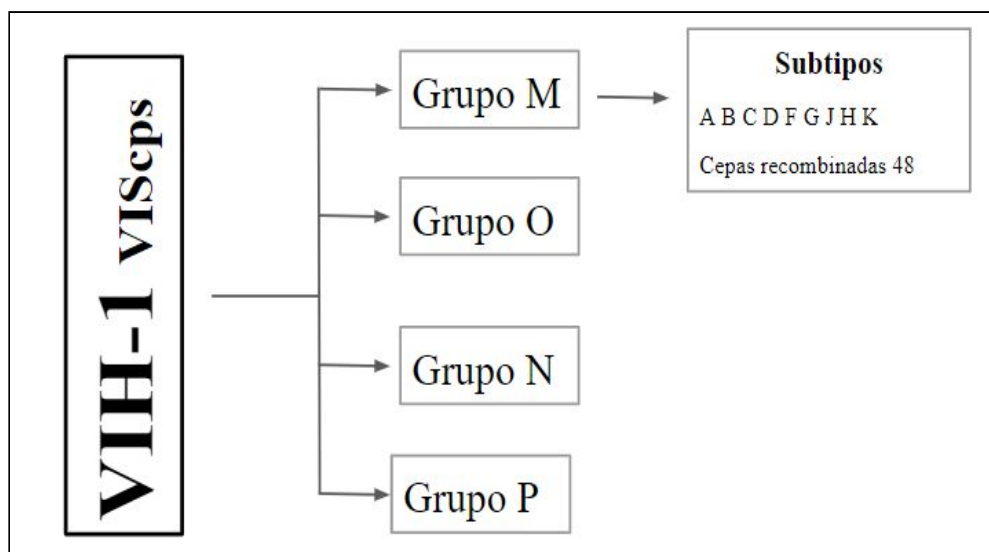
¹ Infección en la que el hongo *Candida albicans* se acumula en la boca.

² Tipo de cáncer que se forma en el recubrimiento de los vasos sanguíneos y linfáticos. Los tumores (lesiones) del sarcoma de Kaposi suelen manifestarse como puntos violáceos indoloros en las piernas, los pies o el rostro.

Senegalesas, este fue nombrado VIH-2. El VIH-1 era el causante de la pandemia que había en el mundo y el VIH-2 era poco frecuente, aunque más adelante se descubrió que el segundo era una zoonosis, esto al realizar estudios con monos y chimpancés con antecedentes del Virus de Inmunodeficiencia del Simio (VIS); en cuanto al tipo uno se desistió en la búsqueda de la etiología debido a lo difícil que era aislar los virus, además que las autoridades de la ONUSIDA consideraron que había otras prioridades en cuanto al VIH/SIDA, como por ejemplo que los anticuerpos contra un tipo no reaccionan con otro, es por ello que es necesario realizarse detecciones serológicas por separado (Boza, 2016).

A partir de las detecciones serológicas se encuentra que existen ramificaciones del VIH, esto se identificó a partir de la semejanza (homología) o diferencia (divergencia) entre los nucleótidos de sus genomas; cuando hay divergencia entre un 10-20%, significa que corresponden a grupos diferentes. El VIH-1 VIScps está conformado por cuatro grupos: M (main o principal), el cual corresponde al 99% de los casos de VIH registrados, O (outlier o “atípico”), N (ni M ni O) y P (solo encontrado en África). Así mismo, el grupo M se divide en subtipos: A B C D F G J H K, además de que puede haber reinfecciones entre los subtipos dando como resultado 48 cepas hasta el momento, estos se nombran por subgrupos recombinados, por ejemplo A y F: CRF02_AF (Boza, 2016) (Ver figura 2.1).

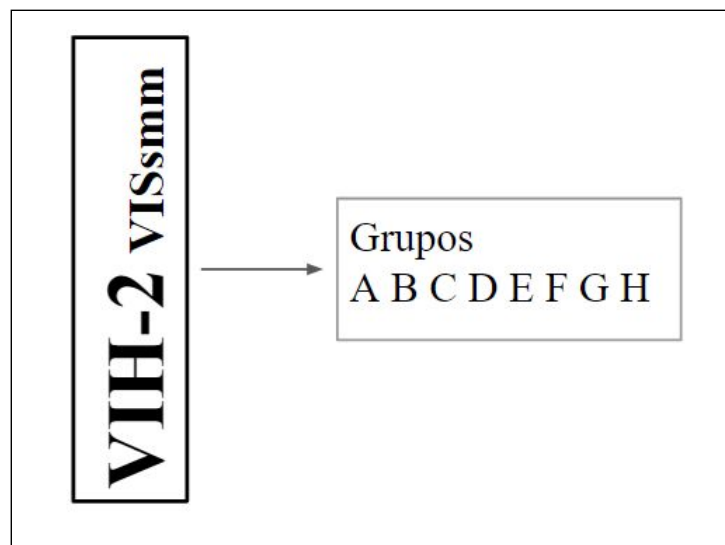
Figura 2.1. Muestra los grupos y subgrupos del VIH-1



Se ha encontrado que existe una relación entre los subtipos y la tasa de mortalidad, por ejemplo el subtipo D es el que evoluciona más rápido; en Europa, América Latina y del Norte entre el 80 y 95% de los casos son del subgrupo B y fue transmitido por vía sexual entre HSH; en el este de Europa y Asia se ha encontrado mayor prevalencia del subgrupo A, y en este caso la principal vía de transmisión fue compartir agujas (Boza, 2016).

En cuanto al VIH-2 VISsmm se han encontrado ocho subgrupos, los cuales son A B C D E F G H (Ver figura 2.2).

Figura 2.2 Muestra los grupos del VIH-2



Conocer el tipo, grupo y subgrupo ayuda a conocer la evolución de la epidemia, dado que mayor diversidad de subgrupos es indicador de que el virus es más antiguo. Por ejemplo, en países como República Democrática del Congo, Camerún y Gabón hay una mayor cantidad de grupos, subgrupos y recombinantes, por lo que se tiene la hipótesis de que en esta zona geográfica se originó la epidemia (Boza, 2016).

El VIH ataca el sistema inmunitario, provocando que el individuo sea más propenso a infecciones por otros antígenos y virus, también es común que se desarrollen enfermedades oportunistas, estas no serían peligrosas si contaran con un sistema inmune sano. Cuando se presenta una de estas enfermedades es muy probable que sea el momento en que se haga un diagnóstico de SIDA al identificar una carga menor de 200 de células T CD4, las cuales se encargan de la destrucción de bacterias, virus, hongos, etc. (Caballo, 1998). Por lo anterior es

necesario que las personas que están infectadas por VIH lleven a cabo un tratamiento que permita controlar los daños ocasionados al sistema inmune (OMS, 2019b).

Las personas que se han infectado de VIH se espera que al pasar el tiempo se desarrolle el SIDA pero, gracias a los tratamientos antirretrovirales (TAR) esta evolución puede prolongarse incluso impedirse, sin embargo, existen factores que obstaculizan que estos medicamentos cumplan su función, entre ellos se encuentran el diagnóstico tardío de la infección por el VIH, que en consecuencia origina retrasos en el inicio del tratamiento, la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento y la aparición de resistencias a antirretrovirales (Castilla et al., 2006; ONUSIDA, 2019).

Al hablar del VIH también es importante comentar acerca de la “reinfeción”, esta puede ocurrir tanto con el VIH-1 como con el VIH-2, este término se refiere a que ocurre una nueva o secundaria infección por un virus que ya ha infectado a la persona, tal es el caso del VIH y de algunas gripes, por ejemplo, una persona puede desarrollar inmunidad a una cepa de un virus de gripe que es común en un año, pero estará en riesgo con respecto a la cepa dominante del siguiente año (Collins, 2012); en el caso del VIH la infección puede ocurrir en el lapso de infección primaria debido a que la sistema inmune no está completamente desarrollada o por haberse expuesto a una nueva cepa (Redd et al., 2012; Fang et al., 2004).

Las consecuencias de la reinfeción por VIH son: 1. Resistencia al Tratamiento Antirretroviral (TAR) debido a que si ya se ha logrado un control del virus con medicamento y se infecta con otra cepa del virus, el control logrado se perderá y el tratamiento no tendrá resultados óptimos, a su vez, al paciente reinfecido se le disminuyen sus opciones de tratamiento, 2. Declive brusco de las células T CD4 de manera que el promedio de vida se reduce y 3. Progresión del SIDA más rápido (Collins, 2012).

Se sabe que la respuesta inmunológica que la persona desarrolla contra el VIH es específica a un sólo subtipo de VIH, por lo que la reinfeción es un gran problema de manera que la medida más efectiva es el sexo seguro, aún en personas ya infectadas (CDC, 2009; Zhou et al, 2017), pero recientemente se ha encontrado que aquellas personas que llevan adecuadamente su Tratamiento Antirretroviral (TAR) llega el momento en que la carga viral

es indetectable, y esto ha significado que no se transmite (Galindo, 2018; Lozano & Domingo, 2011), pero aún con esta protección ante el VIH las personas quedan expuestas a las ITS, por ello es que hoy en día se sigue trabajando para que las personas usen de manera correcta y consistente el condón en todas sus prácticas sexuales.

Ya que, la reinfección por VIH se ha presentado en mayores proporciones en las personas con prácticas sexuales riesgosas, de manera que el comportamiento humano es un importante componente en la transmisión, recombinación y expansión del virus, pues estas conductas favorecen la transmisión de algunos subtipos genéticos sobre otros, produciendo lo antes descrito acerca de las variantes genéticas de una región a otra (Fang et al., 2014; Yábar, Salvatierra & Quijano, 2007; Zhou et al, 2017). Otra situación riesgosa es el caso de las “parejas serodiscordantes”, en la que un miembro es seropositivo (con VIH) y otro no (sin VIH), independientemente de su orientación sexual es considerada una situación de máximo riesgo para el individuo seronegativo, pues tiene una gran probabilidad de infectarse de VIH (OMS, 2012).

Una vez revisados los tipos de VIH que existen, las afectaciones que provoca y algunas condiciones de riesgos, es relevante recordar que el VIH se transmite a través del intercambio de fluidos corporales de personas infectadas, estos fluidos pueden ser la sangre, la leche materna, las secreciones vaginales y el semen, también se puede transmitir de manera vertical, esto es que la madre transmita a su hijo VIH durante el embarazo o el parto. Cabe aclarar que no se transmite por medio de abrazos, lágrimas, besos, saliva, compartir objetos o alimentos (Boza, 2016; OMS, 2019b). Por lo anterior, se han establecido varias estrategias para evitar la transmisión, en el caso de la transmisión por vía sexual, a partir de 1988 la FDA comenzó a recomendar el uso de preservativos para prevenir el VIH (Berto, 2019), pero ya se hablará de este punto tan importante más adelante, antes se abordará el diagnóstico y tratamiento para las personas infectadas de este virus.

2.2 Diagnóstico del VIH

El diagnóstico del VIH se hace por medio de pruebas que arrojan los resultados el mismo día, esto permite el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento y atención especializada inmediatamente, incluso hay pruebas que se pueden autoaplicar, pero siempre es necesario

realizar una prueba confirmatoria, la cual es realizada por personal sanitario cualificado. Generalmente las pruebas empleadas detectan los anticuerpos, debido a la respuesta inmunitaria, dichos anticuerpos aparecen después de 28 días de la infección, este periodo de tiempo se llama seroconversión, en el cual no han generado aún los anticuerpos pero sí pueden transmitir el VIH (CENSIDA, 2009, 2014; SS, 2019).

Una vez que se ha confirmado el resultado se comienza el tratamiento y no se deben realizar más pruebas diagnósticas; las pruebas de detección son útiles para el diagnóstico de jóvenes y adultos, no es el caso para los bebés con madres VIH-positivas, por lo que a los infantes se les realizan pruebas virológicas al nacer o a las seis semanas (OMS, 2019b).

Profundizando sobre la infección por el VIH se ha documentado que se presenta un estado agudo infeccioso que dura entre dos y tres semanas con síntomas como fiebre, sudoración abundante, somnolencia, cansancio, cefaleas, dolores musculares y de garganta. Después de estos síntomas se puede presentar un estado asintomático que duró varios años, por lo que es probable que se desconozca su estado de salud hasta que se presenten complicaciones; la mayoría de las ocasiones se presenta una linfadenopatía persistente generalizada, la cual es uno de los síntomas relacionado con SIDA, incluye fiebre, pérdida de peso y disminución de glóbulos blancos y rojos, por lo que al acudir al médico es probable que los refieran a realizarse una prueba de detección de VIH (Caballo, 1998).

Es por ello que al hablar del VIH, el diagnóstico precoz es uno de los retos más importantes debido a que es fundamental incidir oportunamente sobre la calidad de vida así como el bienestar de la persona que lo padece y prevenir la transmisión (ONUSIDA, 2019). Sin embargo, es común enfrentarse a un diagnóstico tardío (DT), de acuerdo con una revisión realizada por Galindo (2018) en el año 2016 acerca de las variables asociadas a la demora en el diagnóstico se encuentran ser hombre mayor, heterosexual, nivel socioeconómico bajo e inmigrante, además enfatiza en que a pesar de que a través de los años ha cambiado el perfil de las personas con DT de VIH, es menos frecuente en HSH, esto menciona se debe a que hay una mayor percepción de riesgo, de manera que acuden periódicamente a realizarse pruebas de detección.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2011) ha establecido la meta de diagnosticar al 90% de las personas que tienen VIH para el 2020, esto debido a que se estima que el 21% de las personas infectadas no lo saben; en respuesta a esto, desde abril del 2013 se han empleado en muchos países el autotest, realizado en un lugar privado y de conveniencia para el paciente, se realiza por medio de un fluido o la sangre obtenida al pincharse un dedo y en 20 minutos se obtiene el resultado, en caso de ser positivo es necesario acudir a un centro de salud para realizar una prueba confirmatoria (OMS, 2020a), por ello es importante fortalecer la educación y cultura sobre qué significa una prueba positiva (CIENI & INER, 2019).

Una vez revisado los aspectos relacionados con el diagnóstico es importante comentar las implicaciones psicológicas que se pueden tener desde la aplicación de la prueba de detección de VIH hasta el resultado, sea positivo o negativo, para ello se retomará la Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA (Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida [CONASIDA], 1998), y que se describe a continuación.

Cuando una persona acude a realizarse una prueba de detección primero se evalúa por medio de una entrevista si ha estado en riesgo de contraer VIH o si sólo necesita información oportuna, se busca crear un ambiente de confianza y hacerle saber que todo lo hablado es confidencial, anónimo y voluntario, debido a que después de la entrevista el paciente decide si quiere realizarse o no la prueba; la información proporcionada se centra en dar a conocer las formas de transmisión de VIH (sexual, sanguínea y perinatal), las formas de prevenir la transmisión, también se les habla del periodo de ventana, el cual puede ser entre dos y tres meses a partir de la infección, este es el tiempo que un cuerpo tarda en producir anticuerpos contra el VIH, por lo que la prueba arrojará resultados entre dos y tres meses antes y a partir del resultado se valorará la pertinencia de repetir la prueba (CONASIDA, 1998; Prieto, Casaña, Ibarguchi & Pérez, 2007) o de proporcionar al paciente la Profilaxis Post Exposición, de la cual se hablará más adelante (OPS, 2019).

En caso de que el paciente reciba un diagnóstico negativo para VIH es necesario hacer énfasis en que los resultados arrojados hacen referencia a su estado de salud de hace tres meses y debido al tiempo de ventana es importante realizarse nuevamente una prueba si

ha estado es riesgo, pero principalmente se promueven los comportamientos seguros ya que, los resultados pueden deberse a la presencia de comportamientos seguros que ha tenido o a la “suerte de no haberse infectado”, de manera que se fomenta la cultura de la prevención; también se le puede plantear el compromiso de difundir la información recibida (CONASIDA, 1998).

Por otro lado, recibir un diagnóstico de VIH conlleva un fuerte impacto emocional en cualquier ser humano, debido a que se trata de una infección incurable y que en la mayoría de los casos involucra la intimidad sexual, además de que es una condición estigmatizada y que conlleva a la marginación social, por ello se considera que un diagnóstico seropositivo cambia la vida entera (CENSIDA, 2009, 2014). Esto puede ocasionar que haya una crisis o estrés psicosocial que puede ir desde la angustia, la cual es parte de los procesos adaptativos hasta un problema mayor que requiera de atención psicológica o psiquiátrica; lo mejor que puede pasar es tomar el diagnóstico como una gran oportunidad para asumir la voluntad de vivir y tomar consciencia de sus actos, esto después de haber integrado el diagnóstico dentro de su nueva identidad (CENSIDA, 2009, 2014; Chávez, 2020). La manera en que se afronte la situación dependerá en gran medida de sus habilidades de afrontamiento así como el apoyo de su círculo de personas cercanas, principalmente de amigos y familiares (CONASIDA, 1998; OMS, 2019b).

Chávez (2020) menciona que cuando se recibe un diagnóstico de una enfermedad crónica se pueden presentar emociones como miedo, enojo, ansiedad ante la incertidumbre, llanto, sudoración, hiperventilación, aceleración del ritmo cardiaco y presencia de comportamientos desorganizados. En el caso particular del VIH Caballo (1998) menciona que los pacientes inicialmente pueden reaccionar con ira (manifestada o reprimida) y culpa excesiva sobre su estilo de vida y sus comportamientos pasados, también pueden temer por su vida o la de su pareja. Con el paso del tiempo los trastornos de estado de ánimo también son recurrentes, como es la ansiedad y la depresión, respecto a este último se sugiere tener cuidado dado que las señales y síntomas como son la alteración de los patrones alimenticios o de sueño, así como la pérdida de peso es una manifestación del proceso mismo de la enfermedad de VIH, por lo que identificar la etiología de los síntomas es primordial para la intervención que se necesita hacer.

Es por ello que una vez detectado el VIH se tiene que comenzar inmediatamente el tratamiento farmacológico y psicológico, esto último debido a que muchas veces debido a la desinformación y el estigma social que conlleva la enfermedad, el paciente presenta negatividad, miedo y ansiedad, lo que afecta su adherencia al tratamiento y por ende perjudica su calidad de vida (Rodríguez, 2019). El tratamiento farmacológico prescrito para las personas VIH+ son los TAR, estos constituyen una amplia gama, el que se prescriba dependerá del tipo, grupo y subgrupo de VIH que se tenga, aunque también puede estar en función de la resistencia que se tenga a los fármacos, a continuación se explica un poco más de estos tratamientos.

2.3 Tratamiento Anti Retrovial (TAR)

La zidovudina (AZT) fue el primer antirretroviral aprobado para tratar el VIH, en 1989 se realizó una publicación acerca de la aparente mejoría de los pacientes con este fármaco, pero en Europa un par de años más tarde publicaron que tenía efectos tóxicos además de que por sí sólo no era de beneficio sino que la clave estaba en la combinación de distintos fármacos, en el primer lustro de los 90 fue empleado el AZT en mujeres embarazadas para evitar la transmisión vertical. Más adelante, en 1995 se comenzó a comercializar el primer inhibidor de proteasa, cabe señalar que en tan sólo 97 días de su creación se le dio acceso al público, con esto se comenzaron a desarrollar inhibidores de la proteasa³, de fusión o de la integrasa, antagonistas del CCR5, etc., los cuales cambiaron los efectos en el sistema inmune y disminuyó un 70% la mortalidad con respecto a antes de la existencia del TAR; aunque de manera paralela se comenzaron a evidenciar los efectos secundarios asociados a la toxicidad, además de que se enfrentaron a que las personas desarrollaban resistencias a estos y había problemas en la adherencia al tratamiento (Berto, 2019).

El TAR tiene por objetivos: mejorar el grado de inmunosupresión mediante la elevación de los linfocitos TCD4 y reducir la carga viral hasta un nivel no detectable, ambos

³ Con los inhibidores de la proteasa se marca el inicio el “tratamiento antirretroviral altamente activo o combinado” (TAR), que consiste en el uso de al menos tres antirretrovirales juntos, para suprimir al máximo la replicación de VIH y detener la evolución de la enfermedad.

durante el menor tiempo posible (CENSIDA, 2009), aunque no puede erradicar la infección por el VIH al aumentar los linfocitos enlentece la replicación del virus, mejora la supervivencia, la morbi-mortalidad (tanto la relacionada con el SIDA como con comorbilidades que se asocian a ella) y la calidad de vida de las personas con VIH, e incluso recientemente con base en investigaciones clínicas y casos verídico se ha demostrado su papel preventivo, debido a que si la carga viral es indetectable no se transmite la infección, incluso hay muchas campañas con el lema U=U: *undetectable=intransmissible (Test and Treat)* (Galindo, 2018; Lozano & Domingo, 2011).

En México, el número de pacientes que han tenido acceso al TAR del 2017 al 2019 pasó de 141,000 a 160,000, de los cuales la Secretaría de Salud atendió a 95,000, en relación con esto en el 2019 CONASIDA aprobó la Guía de Manejo Antirretroviral en Adultos que viven con VIH de esta manera se garantizó el abastecimiento de los fármacos (Secretaría de Salud, [SS], 2019).

Además de conocer qué es, la importancia y algunas cifras relevantes en México acerca del TAR es importante conocer los efectos psicológicos que se pueden tener al comienzo del tratamiento farmacológico, de acuerdo con Caballo (1998) y Prieto et al. (2007) se puede presentar una alteración o crisis emocional en el paciente o en algún familiar debido a que se hace presente la enfermedad, se suele presentar miedo a las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, esto puede ocasionar que se alteren hábitos cotidianos e incluso los proyectos de vida, la persona se puede aislar, además de los efectos secundarios de los antirretrovirales, los cuales pueden ser lipodistrofia, alteraciones emocionales, diarreas, náuseas y vómitos, fatiga, problemas sexuales, alteraciones del sueño, neuropatía periférica, dolores crónicos por pérdida de masa muscular, etc., por lo que se trabajan las habilidades de afrontamiento, la toma de decisiones y la resolución de problemas en distintas áreas de la vida del paciente. También se busca que exista una adecuada adhesión al tratamiento ya que, al ser suministrado por el mismo paciente es indispensable que se dé seguimiento puntual.

Tal como se deja ver lo descrito en los últimos párrafos, las implicaciones psicológicas con respecto a la enfermedad VIH/SIDA son varias, cambiantes e incluso es un

gran reto poder llevar a cabo un tratamiento integral, a continuación se hablará sobre otros tratamientos importantes.

2.4 Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP)

La Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP) es un tratamiento, forma parte de una nueva estrategia biomédica de prevención primaria del VIH, debido a que en recientes estudios se ha demostrado que reduce un 90% del riesgo de contraer VIH (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019). Una de las limitantes que hay hoy en día con la PrEP de acuerdo a García (2017) es que la dispersión de este fármaco es únicamente en centros hospitalarios y no en farmacias.

La OPS (2019) recomienda que la PrEP sea empleada por hombres y mujeres que tienen un riesgo significativo de contraer VIH, para que sea efectivo es necesario que exista una adherencia al tratamiento debido a que se necesita alcanzar las concentraciones protectoras del medicamento en la sangre y tejidos, por lo que los primeros días de la ingesta del fármaco es fundamental llevar a cabo otras medidas preventivas como el coito con preservativos. Además, es importante puntualizar que aquellas personas que han contraído VIH no deben tomarlo, deben de adherirse al TAR.

Por ejemplo, en México actualmente se puede acceder a la PrEP en la Clínica de Especialización de la Condesa (2019), aunque quienes tienen acceso son grupos considerados vulnerables tales como es el caso de los HSH, mujeres transexuales, personas que se dedican al trabajo sexual así como las parejas de personas seropositivas. Otro ejemplo es en España, en donde se han reducido las transmisiones de VIH pero no de las ITS (García, 2017), lo cual puede llevar a la reflexión acerca de las estrategias preventivas, sea el uso del condón, el diagnóstico precoz o la PrEP; probablemente la manera de frenar las nuevas infecciones o reinfecciones llevando a cabo estrategias combinadas.

De junio de 2018 a diciembre de 2019 mil quinientas personas se sumaron al protocolo de investigación de PrEP en México, de los cuales mil cuatrocientos fueron HSH y cien mujeres transexuales (Bastida, 2019). Hoy en día se puede tener acceso por medio de un

dispositivo móvil a la aplicación *HIV Oral PrEP Implementation Tool*, la cual también tiene una versión en español, está constituida por diferentes módulos dirigida a profesionales clínicos, educadores y defensores comunitarios, consejeros, líderes y encargados de tomar decisiones sobre la PrEP, farmacéuticos, planificación en los establecimientos, planificación estratégica, prestadores de pruebas de laboratorio y usuarios de la PrEP; el objetivo de esta herramienta es apoyar en la consideración, planificación, introducción e implementación de la Profilaxis por vía oral; esto debido a que es una estrategia de prevención combinada y los representantes de los países manifestaron la necesidad de contar con una orientación práctica y confiable (OMS, 2018).

Es evidente que se han llevado a cabo muchos esfuerzos para ponerle fin a esta epidemia pero a pesar de conocer cuáles son las vías de transmisión del VIH, las características del virus y que hay un tratamiento eficaz pero no curativo, siguen reportándose nuevos casos (Galindo, 2018), lo cual lleva a la reflexión de por qué las personas no llevan a cabo conductas orientadas a proteger su salud, las cuales pueden ser desde, postergar un encuentro sexual, usar correctamente y consistentemente el condón, acudir a un centro de salud por la PrEP en caso de pertenecer a un grupo de riesgo, entre otras; estas interrogantes acerca del comportamiento humano se abordan en el siguiente capítulo, particularmente con la revisión de cinco factores protectores, los cuales reciben este nombre debido a que se han asociado con conductas sexuales seguras; pero mientras se hablará acerca de otro tratamiento que es relevante en el tema del VIH.

2.5 Profilaxis Post Exposición (PEP)

La Profilaxis Post Exposición (PEP) es un tratamiento que es considerado una herramienta secundaria para prevenir la infección de VIH, es empleada cuando la prevención primaria ha fallado. Puede ser implementada por los trabajadores de la salud tras un accidente ocupacional, para esto es necesario aplicar las normas básicas de bioseguridad, pero también es empleado por la exposición no ocupacional, lo cual significa haber estado expuesto a fluidos potencialmente contaminados con VIH como la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la leche materna y las secreciones rectales. Debe tomarse a la brevedad posible con

un máximo de 72 horas y debe ser tomada por 28 días, en los casos de violación sexual se debe de iniciar el tratamiento también lo antes posible (OPS, 2019).

El riesgo de infectarse de VIH después de una exposición sexual u de otro tipo depende de 1. la probabilidad de infección de VIH de la persona fuente (estado virológico de la persona), 2. el tipo de exposición y la 3. la susceptibilidad de la persona expuesta. A continuación se presenta la tabla 2.1, en la que se expone el riesgo de transmisión del VIH según tipo de exposición de acuerdo a la guía de “*Recomendaciones básicas: profilaxis post-exposición ocupacional al VIH, Virus de la hepatitis B y C y normas de bioseguridad*” (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Programa Nacional de Control de VIH/ITS [OPS, OMS & PRONASIDA], 2011).

Tabla 2.1 Riesgo de transmisión de VIH

Tipo de exposición	Riesgo estimado de transmisión de VIH (%)
Transmisión de sangre (una unidad)	90-100
Recepción anal	0.1-3.0
Recepción vaginal	0.1-0.2
Penetración vaginal	0.03-0.09
Penetración anal	0.06
Sexo oral-genital receptivo	0-0.04
Pinchazo percutáneo con aguja	0.3 [0.2-0.5 IC95%]
Compartir material de inyección	0.67
Exposición mucosa	0.09 [0.006-0.5 IC95%]

Nota. Presenta el riesgo de transmisión del VIH según tipo de exposición de acuerdo a la tabla modificada de Fisher 2006 (UK guideline). Riesgo de transmisión del VIH (OPS, OMS & PRONASIDA, 2011)

Con relación a lo antes mencionado en la tabla 2.1 a continuación se presenta la clasificación de acuerdo con el riesgo que tiene tomando en cuenta la exposición sexual (OPS, OMS & PRONASIDA, 2011):

Riesgo Alto

- Recepción anal con eyaculación, sin preservativo o con preservativo que ha sufrido rotura o ha sido mal utilizado
- Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo
- Recepción anal sin eyaculación
- Penetración anal sin preservativo con rotura o mal uso del mismo

Riesgo moderado

- Recepción vaginal sin eyaculación
- Penetración vaginal sin preservativo con rotura o mal uso del mismo
- Sexo urogenital receptivo o activo con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo

Riesgo mínimo

- Sexo oral sin eyaculación
- Recepción vaginal con preservativo
- Penetración vaginal o rectal con preservativo

Con base en esta valoración de riesgos se determina si se implementa la PEP, se recomienda que a las dos semanas de haber iniciado la PEP se lleve a cabo una reevaluación para identificar efectos adversos (náuseas, cefalea, malestar abdominal), valorar la adherencia y el resultado de los estudios iniciales (OPS & OMS, 2019).

El haber estado expuesto a una situación de riesgo conlleva que los individuos presenten sentimientos como el temor o el enojo (Caballo, 1998; Noguera & Pérez, 2014), que se pueden volver más severos al conjuntarse con los síntomas secundarios que se presentan debido a los medicamentos administrados durante la PEP, por lo que resulta importante que los pacientes cuenten con buenas redes de apoyo y habilidades de afrontamiento (CENSIDA, 2014).

Una vez revisados aspectos relevantes relacionados con el VIH que van desde su origen, evolución, implicaciones físicas, sociales y psicológicas, así como algunas estrategias farmacológicas empleadas actualmente, se presenta a continuación la epidemiología de la enfermedad ya que, un apartado epidemiológico no se limita a conocer los diferentes agentes

capaces de causar la enfermedad en un individuo, sino que también permite analizar su propagación en una población determinada y así tomar decisiones de manera fundamentada.

2.6 Epidemiología del VIH

De acuerdo con la OMS (2014), la epidemiología es una ciencia que estudia la distribución de las enfermedades y problemas de salud, así como los factores asociados a su aparición; relacionados factores biológicos, medioambientales, alimentarios, sociales, consumo de fármacos, entre otros. La información que proporcionan los estudios epidemiológicos sirve para desarrollar políticas de salud relativas a la intervención, vigilancia, prevención, promocionar la salud de una población específica. Los principales métodos empleados por la epidemiología son los estudios de vigilancia y las investigaciones descriptivas, por medio de estas se puede saber el número de personas que están siendo afectadas por la enfermedad o problemas de salud y cuáles son sus características. Por otro lado, las investigaciones analíticas sirven para conocer las razones de aparición del problema de salud en la población. A continuación se revisarán diferentes aspectos relativos a la epidemiología del VIH para poder dar cuenta del escenario que el VIH tiene no sólo en México sino en el mundo.

En cuanto al origen del VIH, se cree que gran parte de las infecciones en América están relacionados con la migración de trabajadores Haitianos que fueron reclutados por la República del Congo, esto debido a que habían pasado una guerra que hizo escasa la mano de obra; los trabajadores volvieron en los años 60, pero se estima que el VIH ingresó en Haití en 1966, y de acuerdo a investigaciones serológicas, filogenéticas y periodísticas la propagación se debió a que había centros de donación de sangre que no contaba con controles sanitarios, esta sangre se exportaba a EE.UU. y Europa, además de que incrementó el turismo sexual, ocasionando de esta manera los primeros casos de VIH-1 en EE. UU., aquí la diseminación se vio influida por la represión hacia los grupos gay, por lo que emigraron a ciudades más liberales como Los Ángeles y San Francisco, dando como resultado que en esta segunda ciudad en 1978 el 65% de los hombres homosexuales fueran VIH+. También se sabe que en 1979 en Nueva York el 33% de los adictos a drogas endovenosas habían contraído VIH (Boza, 2016).

Hoy en día, se sabe que hay diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres que influyen en el desarrollo de enfermedades, en el caso del VIH no se puede dejar de lado que los hombres son quienes presentan más comportamientos riesgosos, mientras que las mujeres son quienes experimentan condiciones estructurales que propician una vulnerabilidad de tipo biológica, epidemiológica, social y cultural. Por ejemplo, se ha comprobado que a nivel biológico, en una relación heterosexual, las mujeres son cuatro veces más vulnerables al VIH que los hombres, esto debido a que durante el coito el área genital expuesta a secreciones sexuales es más grande que la del hombre, además de que hay una mayor concentración de VIH en el semen que en las secreciones vaginales, en correspondencia a esto se dice que a la semana 6 mil mujeres entre los 15 y 24 años contraen VIH. Aunado a esto, el 35% de la población mundial femenina ha sufrido violencia física y/o sexual alguna vez en su vida, este dato es relevante debido a que las mujeres que son víctimas de violencia tienen 1.5 veces más riesgo de contraer VIH en comparación de las que no han sufrido violencia (CENSIDA, 2019).

En cuanto al grupo de los hombres, se ha identificado que el riesgo de contraer el VIH es 22 veces mayor en HSH, en personas que se inyectan drogas es 21 veces mayor, para los trabajadores sexuales 18 veces mayor y para las personas transgénero 12 veces mayor (CENSIDA, 2019).

Para comprender la epidemia del VIH y el SIDA es importante conocer la prevalencia y la incidencia ya que, conforme a los cambios que puedan presentar se realizan cambios en las estrategias empleadas. La prevalencia se refiere al porcentaje de individuos en una población que manifiesta dicha enfermedad o característica en un determinado momento, en cuanto a la incidencia representa el número de casos nuevos en cierta población y durante un periodo de tiempo. De acuerdo a las Guía Nacional para la Prevención del VIH y el SIDA en México la epidemia del VIH es concentrada debido a que hay una prevalencia de más de 5% en población en mayor riesgo (HSH, personas transgénero, personas usuarias de drogas inyectables y trabajadores sexuales) y en la población en general es de menos de 1% (CENSIDA, 2014).

En cuanto a la incidencia del VIH a nivel mundial durante el 2018 se sabe que fue de 1,7 millones de personas, otros datos relevante es que el 35.35% de las personas que vivían con VIH no tenían acceso al TAR, lo cual resulta preocupante tanto por la salud de esas personas como la probable transmisión del VIH e incluso la re-transmisión. También se sabe que el SIDA ha ocasionado la muerte de 32 millones de personas desde el comienzo de la pandemia (ONUSIDA, 2019a).

En lo que respecta a México, la fuente de consulta con relación a la información epidemiológica relacionada con el VIH es el reporte de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México de la Secretaría de Salud, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA y la Dirección General de Epidemiología. (SS, CENSIDA & DGE, 2019), ellos mencionan que el número de casos registrados de VIH y SIDA en México desde el primer caso hasta el cierre del 2019, los cuales suman 304, 744, de los cuales el 58.9% viven, el 35.8% fallecieron y el 5.3% se desconoce, se presta también atención a los datos más recientes los cuales corresponden al 31 de diciembre de 2019 . El porcentaje de hombres con VIH o SIDA es del 84%, lo cual es similar a los datos que presenta ONUSIDA (2019a) por lo que se deduce que en nuestro país hay una epidemia concentrada. El último dato que se tiene de las defunciones por SIDA en México fueron las del año 2017, en el que ocurrieron 4,720 lo que es igual a una tasa de mortalidad de 3.82. Dichos datos son alarmantes, por ello se realizan numerosos esfuerzos para combatir esta epidemia.

Otras estimaciones preocupantes son las siguientes:

De acuerdo al ONUSIDA (2014) el 21% desconoce su estado serológico con respecto al VIH por lo que alrededor de 8,1 millones de personas no sabían que estaban viviendo con el virus, por su parte la Secretaría de Salud (2019) menciona que en México uno de cuatro personas que portan el virus no lo saben y más recientemente López-Gatell (Secretaría de Salud México, 2020) mencionó que de acuerdo con numerosas investigaciones realizadas en el país, la mitad de las personas que viven con VIH lo desconocen. Las tres estimaciones son alarmantes y preocupantes ya que, muchas veces se enteran hasta que acuden a una unidad de salud debido a complicaciones de salud o a una enfermedad oportunista.

En cuanto a las infecciones por el VIH se han reducido un 40% ya que, en 2018, se produjeron 1,7 millones de nuevas infecciones, en comparación con los 2,9 millones de 1997. Desde 2010, las nuevas infecciones descendieron alrededor de un 16%, desde 2,1 millones hasta 1,7 millones en 2018. Con los datos anteriores se puede ver que el VIH/SIDA es uno de los mayores problemas de salud debido a que ha sido la causa de 32 millones de muertes (ONUSIDA, 2019a).

Con respecto a los esfuerzos por realizar estudios de vigilancia epidemiológica, se puede nombrar una herramienta que de acuerdo con la ONUSIDA (2019) se emplea para los monitoreos globales del SIDA, el paquete informático Spectrum con el cual se pueden realizar estimaciones a nivel de la población de personas que viven con el VIH, mujeres embarazadas que necesitan TAR para prevenir la transmisión vertical y niños expuestos al VIH que necesitan pruebas virológicas. También permite estimar nuevas infecciones por el VIH, la incidencia del VIH (el indicador ODS), las muertes por enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA y la tasa de transmisión materno-infantil, indicadores que son difíciles de medir directamente. Cabe mencionar que a partir de marzo de 2020 ONUSIDA ha solicitado a los países que envíen ciertos datos en este programa (para ello brindó equipos y asesoramiento a los grupos de especialistas en noviembre de 2019), aparte del informe nacional sobre avances en la respuesta al SIDA ya que, por medio de ellos se evaluará el estado de respuesta y los avances nacionales realizados para que con base en esto se establezcan los planes estratégicos a 2025, debido a que se pretende acabar con el SIDA como una amenaza de salud pública para el 2030.

Desde una postura centrada en los datos epidemiológicos se integra un análisis de los individuos y su entorno, no sólo de los padecimientos, esto permite desarrollar e implementar medidas sanitarias de prevención y control, incluso antes de conocer el factor etiológico. A manera de síntesis se puede decir que la epidemiología es una disciplina que ayuda a través del análisis a determinar cuáles son los problemas prioritarios en atención en materia de salud pública, lo cual se explicará en el siguiente apartado.

2.7 VIH/SIDA: Un problema de salud pública

Para hablar acerca del VIH como un problema de salud pública, es necesario comenzar definiendo qué es la salud pública y qué es un problema de salud pública. Para esto se retoman algunas definiciones de salud pública, entre estas la de Salud Pública (SP) es 1. Una práctica, 2. Una función del estado y 3. Una disciplina (Granada, 2005), también se ha considerado que es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo (Franco, 2007), su propósito principal es alcanzar lo más altos niveles de bienestar, en lo social, mental y físico, por medio de los conocimientos y los recursos existentes (Recinto de Ciencias Médicas, 2020). En cuanto a un problema de salud pública, es aquella situación que afecta negativamente el bienestar de una población, esta se puede analizar desde su magnitud o su letalidad (Paniagua, 2013); con base en lo anterior, se considera así a aquella cuestión que necesita una solución, en un nivel social, una vez que se ha resuelto aporta beneficios en la salud de la sociedad

El VIH/SIDA es un problema de salud pública debido a que ha causado numerosas muertes así como el deterioro de la calidad de vida de millones de personas, es uno de los agentes infecciosos que causan mayor impacto en la salud debido a que es una patología de alto costo, también genera incapacidad y muertes en personas en edad productiva, por lo que es considerado como uno de los grandes desafíos a nivel mundial. Cabe señalar que se han tenido importantes avances contra esta epidemia debido a que se han reducido el número de muertes y de personas infectadas al año, esto en gran parte a los TAR, pero aún así las cifras están en continuo ascenso (Instituto Nacional de Salud [INS], 2014). Además de los continuos esfuerzos por la promoción, prevención, tratamientos, atención y apoyo sigue habiendo preconcepciones negativas del VIH/SIDA desde la educación sexual que reciben los jóvenes así como un fracaso en la adherencia a los tratamientos, por lo que la salud pública, las ciencias básicas y clínicas siguen teniendo una meta en común (Alonso, 2011).

En el caso de México, además de identificarse a los HSH como un grupo vulnerable y de mayor esigo ante el VIH, aunque también se han señalado a trabajadorxs sexuales,

adolescentes y jóvenes, mujeres (es especial mujeres gestantes), población privada de la libertad, poblaciones móviles e indígenas (ONUSIDA, 2018; CENSIDA, 2014).

Para que haya una mejor comprensión de los grupos que están más expuestos, se revisa a continuación algunas definiciones de CENSIDA (2014), el riesgo es “la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por este virus” (p.29) y existen diferentes conductas que aumentan el riesgo. Hay quienes se refieren al riesgo como el resultado de los factores individuales, aunque también el riesgo se fundamenta en el contexto sociocultural, la percepción de riesgo y la elección o no está influenciada por las normas sociales y no solo los factores individuales. Por otro lado, la vulnerabilidad se refiere al “conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas, las colocan en situaciones que pueden limitar su capacidad para prevenir y responder a situaciones particulares” (p. 30) en este caso ante el VIH, es conveniente tomar en cuenta otras características como la cultura, las creencias religiosas, el género, la sexualidad, las condiciones económicas, de acceso a servicios y de garantía de los derechos humanos; de esta manera se puede identificar las poblaciones de riesgo y/o vulnerables.

En México, una de las políticas más importantes que atienden este problema de salud pública es la Norma Oficial Mexicana (NOM 010-SSA2-2010), en la que el VIH/SIDA es concebido como un grave problema de salud pública debido a su magnitud y trascendencia, dicha norma tiene como objetivo:

Establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (NOM 010-SSA2-2010, pp. 3).

Cabe señalar que debido a que en México se presenta una epidemia concentrada que requiere estrategias para evitar la propagación, las cuales deben estar basadas en evidencia científica y sin ningún tipo de prejuicios, creencias morales o religiosas. La promoción de la salud es una medida efectiva que evita la transmisión del VIH/SIDA, esto por medio del fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado (CENSIDA, 2009; 2014).

Al respecto, en junio de 2019 en un comunicado de la Secretaría de Salud de México (2019) se anunció que el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) se fortalecerá para poder llegar a las metas 90-90-90, el cual propone que en 2020 el 90% de las personas:

- Que viven con el VIH conozcan su estado serológico.
- Diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada.
- Que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral

Estas metas para combatir el problema de salud pública es catalogada como un ambicioso objetivo de tratamiento que busca contribuir al fin de la epidemia de SIDA (ONUSIDA, 2014), para ello se sugiere llevar a cabo la prevención combinada, la cual hace referencia al uso estratégico y simultáneo de las actividades de prevención, (biomédicas, comportamentales y estructurales) del VIH en un nivel individual, comunitario y social, estas estrategias se explican a continuación (CENSIDA, 2014):

- Biomédicas: Se refiere al acceso a los insumos de prevención y atención de la población, además de que por medio del diagnóstico temprano se da seguimiento
- Comportamentales: Se centra en las prácticas y comportamientos de poblaciones afectadas (individuales y grupales), propiciando la cohesión social.
- Estructurales: Hace alusión a las determinantes sociales de la salud, fomenta las transformaciones en el entorno que permiten llevar a cabo las estrategias comportamentales, por ejemplo, el fortalecimiento de los servicios de salud, comunitario al igual que las leyes y políticas.

El llevar a cabo este conjunto de estrategias, como sociedad, tendrá probablemente consecuencias favorables para la salud individual y por ende pública. Por lo que acciones que pueden ir desde la concientización de cómo llevar a cabo una salud sexual sana y plena, así como las medidas que se deben de tomar en caso de cualquier incidente puede hacer el cambio notable en el panorama de la epidemia a nivel nacional y mundial, pero tal como se ha mencionado es importante que haya estrategias dirigidas a los grupos vulnerables ya que son quienes representan el mayor porcentaje de la población infectada con VIH, además de

esto, tomando en cuenta que la mayor proporción de infecciones han sido por vía sexual a continuación se abordan algunos estudios acerca de la conducta sexual en HSH (CENSIDA, 2014). Aunque también es importante señalar que se han comenzado a realizar investigaciones para identificar los factores protectores asociadas a las conductas sexuales seguras ya que, es primordial investigar los ambos factores de riesgo y para tener panorama más completo acerca de la problemática del VIH.

CAPÍTULO III

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO ANTE LA TRANSMISIÓN DE VIH POR VÍA SEXUAL EN HOMBRES

Hasta el momento se ha expuesto qué es la salud sexual y por qué el VIH se considera un problema de salud pública, con base en lo expuesto se pueden identificar algunos aspectos sobre los que es importante reflexionar, por ejemplo que la mayor proporción de casos de VIH fueron transmitidos por vía sexual, o que la mitad de la población que está infectada en México no lo sabe, trayendo consigo el deterioro de la calidad de vida, el diagnóstico tardío y la continua propagación del virus, esto a pesar de las múltiples estrategias que se han aplicado.

Es por ello, que varias investigaciones siguen presentando nuevos hallazgos relacionados con el comportamiento sexual, particularmente acerca de la conducta sexual segura. Dentro de esta categoría se incluyen la abstinencia, besos y caricias, y el coito protegido (Díaz-Loving & Robles, 2011); con relación a esto último, el condón femenino y masculino son los únicos medios por los cuales al tener relaciones sexuales, si se usan correcta y consistentemente, pueden evitar la transmisión del VIH e ITS (Charles & Blum, 2008; ONUSIDA, 2019; OPS, 2008; Galindo, 2018).

Conocer los factores que se asocian a una conducta sexual segura es de gran importancia para una prevención en sus distintos niveles, en función de las características de la población de interés, por ello en este apartado se realizará una revisión de las investigaciones que estudian algunos factores protectores. Inicialmente se presenta una revisión de la literatura que estudia la población varonil, debido a que la epidemia Mexicana se encuentra concentrada en esta población, cabe señalar que además de la proporción de casos antes expuesta, se ha identificado que los HSH y los hombres gays son una población vulnerable y de riesgo, por lo que a continuación se revisa acerca de las prácticas que llevan a cabo que los colocan en este lugar, después se exponen algunos estudios empíricos, por medio de los cuales se da un sustento a los factores protectores de la presente investigación, dichos factores son creencias hacia el uso del condón, actitudes hacia el uso del condón,

comunicación de temas sexuales con la pareja, negociación del uso del condón y percepción de riesgo ante el VIH.

3.1 Hombres gays (HG) y Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)

Como se mencionó en el capítulo dos, gran parte de la población diagnosticada en México con VIH o SIDA son hombres, por lo que esta población tiene un particular interés entre todos los señalados como grupos de riesgo. Los hombres gay (HG) son parte de la población masculina que asume abiertamente su atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia otros hombres, reconociendo tener prácticas sexuales con personas de su mismo sexo (Bastida, 2015; Berto, 2019; CENSIDA, 2014). Por otro lado, en el grupo de HSH se hace énfasis en el comportamiento sexual, dejando de lado la orientación, identidad o preferencia sexual; en este último grupo se pueden incluir al primero puesto que ambos comparten las prácticas sexuales (OMS, 2018a; CENSIDA, 2014; 2019; ONUSIDA, 2018). En relación con esto es relevante recordar que desde un inicio se vinculó el VIH con los hombres homosexuales debido a que los primeros casos identificados pertenecían a este grupo, dando lugar a una fuerte estigmatización que incluso en la actualidad sigue estando presente en diversos sectores (Berto, 2019; Boza, 2016).

Sin embargo en ambos grupos la penetración anal es una práctica común, así como el sexo oral, la eyaculación en alguna parte del cuerpo y la masturbación mutua (CENSIDA, 2014), cabe señalar que la probabilidad de la transmisión del VIH a través del coito anal es elevada cuando no se utiliza preservativo debido a que la mucosa del ano es fina y puede desgarrarse fácilmente ya que, no está fisiológicamente condicionado para el acto sexual y es un esfínter más rígido a la penetración, por lo que puede ocasionar micro sangrado en el pene y en el ano, posibilitando el contacto sangre-mucosa, de manera que tanto el receptor (pasivo) como el insertivo (activo) estarán a salvo solo si usan condón en todas sus prácticas sexuales; además hay que considerar que existe la posibilidad de padecer otras ITS, por lo que el usar condón de manera correcta y consistentemente, es considerado una conducta sexual segura (Charles & Blum, 2008; ONUSIDA, 1998; Yábar, Salvatierra & Quijano, 2007).

Hoy en día, hay investigaciones que indican que los HSH con VIH tienen una baja proporción de conductas sexuales seguras y tuvieron una ITS en el último año, en contraste de quienes no tienen el virus o aquellos que no conocen su estatus serológico. Esto resulta alarmante debido a que pocas personas VIH+ cuidan su salud sexual (Fernández-Dávila & Morales-Carmona, 2014; Van Kesteren, Hospers & Kok, 2007).

Además es importante mencionar que existen algunas prácticas que atentan contra los factores protectores y que aún no se logra explicar porque los individuos las llevan a cabo, tal es caso del *bareback*, este término anglosajón se refiere a las personas que tienen relaciones sexuales sin condón de manera deliberada. Existen tres tipos de barebackeros: los que saben que tienen VIH, los que saben o creen que no tienen VIH y los que no saben o no les interesa saber si tienen VIH (Baruch, 2014; Bruciaga, 2017).

Al *bareback* se le ha asociado con el *bug-chasing*, que se refiere a la búsqueda intencional de adquirir VIH. Esta práctica es intencional, a diferencia del sexo desprotegido que es el resultado de alguna circunstancia, como el consumo de drogas, alcohol, no contar con condones, tener relaciones con una pareja estable, etc;. Si bien, la conducta de los practicantes de la penetración anal sin condón (PASC) y del *bareback* es la misma, las motivaciones y circunstancias son diferentes, esto resulta relevante en la planeación de intervenciones pues deberán de estar pensadas en el grupo de interés para que sean exitosas (Baruch, 2014; Bastida, 2015).

Además, tal como se expuso anteriormente y tomando en cuenta la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de la ONU sobre VIH/SIDA firmada en 2011, se establece que los HSH son un grupo prioritario en la atención del VIH ya que, están en mayor riesgo de adquirirlo, así como las trabajadoras sexuales y las personas transexuales, incluso se reconoce que hay suficiente evidencia científica sobre tal riesgo en estos grupos, pero se observa que las medidas de prevención, intervenciones de salud y reglamentación no está orientadas al cuidado de dichos grupos.

Se ha sugerido que es resultado de la falta de voluntad política debido a la indiferencia sistemática de las minorías sexuales, por lo que es primordial tomar en cuenta la

características de los grupos e identificar aspectos que son necesarios replantearse ya que, se habla de llegar a la meta 90-90-90 (CENSIDA, 2019), pero la evidencia de las cifras en aumento dejan ver que aún hay una brecha muy grande para llegar a ella, a continuación se hará una revisión del comportamiento sexual dado que la mayor parte de las infecciones han sido por esta vía, a su vez, se prestará mayor atención a los patrones de comportamiento sexuales de los hombres debido a que es nuestro grupo de interés como se acaba de exponer.

3.2 Patrón de comportamientos sexuales masculinos ante el VIH

Debido a que gran parte de las infecciones por el VIH se dan por vía sexual, tiene relevancia estudiar el comportamiento sexual, en la literatura se puede encontrar con este nombre pero también con términos como conducta sexual, práctica sexual o actitud sexual. La Administración de Educación Pública de Uruguay (ANEP, 2005) menciona que el comportamiento sexual considera todas las historias y prácticas sexuales de un individuo ya que, están influenciadas por su contexto social, político, cultural, religioso y económico.

Dicho esto, es importante recordar que en el primer capítulo se mencionó que el estado de salud de las personas dependerá en gran medida de su comportamiento (Ribes, 2008), por lo que es posible identificar patrones de comportamiento sexual seguros y riesgosos; esto debido a que incide sobre el riesgo de contraer una ITS; en el caso del VIH, resulta importante retomar la definición de Brawner et al. (2005) del comportamiento sexual de riesgo ante el VIH, el cual describen como:

Cualquier conducta sexual que aumenta la probabilidad de exposición al VIH, incluyendo pero no limitado al contacto genital sin protección (oral, anal o vaginal), con o sin penetración, orgasmo o eyaculación; parejas sexuales concurrentes o múltiples parejas sexuales secuenciales; actividad sexual bajo la influencia de drogas y / o alcohol; actividad sexual a cambio de apoyo emocional o bienes materiales (por ejemplo, dinero, drogas); y / o actividad sexual con una pareja de estado de VIH desconocido (p. 144).

Esta definición puntualiza las distintas situaciones y acciones que probabilizan el riesgo de contraer el VIH por vía sexual y coincide con lo mencionado por Ribes (2008) particularmente se vincula con lo relativo a la transmisión del VIH.

Ahora se presentarán los hallazgos de distintas investigaciones que se enfocan en el comportamiento sexual y las variables con las que se relaciona, cabe mencionar que la mayoría de los estudios se han centrado en el uso consistente del condón, dado que es una conducta sexual segura ante el VIH y las ITS.

Es importante señalar que una población que ha sido sumamente estudiada son los adolescentes y adultos jóvenes, dado que los cambios biológicos y sociales a los que se enfrentan hace que sean una población vulnerable debido a que la mayoría tiene su debut sexual en esta etapa y se ha observado que muchos de ellos no llevan a cabo conductas seguras, lo cual puede generar lesiones, trastornos de salud, secuelas negativas e incluso ocasionar la muerte, como el VPH, VIH y herpes; además, en esta etapa se definen la mayor parte de los estilos de vida en los que se sustenta la autoconstrucción de la salud (OPS, OMS & PRONASIDA, 2011; OPS 2008; 2019; OMS 2019a). Al respecto de esto último, se ha recomendado modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y comportamientos, de manera que se pueda influir en una adultez responsable en el cuidado de la salud (Folch et al, 2015; Saeteros, Pérez & Sanabria, 2015).

Se ha encontrado en numerables investigaciones que los hombres tienen un comportamiento sexual de mayor riesgo en comparación con las mujeres debido a que inician su vida sexual a edades tempranas, tienen múltiples parejas y relaciones sexuales frecuentes, estos comportamientos podrían ser resultado de la doble moral y permisividad sexual otorgada a hombres y que pone en desventaja a las mujeres en sus decisiones, las cuales repercuten en la salud (Camacho y Pabón, 2014; De Jesús-Reyes & Menkes, 2014; Enríquez, Sánchez y Robles, 2005; Hernández & González, 2016; Mendoza, Flores & Martínez, 2013; Moral de la Rubia, 2007; Ospina & Manrique-Abril, 2007; Randolph, Pinkerton, Bogart, Cecil & Abramson, 2007; Restrepo, Toro & Cardona, 2015; Salguero, Soriano & Ayala, 2016; Uribe et al., 2015; Valdez, Román, Cubillas & Domínguez, 2018).

Aunque la literatura reporta que los hombres son quienes llevan a cabo un comportamiento sexual de mayor riesgo, también se ha encontrado que ellos realizan comportamientos sexuales seguros como es el uso del condón en mayor proporción en

contraste de las mujeres, como es el caso de la investigación realizada por Mendoza, Flores y Martínez (2013), con estudiantes de nivel superior de Panamá, en la que los participantes reportaron usar el condón con todas sus parejas sexuales y al momento de la investigación llevaban condones con ellos, en contraste, las mujeres reportaron que usaban de forma inconsistente el condón y que no llevaban con ellas condones. Además, se encontró un bajo porcentaje de los estudiantes hombres practicaban el *petting*⁴, como forma de evitar la penetración, esta práctica puede ser riesgosa ante el VIH dependiendo del intercambio de fluidos o juguetes que se tengan si es sin protección.

En el caso de México se señala que entre el 40% y 60% de los jóvenes usan el condón de manera inconsistente (Díaz-Loving & Robles, 2009; Jiménez, 2010; Uribe, Andrade & Zacarías, 2010; Padilla & Díaz-Loving, 2011) y cerca del 20% tiene relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o estupefacientes (Hernández & Cruz, 2008), los cuales no son comportamientos seguros para la salud sexual y por ende ante el VIH; al respecto Robles, Piña y Moreno (2006) mencionan que estos comportamientos están influidos en gran medida por factores motivacionales y situacionales.

Tomando en cuenta este panorama, resulta importante identificar qué incide sobre las prácticas sexuales seguras, por ejemplo la inconsistencia del uso del condón. Enríquez, Sánchez y Robles (2005) estudiaron la inconsistencia del uso del condón en la población universitaria mexicana, ellos encontraron que las variables asociadas a esta conducta sexual riesgosa fueron:

1. La decisión del qué y cómo del ámbito sexual era del hombre,
2. Considerar el VIH como una enfermedad de trabajadoras sexuales y homosexuales,
3. La libertad que se le ha otorgado al hombre en el terreno sexual, puesto que los hombres suelen llevar y guardar los condones,
4. Les da pena comprar o les resultan costosos y
5. Disminuye la sensibilidad en el acto sexual.

⁴Petting: Práctica sexual basada en caricias íntimas que no implican la penetración vaginal ni anal. Puede incluir un amplio repertorio como besos apasionados, roces sensuales, desenfundados, cuerpo con cuerpo, con o sin ropa, miradas seductoras y provocativas, la masturbación; también aceites para masajes, juegos de rol, disfraces y juguetes eróticos

Además de esto, al evaluar el uso del condón se encontró que un 80% lo usaba, pero al evaluarlo por tipo de práctica se encontró que prácticamente no lo usaban en el sexo oral, lo cual ponen en evidencia los comportamientos riesgosos de los universitarios.

A partir de los hallazgos de estos estudios se puede afirmar que los adolescentes y los jóvenes adultos no llevan a cabo comportamientos que salvaguarden su salud ante el VIH, se han obtenido incluso relaciones asociativas y resultados que dan cuenta de la necesidad de promover intervenciones en distintos niveles. Para ello es importante comprender el comportamiento, qué incide en él, qué lo inhibe o qué lo mantiene, por tal razón los hallazgos de Enríquez, Sánchez y Robles (2005) son muy importantes, pues además de reflejar la baja proporción de comportamientos seguros han identificado variables explicativas del comportamiento sexual en población universitaria, permitiendo así el entendimiento y la posible planeación de estrategias para la modificación de las conductas sexuales.

También se han realizado investigaciones orientadas a estudiar el comportamiento sexual en adolescentes reclusos, cabe señalar que esta población se caracteriza por tener una salud deteriorada, además de que se considera viven en un contexto de riesgo para la adquisición de múltiples enfermedades, una de ellas es el VIH, debido a los tatuajes realizados con equipos caseros y sin esterilizar, el uso de drogas con jeringas reusadas, ser partícipes o víctimas de violaciones y relaciones sexuales sin protección, afectando no sólo a los reclusos sino a sus parejas sexuales; por lo que cualquier intervención que se busque realizar tendrá que tomar en cuenta las características de la población y el contexto (Sánchez, Robles & Enríquez, 2015).

Un ejemplo de lo antes mencionado fue lo realizado por Sánchez y Enríquez (2017), quienes retomaron el modelo integral de Fishbein (2000), el cual incluye las variables psicosociales (intención de usar el condón, actitudes, creencias y autoeficacia sobre el uso), conductuales (negociación del uso del condón), límites ambientales (población que se estudia, como HSH, entorno carcelario) y variables distales (edad, estatus socioeconómico, información). De manera general encontraron bajos niveles de información sobre cómo se usa el condón y creencias favorables sobre el uso. En el grupo de los adolescentes consistentes se encontró que tenían mayor información sobre el VIH/SIDA, actitudes

favorables al uso del condón, se consideraban autoeficaces para usarlo, tenían una mayor intención de usarlo en su siguiente encuentro y un estilo de negociación de colaboración-equidad; a pesar de esto, estadísticamente las variables significativas fueron: autoeficacia, intención y negociación del uso del condón. Esta investigación hace un análisis más profundo de aspectos relacionados tanto con la historia sexual como de las prácticas sexuales, tal como se sugiere en la definición de comportamiento riesgoso ante el VIH antes mencionada por Brawner et al. (2005).

Siguiendo esta línea de investigación Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández (2009) realizaron un estudio, pero con una población de HSH de la frontera de México donde se encontró un uso consistente del condón fue del 77% tanto en el sexo anal mientras que en el sexo oral fue del 13%. Identificaron que los factores asociados con el uso inconsistente del condón fueron tener una menor edad (21-29 años), nivel socioeconómico bajo, actitudes negativas hacia el uso del condón, consumo de drogas y alcohol. Es importante considerar que esta población es un grupo con alto riesgo de transmisión del VIH, debido a sus relaciones sexuales con penetración anal, y que enfrentan una vulnerabilidad social derivada de los estigmas, a esto se suman condiciones de contexto como migración, violencia y prevalencia de drogas ilegales.

Estas investigaciones dejan en evidencia que el contexto así como la historia de las prácticas sexuales es relevante, también que cada grupo cuenta con particularidades y que deben de ser tomadas en cuenta. De manera general se ha identificado que el comportamiento sexual seguro ante el VIH incluye tener un número reducido de parejas sexuales, no consumir drogas, practicar la monogamia y el uso consistentes del condón (Folch et al, 2015; Herrick et al, 2013; Piña, Robles & Rivera, 2007; Saeteros, Pérez & Sanabria, 2015; Yábar, Salvatierra & Quijano, 2007).

Por otro lado, al hablar específicamente acerca de los *barebackeros*, se sabe que sus prácticas sexuales atentan directamente contra su salud sexual, pero se ha tratado de identificar acciones mitigadoras, tratando así que al menos puedan reducir la posibilidad de adquirir el VIH o de que se puedan reinfectar, por ejemplo tomar PrEP o PEP, según sea el estado serológico de VIH (Baruch, 2014), elegir parejas sexuales tengan el mismo estado

serológico y el posicionamiento estratégico o *seropositioning* (ser activo o pasivo, asumiendo que tiene mayor riesgo el pasivo) así como retirarse antes de la eyaculación (para evitar que haya semen dentro de la cavidad anal debido a que la concentración de virus es muy alta, si se es VIH+; este método deja de lado que el líquido preeyaculatorio también tiene grandes concentraciones) (Baruch, 2014; Bruciaga, 2017; Zhou et al, 2017). Cabe mencionar que las medidas de reducción de daños no son muy efectivas, aunque el riesgo ante el VIH puede reducirse; pero, hay que reconocer que la promoción de estas medidas resulta muy controversial, no obstante se considera que la práctica de estas puede ayudar a evitar infecciones entre los *barebackeros*.

Por último, es importante puntualizar que el comportamiento sexual no sólo está en función de los factores y variables individuales, sino que las variables históricas y contextuales juegan un papel importante (Dávila & Piña, 2008, Piña, Robles & Rivera, 2007; Robles, Piña & Moreno, 2006); ejemplo de ello es la correlación entre el uso del condón en la primera relación sexual y en relaciones sexuales posteriores, encontrado con adolescentes (Jimenez, 2010) y jóvenes (Uribe, Amador, Zacarías & Villarreal, 2012). Es por ello que les se consideran prácticas sexuales seguras a aquellas que salvaguardan la integridad corporal y sexual del individuo (Gonçalves, Castellá & Carlotto, 2007), debido a que evitan el intercambio de fluidos corporales entre una persona y otra mientras se lleva a cabo la relación sexual, como es el uso del condón (Robles, Rodríguez, Frías & Moreno, 2014).

Por lo que, para una mejor comprensión e incluso predicción de los comportamientos sexuales, riesgosos o seguros, se ha propuesto el estudio de los factores protectores que son aquellos que se relacionan con la conducta sexual segura. En este apartado se pudo observar que algunos aspectos relacionados con la historia sexual y con las prácticas sexuales se relacionan, falta ver qué de todo ese universo puede ser relevante estudiar; a continuación se hablará al respecto de esto.

3.3 Factores protectores relacionados con el uso consistente del condón

Para el estudio de los factores protectores relacionados con el uso del condón se retomó el Modelo Integral de Fishbein (2000) el cual integra todas las variables de otros modelos

empleados para el estudio de las conductas sexuales, por ejemplo el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social, la Teoría de Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada y el modelo de Información Motivación y Conducta. El modelo toma en cuenta variables psicosociales como son las creencias y actitudes hacia el uso, la autoeficacia, la percepción de riesgo; aspectos conductuales como habilidades de comunicación sexual con la pareja, negociación del uso del condón, la habilidad para usar correctamente el condón; los límites ambientales que, se incluye el tipo de personas (adolescentes, universitarios, amas de casa, HSH, etc.), tipo de personas con las que se relacionan (pareja formal, ocasional, amigos, padres) y el tipo de práctica sexual (masturbación, sexo oral, anal o vaginal), edad, estatus socioeconómico, entre otros. También toma en cuenta variables distales que de manera indirecta inciden sobre la intención de ocupar preservativo como los rasgos de la personalidad y las características de la pareja. Tanto en este modelo como en los antes mencionados se pueden identificar algunos factores protectores de la salud sexual (Robles & Díaz-Loving, 2011; Sánchez & Enríquez, 2017).

Pero antes de profundizar en estos factores, conviene definir qué es un factor, de acuerdo a la OMS (2009) es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, en el caso de los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, mientras que los factores protectores son aquellos que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle algunas conductas que favorecen un desarrollo saludable. Algunos factores protectores sobre el uso del condón han sido la intención de usarlo (Hubach et al, 2014), las actitudes favorables sobre el condón, la comunicación de temas sexuales con la pareja y la autoeficacia (Farmer & Mestor, 2006; Valencia & Canaval, 2012), la percepción de las ventajas del uso del condón, la negociación del uso del condón con la pareja y la percepción de vulnerabilidad de riesgo ante el VIH (Grossman et al, 2008; Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees & Pettifor, 2008; Manlove, Ikramullan & Terry-Humen, 2008). En cuanto a los factores de riesgo se pueden mencionar la baja percepción del riesgo, la impulsividad o inmediatez, la creencia de invulnerabilidad ante la enfermedad así como la inadecuada o deficiente información sobre las ITS y el VIH (Caballo, 2017).

En la literatura se pueden encontrar una gran variedad de estudios en los que se han interesado por conocer los factores asociados a la conducta sexual segura y riesgosa, por lo que a continuación se revisan algunos factores protectores que han demostrado una relación positiva con relación a las conductas sexuales seguras, en un primer momento se hablarán de las creencias hacia el uso del condón dado que la valoración que se tenga de esta acción puede ser predictor de su uso u omisión.

3.3.1 Creencias sobre el uso del condón

Las creencias hacia el uso del condón, incluidas en el modelo integral de Fishbein (2000) son un factor relevante al estudiar su uso consistente. Conviene puntualizar que las creencias se estructuran a partir de las experiencias en el marco de desarrollo, primero en el seno familiar y posteriormente en los grupos de referencia y la cultura de la sociedad en que se vive. Las creencias se encuentran estrechamente vinculadas con las emociones y conductas de cada individuo, por lo que algunas creencias pueden ser recursos y otras limitantes, de manera que no hay buenas o malas, las creencias son funcionales o no (Martínez, 2006).

Robles y Díaz-Loving (2011) mencionan que un comportamiento saludable estará influenciado por la información y creencias que se tengan, en el caso de la información deberá ser correcta y las creencias tendrán que contemplar la reducción de exposiciones a amenazas que atenten su salud, en este caso ante el VIH, además, todo conocimiento va acompañado de creencias, pero no todas se fundamentan en conocimientos verdaderos.

Se han realizado varias investigaciones sobre la relación entre las creencias sobre el uso del condón y la salud sexual. Por ejemplo, un estudio realizado por Disogra (2013) evaluó por medio de un modelo los predictores significativos del uso de condón en Trabajadores Sexuales Masculinos (TSM) en cuatro situaciones: 1) sexo anal el TSM introduce al cliente hasta eyacular, 2) sexo anal el cliente introduce al TSM hasta eyacular, 3) sexo oral el TSM al cliente hasta eyacular y 4) sexo oral el cliente al TSM hasta eyacular; se evaluaron las creencias, conocimientos y conducta del uso del condón, se encontraron que los predictores significativos fueron: motivación para cumplir con las prescripciones de familiares y amigos, prescripciones de los profesionales de la salud, otros TSM y pareja, prescripciones de sus clientes, evaluación de las consecuencias negativas sexuales e

interactivas del uso del condón en el sexo oral y anal; identificando que las creencias propias y del círculo social cercano de los TSM influye directamente sobre el uso del condón, de manera positiva o negativa, esto de acuerdo en función de la creencia que se tenía.

En el caso de las creencias de los adolescentes y universitarios se ha encontrado que no usan el condón debido a creencias religiosas que prohíben su uso, consideran incorrecto ocuparlo con la pareja ocasional, o que el hombre pierde la erección (Flores y Leyva, 2003; Díaz & Torres, 1999), en otros casos creen que el condón se puede romper, o que el VIH puede atravesar el látex (Martínez, Villaseñor y Celis, 2002), además se ha encontrado la presencia de creencias sobre el efecto negativo que tiene el uso del condón sobre el placer sexual (González & Rosado, 2000; Díaz & Torres, 1999) todo lo anterior alude a creencias personales, pero también se ha observado que las creencias culturales tienen un efecto sobre el uso del condón, por ejemplo la abnegación de la mujer se relaciona con la creencia de que el hombre es el responsable de tener, usar, sugerir y tomar la iniciativa de usar el condón (Lameiras, Rodríguez, Calado & González, 2004; Robles et al., 2006; Valdez et al., 2018) o creer el VIH/SIDA con personas homosexuales (Díaz & Torres, 1999).

En otros estudios se señala que las creencias hacia el uso del condón relevantes para los hombres hacen referencia al placer, en contraste para las mujeres quienes creen que es más importante la seguridad que aporta el uso del condón. Los hombres también presentan creencias como que el condón se usa con las parejas ocasionales y no con las parejas formales (Hubach et al, 2014; Valdez et al., 2018). También se ha encontrado que los adolescentes en conflicto de la ley, tanto consistentes como inconsistentes en el uso del condón, consideran que usar condón era beneficioso para su salud y que los protegía del VIH, lo cual se pone en manifiesto con creencias favorables para usarlo, pero esto no implica que lo usen de manera consistente (Sánchez & Enríquez, 2017).

Si bien, hasta el momento la mayoría de los estudios muestran evidencia sobre el efecto que las creencias relativas al uso del condón tienen sobre las conductas sexuales y el uso del condón, no necesariamente las creencias favorables se traducen en comportamientos sexuales seguros, de manera que las creencias no son suficientes para explicar dichas conductas, por lo que sería recomendable tomarlas en cuenta pero de manera conjunta con

otros factores que sean relevantes, por ejemplo las actitudes, las cuales sí son positivas hacia el uso del condón suelen relacionarse con el uso habitual de este.

3.3.2 Actitudes sobre el uso del condón

Otro factor que se ha investigado son las actitudes hacia el uso del condón, es importante tener presente que las actitudes representan a posición de una persona al evaluar un objeto, acción o evento, puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo) o neutral (indiferencia), de manera que tienen una dirección u orientación, un grado de intensidad, son aprendidas y dinámicas. La dirección señala que tanto acercamiento hay o no al estímulo, mientras que la intensidad da cuenta del componente afectivo (Ajzen y Fishbein, 1980 citado por Robles & Díaz-Loving, 2011; Coll, Pozo, Sarabia & Valls, 1994; Del Castillo et al., 2012).

En el caso que compete en esta tesis, las actitudes sobre el uso del condón son las valoraciones referentes al uso del condón están integradas por opiniones, creencias, sentimientos, intenciones o tendencias, por lo que lo que es más probable que se realice la conducta del uso u omisión del uso del condón acorde a la actitud que se tenga (Hurtado de Mendoza & Olvera, 2013; Robles & Díaz-Loving, 2011).

Aunque se ha encontrado que a pesar de la presencia de actitudes positivas no necesariamente se asocia con la presencia de conductas sexuales seguras, por lo que se ha sugerido que al igual que los conocimientos, las actitudes son importantes pero no suficientes para presentar comportamientos seguros (Bermúdez, Herencia y Uribe, 2009; Uribe, Orcasita & Vergara, 2010; Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar, 2015). Estos resultados son contrarios a los encontrados por Robles y Díaz-Loving (2011) y del Castillo et al., (2012) en los que había una actitud favorable del uso del condón tanto con pareja estable y ocasional, y usaban el condón.

También se ha encontrado que tener una actitud positiva acerca del condón está vinculado con la prevención de ITS y el VIH al tener contacto sexual con una pareja ocasional (Flores & Leyva, 2003; Díaz & Torres, 1999) y que las actitudes negativas están

asociadas a conductas de riesgo (Lameiras et al., 2004), por ejemplo, se documentó que los HSH además de usar inconsistentemente el condón reciben semen en la boca o ano, lo cual los pone en riesgo (Mendoza-Pérez & Ortiz-Hernández, 2009); también hay datos que sugieren que conforme aumenta la edad, la actitud positiva hacia el uso del condón disminuye, esto mismo sucede con la autoeficacia en la prevención del VIH (Uribe, Orcasita & Vergara, 2010). Respecto a esto último, en algunos estudios han encontrado relación del uso consistente del condón con las actitudes y la autoeficacia del uso del condón (Biwas y Vaughn, 2011; Robles, Piña & Moreno, 2006).

Otro estudio en el que se encontró que las actitudes sobre el uso del condón influyen en su uso, desarrollado por Capella, González y Valery (2011) quienes evaluaron a estudiantes universitarios latinoamericanos residentes en Madrid. Se identificó una valoración positiva y deseable con relación al uso del condón, valoraron su seguridad y fiabilidad, aunque también consideraron que merma el disfrute, de manera que es considerado necesario pero poco deseable.

Tal como se expuso, las actitudes positivas hacia el uso del condón han tenido relación con el uso del preservativo. A partir de estos hallazgos se ha identificado la relación que existe entre las actitudes y la conducta sexual protegida (Roble & Díaz-Loving, 2011) ya que, si la actitud es positiva es más probable que se use el condón en los encuentros sexuales, pero hay que considerar que el uso del preservativo también depende de otros factores, que pueden ser individuales, de la pareja, situacionales, culturales, entre otros. Es por ello, que teniendo un interés por conocer qué factores inciden sobre la conducta sexual segura, principalmente sobre el uso consistente del condón, y tomando en cuenta el modelo de Fishbein (2000), a continuación se revisa los hallazgos relacionados con la comunicación con la pareja, dado que también se ha mencionado que es un factor que incide sobre el uso consistente del condón.

3.3.3 Comunicación de temas sexuales con la pareja

Dentro de los aspectos conductuales que son tomados en cuenta en el Modelo Integral se puede hacer mención de la comunicación con la pareja para el estudio de la conducta del uso

del condón; en adolescentes se ha visto que la comunicación con padres y sus amigos influye directamente la conducta sexual segura (Robles et al., 2006; Sánchez, Enríquez y Rosales, 2018), pero en este caso serán estudiados hombres adultos, por lo que la comunicación con la pareja pasa a primer plano.

Cabe mencionar que la comunicación es un proceso complejo que involucra a dos o más personas que se relacionan, se intercambian códigos similares, tratan de comprenderse e influirse de manera que sus objetivos sean aceptados, para ello hay una transmisión de información; es una habilidad social que se aprende y se desarrolla a través del tiempo y esfuerzo (Lara et al., 2009; Robles & Díaz-Loving, 2011; Díaz-Loving & Robles, 2011). El modo en el que se comuniquen las personas puede ser decisivo para la socialización, por lo que un cambio en el emisor probablemente repercute en el receptor. Existen tres estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo (Hofstadt, 2003), a continuación se definen:

- Pasivo, se refiere a no decir nada sobre el comportamiento que molesta, evitar actuar con miedo a lo que pueda pasar, o abordar la situación de manera poco directa adoptando estrategias que resultan tortuosas que denotan temor.
- Agresivo, en este estilo se demanda un cambio inmediato en la conducta del interlocutor usando intimidación, sarcasmo o violencia.
- Asertivo, implica la capacidad de comunicar emociones positivas y negativas de forma adecuada (actitudes, deseos, opiniones o derechos), sin violentar los propios derechos o de los demás, para ello es necesario la escucha activa, la cual es la habilidad de escuchar bien, con comprensión y cuidado, así como el desarrollo de la empatía, que se refiere a la escucha de emociones y sentimientos de los demás.

En cualquiera de los estilos es importante contemplar los elementos verbales y no verbales ya que, la comunicación supone una intervención activa y dinámica, y se espera que la comunicación en una pareja sea asertiva. Además de esto, resulta importante conocer sobre qué temas sexuales hablan las parejas, por lo que a continuación se relatan algunos estudios que dan cuenta sobre los temas que reportaron hablar diferentes grupos.

Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011) mencionan que los temas sexuales que hablan los adolescentes con su pareja son sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales, embarazos no deseados y el condón. Menos de la mitad de los evaluados no hablaron sobre abortos, ITS, VIH/SIDA y pastillas anticonceptivas. Se analizó la relación entre uso consistente del uso del condón y la comunicación referente a temas sexuales y encontraron que no existían diferencias significativas, aunque la comunicación con la pareja fue significativamente mayor en el grupo de adolescentes que usaban de forma consistente el condón con relación a la presencia de conversaciones sobre las ITS.

Otro estudio realizado con HSH, que tuvo por objetivo conocer los temas sexuales que tratan en una conversación con su pareja se encontró que los hombres que se identificaron como heterosexuales hablaban con su pareja acerca de temas como tener relaciones sexuales y sobre el embarazo. Las personas homosexuales mencionaron que hablan de temas relacionados con la salud y el VIH, mientras los bisexuales refirieron que en las conversaciones con su pareja tratan temas relacionados con la prevención de embarazos y de infecciones (Rosales, 2019).

Con relación a la comunicación entre la pareja con relación a temas sexuales Sánchez, Enríquez, Rosales, Rodríguez y Velasco, (2019) se interesaron en conocer la comunicación de hombres con y sin VIH con sus parejas. Los participantes con un diagnóstico de VIH mencionan palabras como confianza, amor, respeto, cuidado y salud; mientras que los que no tenían un diagnóstico de VIH consideraron las palabras amor, comunicación, transparencia y VIH; se puede apreciar que quienes tienen un diagnóstico positivo no reportan hablar sobre el VIH ni de otra ITS, a diferencia del otro grupo con un diagnóstico negativo.

Por último, resulta relevante comentar que de acuerdo con Robles y Díaz-Loving (2011) los seres humanos tienen una necesidad de ser escuchados, ya sea por su pareja, amigos o familiares, debido a esto es que la comunicación es fundamental para el estudio de la conducta sexual. Cuando se habla de comunicación se pueden considerar varias temáticas, en este caso interesan aquellas relacionadas con la sexualidad; en cuanto a los estudios revisados se puede ver que este factor en relación con el VIH cuenta con poca información empírica debido a que la mayoría de los estudios que toman en cuenta la comunicación se

centran en los estilos de negociación del uso del condón ya que, dependiendo del estilo que se lleve a cabo se puede relacionar con el uso consistente o inconsistente del condón, a continuación se habla de ello.

3.3.4 Negociación del uso del condón

Como se puede observar en el apartado anterior la comunicación sexual con la pareja es un tema amplio que incluye conversar sobre algún tópico referente a la sexualidad, en tales conversaciones puede presentarse algún desacuerdo por lo que tener habilidad para negociar y llegar a un acuerdo resulta importante, este conjunto de habilidades se relacionan directamente con la conducta sexual segura y el uso del condón (Robles et al., 2011; Sánchez et al., 2019), por lo que en el presente apartado se abordará lo referente a la negociación.

La negociación consiste en la habilidad de identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas que lleven a solucionarlo y llegar a un acuerdo (Hofstadf, 2003; Roth, 1986). En este caso la negociación que se abordará será la relacionada con el uso del condón que se lleva a cabo con la pareja, sea formal o casual.

Pero, ¿qué sucede cuando un miembro de la pareja quiere usar el condón y el otro no?, usar o no el condón es una decisión que les compete a los involucrados, de manera que es probable que ambos se enfrenten a un conflicto y la solución que logren dependerá del estilo de negociación que predomine en cada uno de ellos, al respecto Robles y Díaz-Loving (2006) evaluaron la negociación del uso del condón en adolescentes (secundaria y preparatoria) y encontraron tres estilos, estos son:

- Colaboración-equidad: la persona se interesa por sus beneficios y los de su pareja. Se muestran colaborativos para llegar a un acuerdo equitativo sobre el uso del condón.
- Acomodación-evitación: el individuo se centra en cubrir las necesidades e intereses de su pareja para evitar conflictos, de manera que se adapta a la decisión de su pareja.
- Contender: la persona se centra en cubrir sus necesidades e intereses, sea usar o no condón, dejando de lado la opinión de la pareja.

Tras analizar los resultados obtenidos identificaron que los hombres y mujeres que tuvieron un estilo de colaboración-equidad con su pareja usaban de manera consistente el condón; aunque los hombres cedían en mayor frecuencia a lo que sus parejas querían y las mujeres imponían su punto de vista en aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad (Robles & Díaz-Loving, 2008); estos resultados acerca del estilo de negociación coinciden con los hallazgos de Jiménez (2010) y Robles et al. (2011), en una población adolescente. En el caso del estudio de Robles et al. (2011) se encontró también relación entre el uso del condón, los conocimientos acerca del VIH/SIDA y la comunicación con padres y pareja, pero solo el estilo colaboración-equidad al negociar se asoció con la conducta sexual protegida.

De manera general se ha encontrado que negociar el uso del condón y externar el deseo de tener relaciones sexuales usando algún método anticonceptivo, incluyendo el condón son predictores del uso del condón (Pérez & Pick, 2006; Zhou et al., 2017). Incluso en una investigación en ambientes penitenciarios, los hombres que reportaron un uso consistente del condón negociaban su uso (Sánchez, Enríquez, Rosales, Estrada & Lozano, 2018), por lo cual se puede afirmar que las habilidades para negociación pueden predecir el uso del condón. Por consiguiente, la falta de habilidades para negociar el uso del preservativo incide negativamente en el uso consistente del condón (Crosby, DiClemente & Yarber, 2009; Fishbein, 2000; Jiménez, Andrade, Betancourt & Palacios, 2007).

Cabe señalar que la habilidad de negociar el uso del condón implica usar argumentos para convencer a la pareja del uso del condón, escuchar los argumentos de la pareja para no usarlo, atender a ellos y dar como resultado un acuerdo sobre el uso del condón; dichos argumentos pueden estar cimentados en información referente a las ventajas del uso del condón, como puede ser, la prevención de consecuencias no deseadas (como un embarazo, ITS o VIH) e incluso usarlo como una nueva dinámica erótica o de juego en la relación de pareja (Robles et al., 2011; Sánchez, Enríquez & Rosales, 2018). Relacionado con lo anterior, en una investigación de Robles et al., (2006) se encontró que tras un entrenamiento de negociación del uso del condón así como del uso correcto de este los adolescentes aumentaron su uso, aunque ellas sugirieron que lo que influyó más que aprendieron a usar correctamente el condón y no tanto a la habilidad para negociarlo (Robles, et al., 2006).

También se ha estudiado la negociación del uso del condón con la pareja formal y casual en población universitaria, se ha descrito que en las relaciones esporádicas les resulta difícil negociar por las características de la dinámica, (relaciones rápidas y circunstanciales); pero también se ha encontrado que no negocian el uso del preservativo con la pareja formal debido a que consideraron su relación “muy estable”, confiable o por temor a *perder la magia del momento* (Centelles, 2008; Mendoza, Flores & Martínez, 2013).

En otro estudio realizado por Uribe et al., (2015), cuyo objetivo fue desarrollar un modelo explicativo sobre el uso del condón en adolescentes, se encontró que la habilidad para comunicar a la pareja sexual la necesidad de usar condón influía directamente en su uso, por lo que la asertividad fue considerada un factor protector respecto a las conductas sexuales de riesgo; en contraste a la sumisión, entendida como la aceptación de las decisiones de la pareja sobre las prácticas sexuales con el fin de complacerla sexualmente, de manera que se representa un factor de riesgo, esto coincide con lo planteado por Forcada et al. (2013). También se ha encontrado que los hombres bisexuales y homosexuales negocian más el uso del condón en comparación con los heterosexuales (Rosales, 2019).

Como se puede observar la negociación de su actividad sexual, así como el hecho de hablar abiertamente sobre deseo e intenciones sexuales favorecen la intimidad sexual y emocional que contribuye a una sexualidad satisfactoria y sana. Y por tanto justifica la necesidad de llevar a cabo eficaces y rigurosos programas de educación afectivo-sexual (Lameiras, et al. 2004).

Hablar de la negociación del uso del condón es un tema complejo, pero más complejo es contar con esta habilidad para llevar a cabo una conducta sexual segura ya que, si un individuo se enfrenta a un escenario en el hay un desacuerdo sobre el uso del condón ¿cómo lo van a solucionar? En este tema, se trabaja por llegar al acuerdo de la implementación del preservativo en todas las prácticas sexuales debido a que la transmisión del VIH puede bastar con un encuentro sexual desprotegido para infectarse, por lo que no es una opción el uso intermitente, para esto es importante que se cuente con conocimientos veraces, actitudes y creencias positivas hacia el uso del condón y poder percibir el riesgo que se corre al llevar a cabo ciertos comportamientos. Este último factor la percepción de riesgo, es un tema

importante que también puede ser incluido en el Modelo Integral, cómo son evaluados los riesgos por las personas es un tema que se abordará a continuación.

3.3.5 Percepción de riesgo ante la transmisión del VIH por vía sexual

A continuación se revisa un factor psicosocial que está centrado en la evaluación personal del riesgo ante la transmisión del VIH ya que, aunque hasta al momento se ha hablado de la promoción del uso del condón, la OMS (2018b, 2019) refiere algunas circunstancias bajo las cuales el riesgo de contraer VIH o reinfectarse al tener sexo sin protección es muy bajo, aunque también está el riesgo de exponerse a otra ITS (Yabár, Salvatierra & Quijano, 2007), de manera que se puede terminar afectando la salud sexual; por ello en este apartado se aborda la percepción de riesgo ante la transmisión del VIH por vía sexual la cual se refiere a la valoración por medio de la cual el individuo identifica y reacciona a situaciones que inciden sobre la probabilidad que se infecte o reinfecte de VIH a partir de un encuentro sexual.

Para una mejor comprensión de este concepto conviene puntualizar que la percepción, es “el proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”. [...] La manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales” (Vargas, 1994, p. 48-49). De tal manera que la percepción del individuo es subjetiva porque las reacciones hacia un mismo estímulo dependen de la abstracción del mundo externo o de hechos que son relevantes para el individuo, por lo cual pueden variar de un individuo a otro.

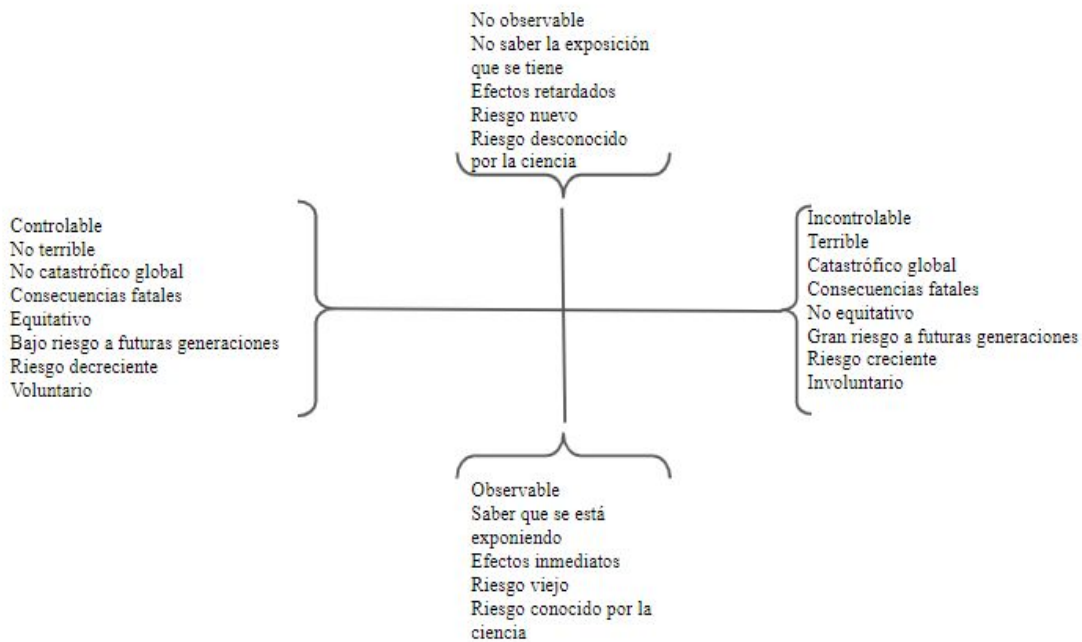
La percepción de riesgo incluye los conocimientos, actitudes, creencias, juicios y sentimientos de las personas, así como las disposiciones culturales y sociales que adoptan en cuanto a las amenazas hacia algún estímulo o situación que valoran; además, dado que el ser humano es dinámico, tiene la capacidad de crear o reducir riesgos, la evaluación brinda la posibilidad de identificar, caracterizar y cuantificar riesgos.

Por ende, la percepción de riesgo es, esencialmente, el proceso cognitivo a través del cual los individuos asignan propiedades positivas o negativas a un determinado objeto o evento considerando factores ambientales, de manera que puede modificar o determinar la toma de decisiones a partir de esta valoración. De tal manera la percepción de riesgo en la salud puede definirse como la vulnerabilidad que percibe un individuo al considerar que está en riesgo o no de enfermar (Lameiras et al, 2002).

Evaluar la percepción de riesgo permite identificar las apreciaciones que realizan las personas de un estímulo o situación adversa, es por ello que Rodríguez y Álvarez (2006) consideran que estudiar la percepción de riesgo en el proceso de toma de decisiones vinculadas a la conducta sexual y reproductivas, permite obtener información relevante para replantear las estrategias de prevención, logrando evitar que los individuos no se expongan a situaciones de riesgo y por ende evitar el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las cuales son un gran problema de la salud sexual que no sólo afecta a la población que tiene prácticas de riesgo sino a quienes sufren un contagio inadvertido por una pareja que se ha contagiado previamente (OMS, 2015). Por ello, se dice que una persona que es sexualmente saludable es aquella que de manera plena y responsable disfruta de su sexualidad, llevando a cabo comportamientos que le permiten mantener un estado de bienestar físico, psicológico y social (Díaz-Loving & Robles, 2009; González, 2006).

A partir de lo anterior se afirma que son muchos los factores que pueden incidir sobre la percepción de riesgo. Slovic (1987) desarrolló una taxonomía para evaluarla y principalmente explicarla, sus planteamientos dan cuenta de por qué hay una aversión a algunos peligros e indiferencia a otros, describiendo las incoherencias entre las razones que sustentan una postura u otra y además de analizar la opinión de los expertos. Para esto tomó en cuenta la percepción del peligro, la actitud ante riesgo, los beneficios que brinda el riesgo a la sociedad, número de muertes en un año promedio y en un año desastroso. En sus investigaciones evaluó tanto a expertos como no expertos tomando en cuenta dos variables: riesgo temible y riesgo desconocido (ver figura 3.1).

Figura 3.1. Taxonomía empleada por Slovic en 1987 para explicar la percepción de riesgo.



En el estudio de Slovic (1987) los participantes debían de ubicar los estímulos y situaciones que se les mencionaba en el plano, se hacía tomando como referencia las variables antes mencionadas, se encontraron diferencias en la evaluación de los riesgos entre los expertos y no expertos, estos hallazgos resultan importantes debido a que quienes promueven y regulan la salud deben comprender cómo piensan y actúan las personas ante los riesgos, de lo contrario las propuestas o políticas que se implementen serán ineficaces, esto coincide con lo planteado por la OMS (2002; 2009) con relación a las iniciativas de comunicación sobre los riesgos y la gestión de los riesgos están condenadas al fracaso si no se conciben como un proceso bidireccional entre la población y las instituciones-especialistas.

La percepción de riesgo se ha identificado como una variable predictora de las conductas de riesgo (Vinaccia et al., 2007), y se esperaría que al tener conocimientos e identificar ciertas situaciones y prácticas como un riesgo para infectarse por el VIH las personas presentarían comportamientos de prevención como son la abstinencia, el sexo seguro (besos y caricias) así como el uso correcto y consistente del condón (Díaz-Loving & Robles, 2011).

La realidad es que las personas continúan exponiéndose a situaciones de riesgo a pesar de la información con la que cuentan o que perciban como un riesgo la situación en cuestión por ejemplo, se encontró que no percibían estar en riesgo de infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH) aunque eran sexualmente activos, esto a pesar de que ellos mismos consideraron que había una relación entre el VPH y ser sexualmente activos así como tener más de una pareja sexual (Gerend & Magloire, 2008; López-Castillo, Calderón & González, 2012); en otro estudio las personas se percibieron en mayor riesgo si tenían numerosas parejas sexuales (Holroyd, Twinn, Shia, 2001). También se ha encontrado que aunque el VPH lo consideran una ITS no lo relacionan con sus prácticas sexuales (Waller, McCaffery, Nazroo & Wardle, 2005); de manera que si las personas no perciben que están en riesgo de enfermar o contraer una ITS es menos probable que presenten conductas que promuevan o preserven su salud sexual.

También se ha estudiado la percepción de riesgo de manera general respecto a las ITS y el VIH, por ejemplo por medio de pequeñas historias en las que se plantearon diferentes situaciones como: a) tener relaciones sexuales con un desconocido y no contar con condones y b) tener relaciones sexuales con su pareja estable (3 meses) y no tener preservativos; ellos debían elegir entre las opciones: continuar, no continuar, seguir sin penetración, penetración sin eyaculación o penetración anal. Se encontraron diferencias entre el comportamiento de hombres y mujeres en ambas situaciones, aunque se encontró una mayor proporción de hombres que continuarían. También por medio de una historia se les cuestionó si le comunicarían a su pareja formal una infidelidad que ellos hayan tenido, se encontró una proporción importante que no les dirían. Al final, se les preguntó si al contestar las preguntas habían pensado en la posibilidad de infectarse de VIH en cada condición, se encontró que percibían bajo riesgo con la pareja estable y alto riesgo en las demás situaciones (Bayés, Patells & Tuldrá, 1996).

También se ha estudiado a la población universitaria, en la que se han identificado algunos sesgos que hay en su percepción de riesgo. Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo en comparación con los hombres, aunque dichos hombres presentaron mayores conductas de riesgo pero un mayor uso consistente del condón, a diferencia de las mujeres. En ambos grupos, no consideraron necesario usar

preservativo con la pareja estable, en cambio, con una pareja ocasional calificaron como riesgoso el sexo sin protección (Mendoza, Flores & Martínez, 2013).

Además de los datos anteriormente mencionados que llegan a afectar la percepción de riesgo, se encontraron datos importantes en un estudio cualitativo realizado en España por Sanjaume et al. (2009) en la que jóvenes entre 15 y 21 años dijeron que a veces no ocupaban condón porque les resultaban desconocidas las ITS y VIH, no conocían a nadie que tuviera una, consideraban que eran enfermedades de personas homosexuales y de países subdesarrollados. En las ocasiones que han tenido sexo sin protección no se han preocupado debido a que fue con personas que conocen y confían, además, la información que se les ha dado ha sido por medio de la escuela y refieren que no se han acercado a un especialista para aclarar sus dudas debido a que lo consideran una pérdida de tiempo y dudan de la confidencialidad, además de que únicamente visualizan acudir si tienen un problema de salud.

También se ha encontrado que los motivos para no protegerse, tanto en el debut sexual, como en la última relación que se había tenido, son diferentes en varones y mujeres, debido a que están en función de características personales, relaciones de pareja y ambientes familiares; aunque no se ha encontrado que la familia tenga un gran impacto en la modificación de percepciones y comportamientos sexuales. Concluyen Rodríguez y Álvarez (2006) a partir de los hallazgos de su investigación que los varones adolescentes se protegen para evitar enfermedades, mientras que las mujeres ocupaban métodos anticonceptivos.

Es evidente que hay una discrepancia quizá lógica acerca del por qué se exponen las personas a situaciones de riesgo a pesar de contar con información sobre los peligros que representan. Rodríguez y Álvarez (2006) se interesaron en evaluar la percepción de riesgo en estudiantes internacionales de la Escuela Internacional de Educación Física en Cuba, para ello por medio de grupos focales se obtuvo información importante como que la mayoría puede adquirir VIH si tienen una conducta sexual irresponsable, pero en el fondo no lo aceptan debido a que hay percepción de invulnerabilidad debido a que percibieron en mayor riesgo a las trabajadoras sexuales y los homosexuales están más expuestos a infectarse (Centelles, 2008). También se encontró que aunque están informados acerca de diferentes temas acerca de la sexualidad y sus riesgos, las conductas que tienen no corresponden con

esto, además de que el riesgo que perciben las mujeres es el de un embarazo no deseado. Otro dato importantes relacionado con la percepción de riesgo es que la percepción que tiene un individuo acerca del comportamiento sexual de sus amigos más cercanos puede influir su propio comportamiento sexual (Forcada et al, 2013).

También se ha encontrado que hay diferencias en la la percepción de riesgo en función de la orientación sexual, en un estudio se compararon dos grupos (personas homosexuales y bisexuales) encontraron diferencias significativas entre ambos grupos; el grupo de participantes homosexuales se percibieron con un mayor riesgo que los heterosexuales de contraer VIH (Lowry, Dunville, Robin & Kann, 2017).

Con base en lo revisado es preocupante coincidir con lo afirmado por Pavía-Ruz, Góngora-Biachi, Vera-Gamboa, Moguel-Rodríguez y González-Martínez (2012) acerca de que muchas personas sexualmente activas están conscientes de la posibilidad de infectarse de VIH, sin embargo no usan condón; muchas veces, tanto hombres como mujeres reconocen que el condón ofrece protección contra el VIH, no lo utilizan con este propósito ya que su principal uso es como método de planificación familiar y, aun con este fin, la frecuencia de su uso es muy bajo (Góngora-Biachi, 2000; Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón & Góngora-Biachi; 2006).

En las investigaciones mencionadas anteriormente se habla sobre la relación entre la percepción de riesgo y la conducta sexual segura, pero no se señala si las personas han tenido alguna ITS o si han contraído VIH, esto es relevante dado que aunque se haya infectado de una de estas es importante seguir ocupando el condón tanto por la salud propia como por la de la pareja (Zhou et al, 2017). Al respecto Fernández-Dávila y Morales-Carmona (2014) se interesaron por la conducta sexual de hombres con VIH con al menos 18 meses de diagnóstico, por medio de entrevistas y grupos focales se encontró que tres cuartas partes refirieron usar el condón, aunque no se precisó si fue de manera consistentes y en todas las prácticas sexuales, también se encontró que el resto aceptó practicar la penetración anal sin protección (PASC) entre los motivos que mencionaron fue el optimismo por el tratamiento farmacológico, evadirse del VIH y que les hayan pedido que los infectaran, también

mencionaron el uso de drogas, complicaciones para negociar el uso del condón y necesidad de afecto.

Con relación a esto, se han planteado algunas hipótesis acerca de por qué los hombres con VIH no usan el condón, la cuales se relacionan con el caso del *bareback* en HSH analizadas por Baruch (2014) en el contexto mexicano, estas son:

1. Mejoras en el tratamiento del VIH
2. Toma de decisiones sexuales más complejas
3. Acceso a internet
4. Uso de sustancias nocivas para la salud
5. Fatiga de prevención

La mayoría de estos factores tienen una relación con la percepción de riesgo, por ejemplo, hoy en día el VIH ya no se ve como un padecimiento mortal sino crónico, la mortalidad bajó significativamente, incluso se ve a esta enfermedad como algo manejable gracias a los TAR, de manera que la percepción de la gravedad ha disminuido notablemente. Respecto al segundo factor, se encontró que no todas las decisiones sexuales giran en torno al riesgo, influye el placer y la intimidad, muestra de ello es que se enfocaron en las consecuencias mediatas únicamente. El acceso a Internet ha facilitado consultar los sitios para conocer personas y páginas relacionadas con la pornografía, esta última de acuerdo a la evidencia científica ha mostrado que los hombres que ven porno *bareback* puede ser hasta dos veces más probable que tengan sexo desprotegido intencionalmente. Por último, la fatiga de la prevención que posiblemente presentan los grupos más vulnerables, en este caso los homosexuales; también influye ya que, las estrategias se han vuelto obsoletas, de manera que ya no es fácil convencer a la población que se cuide.

Similar a esto, es que encontró en España, los HSH se preocupan menos por la transmisión de VIH debido a la eficacia de los tratamientos de TAR (Folch et al., 2006), incluso se ha visto que han aceptado tener más encuentros sexuales riesgosos, pasando de un 9.2% a un 19.4% (Folch, Casabona, Muñoz, González & Zaragoza, 2010).

Con base en las investigaciones mencionadas, independientemente de los resultados se observa cómo la percepción de riesgo está relacionada con el comportamiento sexual, el cual puede ser riesgoso o seguro ante el VIH; podemos afirmar que en muchas ocasiones a pesar de contar con información veraz sobre las posibles consecuencias de ciertos comportamientos no se presentan conductas seguras, por lo que se ha concluido que la información es necesaria pero no suficiente para promover un cambio conductual.

Finalmente, tomando en cuenta el problema de salud pública que representa el VIH en México y el papel del psicólogo de la salud en la atención de esta enfermedad, se ha planteado conocer los factores protectores que predicen el uso consistente del condón en hombres con y sin VIH de la Ciudad de México, para ello se analiza previamente el patrón de comportamiento sexual y los factores protectores tomando en cuenta el estado serológico de VIH y si son o no consistentes en el uso del condón en los últimos tres meses, para finalmente proponer un modelo predictivo de la consistencia del uso del condón.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación de la investigación

A partir de todo lo descrito hasta el momento se puede afirmar que el SIDA es una enfermedad que aumenta la probabilidad de presentar enfermedades oportunistas, y bajo este escenario resulta muy peligroso ya que puede causar la muerte.

La ONUSIDA (2020) publicó que a finales de 2018 las personas que vivían con el VIH en todo el mundo eran 38 millones, de esta cifra se registraron 1,7 millones de casos nuevos durante ese año. En el caso de México, al cierre de 2019 se tenían registrados 93,813 personas con VIH y 87,571 con SIDA; tan sólo durante en ese año los casos nuevos de VIH fueron 9,828 y de SIDA 5,825; las cifras de un año anterior (2018) son similares, cabe señalar que más del 80% de los casos registrados corresponden a hombres (SS, CENSIDA & DGE, 2019).

Esto resulta preocupante debido al gasto público que implica y la manera importante en la que afecta la salud de las personas ya que, se estima que ha sido la causa de 32 millones de muertes a nivel mundial con una tasa de mortalidad de 4/100,000 y aunque en México han reducido un 40% las nuevas infecciones, las cifras siguen aumentando (ONUSIDA, 2018a), además de que hay varias estimaciones acerca de que muchas personas no conocen su estado serológico, el más reciente fue compartido por López-Gatell (SSM, 2020) quien señaló que la mitad de las personas que viven con VIH en México lo desconocen.

Que las personas desconozcan su estado serológico tiene tres principales consecuencias:

1. Comienzo tardío del tratamiento y por lo tanto un mayor deterioro del sistema inmune (ONUSIDA, 2012),
2. Infectar a la(s) pareja(s) sexual(es) si no se ocupa el condón de manera correcta y consistente (OMS, 2012) y
3. La posibilidad de que haya una reinfección de VIH en caso de que ambos sean seropositivos y no tengan una carga viral indetectable (Red et al., 2012; Fang et al., 2004).

Además, en México desde hace varios años se considera que hay una epidemia concentrada dado que más del 80% de los casos de VIH y SIDA corresponden a hombres y la mayor proporción se encuentra en el rango de edad entre los 25 y 39 años de edad.

Hoy en día se tienen identificados grupos de riesgo, entre los que se encuentran los hombres gay (HG) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ya que el practicar sexo anal, conlleva un mayor riesgo de contraer el virus si no se utiliza condón (Mendoza-Pérez & Ortiz-Hernández, 2009). También es importante considerar que muchos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, sea de manera ocasional o frecuente, no se identifican como homosexuales ni como bisexuales, muy a menudo refieren que tienen una pareja mujer y que entablan con ella relaciones sexuales (Cáceres, 2009); es por ello que algunos basándose en sus conducta sexuales integran a los HG dentro del grupo de los HSH (ONUSIDA, 2018; Jacques, García, Díez, Martín, & Caylá, 2015).

Con base en lo descrito, en la presente investigación se consideró como población de interés a los hombres sexualmente activos, independientemente de su orientación sexual (heterosexual, homosexual y bisexual) o si pertenecen al grupo de HSH, dado que la mayor proporción de los casos de VIH y SIDA corresponden a varones (CENSIDA, 2017; ONUSIDA, 2018a; Charles & Blum, 2008; Enríquez & Sánchez, 2004). Es importante señalar que los datos reportados por CENSIDA y ONUSIDA no especifican la proporción de cada uno de estos grupos, de manera que no se tiene un punto de referencia, en este caso se logró tener acceso a los tres grupos de orientación sexual y a los HSH, aunque la mayoría reportó ser abiertamente gay; también es importante considerar que se contó con población con y sin VIH.

Se buscó identificar los factores protectores de la consistencia del uso del condón en ambas poblaciones, debido a que tener un diagnóstico positivo no exime de seguir cuidando la salud sexual ya que, puede haber una reinfección en ellos y se puede propagar el virus ocasionando nuevas infecciones, de manera que la recomendación para población con y sin VIH es la misma, usar correcta y consistentemente el condón (OMS; 2019a,b). Lamentablemente la cifras en aumento dejan ver que no se lleva a cabo esta recomendación (ONUSIDA, 2020); es por ello que en la presente investigación se interesó por identificar los

factores protectores predictores de la consistencia del uso del condón, primero de manera general y posteriormente considerando el estado serológico, esto último debido a que se ha documentado que el diagnóstico de VIH es un hecho que cambia la vida (CONASIDA, 1998; OPS & OMS, 2019), por lo que es probable que haya diferencias en los modelos predictivos.

Para ello previamente se analiza el patrón de comportamiento sexual y posteriormente se analizan los factores protectores por separado; dicha información será relevante para crear o adaptar intervenciones en las que se consideren la particularidades de los grupos, logrando así aportaciones al campo de la psicología de la salud, la cual se caracteriza en este ámbito por el diseño de intervenciones (Enríquez, Sánchez & Robles, 2011, Ribes, 2008) en los distintos niveles de prevención (Pérez & Moreyra, 2017). En el caso particular de la consistencia del uso del condón, es un patrón de comportamiento que salvaguarda la salud.

Como se detalló en los capítulos anteriores a partir de los hallazgos de algunas investigaciones psicológicas se han identificado cinco factores que están relacionados con la conducta sexual, si bien, no siempre se ha encontrado una relación de causalidad, en algunas poblaciones se han encontrado asociaciones que resultan importantes para la predicción, y por lo tanto permite realizar intervenciones basadas en la evidencia. Los factores evaluados son: Creencias hacia el uso del condón, Actitudes hacia el uso del condón, Comunicación de temas sexuales con la pareja, Estilo de Negociación del uso del condón y Percepción de riesgo ante la transmisión del VIH, los cuales atienden al Modelo Integral de Fishbein (2000) pues incluye variables psicosociales y conductuales.

Se estudian las creencias hacia el uso del condón debido a que se asocia con la conducta sexual de usarlo o no, esto puede depender del tipo de pareja (regular u ocasional) y aunque se suelen tener creencias positivas no siempre se ha encontrado una correspondencia con la conducta sexual (Sánchez, Enríquez, Rosales, & Gómez, 2019). En lo que concierne a actitudes hacia el uso del condón pueden ser positivas, neutrales o negativas; muchas veces están asociadas a las creencias, por ejemplo se ha visto si se tiene la creencias de que el condón disminuye el placer sexual es probable que se tenga una actitud desfavorable (López, Vera & Orozco, 2001).

La comunicación es otro factor importante a evaluar, que en este contexto se divide en comunicación de temas sexuales con la pareja y negociación del uso del condón. En primer lugar, la comunicación con la pareja de temas sexuales incluye aspectos que se relacionan con el uso del condón, temas relacionados con el sexo seguro y con la historia sexual relevante para la transmisión del VIH; además que es considerado como un factor protector en la adquisición del VIH, pues esta conducta favorece la adopción de conductas sexuales seguras como es el uso del preservativo y la negociación del mismo (Lara, Cianelli, Ferrer, Bernales & Villegas, 2009).

En cuanto a la negociación del uso del condón es un factor que desempeña un rol fundamental ya que, dependiendo del estilo de negociación que se tenga serán los acuerdos a los que una pareja puede llegar para usar el condón en todas y cada una de las relaciones sexuales. La negociación se ha establecido como la estrategia más adecuada para trabajar conflictos que se relacionan con las conductas sexuales (Robles & Díaz-Loving-2011).

Por su parte, la percepción de riesgo puede motivar o ser un impedimento para la ejecución de conductas sexuales seguras (Boyer, et al., 2000), por lo que resulta relevante que las personas se reconozcan a sí mismos como susceptibles a consecuencias negativas, cabe señalar que la percepción de riesgo sexual no es estática, dependerá del momento de la vida que se esté viviendo, la pareja, la situación, el contexto; por ejemplo se ha reportado que al iniciar una relación la percepción de riesgo es alta pero al paso del tiempo disminuye, esto a pesar que el nivel real de riesgo siga siendo el mismo (Bahrami & Zarani, 2015). Prueba de ello es que se ha propuesto que las personas seropositivas son las que mantienen más conductas sexuales de riesgo (Jacques, García, Díez, Martín & Caylá, 2015).

Es por ello que se buscará conocer los factores que inciden sobre el uso consistente del condón considerando el estado serológico, recordemos que el diagnóstico de VIH se ha descrito como un suceso que marca un antes y un después en la vida (CONASIDA; 1998).

Además, esta investigación contribuye a:

1. Ampliar el conocimiento sobre el comportamiento sexual de los hombres mexicanos residentes del área metropolitana de la CDMX

2. Identificar los factores protectores que predicen el uso consistente del condón en hombres

Lo antes mencionado resulta relevante dado que la mayoría de los estudios en los que se han interesado por conocer el comportamiento sexual y los factores asociados al uso del condón se han realizado en población adolescente así como con adultos jóvenes, principalmente universitarios; por lo que, de estos grupos ya hay un amplio sustento teórico y empírico de porque son una población vulnerable e incluso se han documentado intervenciones realizadas exitosamente. En este caso, atendiendo a lo identificado acerca de que los hombres representan más del 80% de la epidemia activa de VIH y SIDA en México, fue que se interesó particularmente en ellos, también se consideró que dado el lugar de aplicación, así como que los HSH son un grupo de riesgo y tienen una mayor cultura de realizarse periódicamente la prueba de VIH, es probable que se cuente con una muestra de HSH, lo cual será enriquecedor para identificar las características de este grupo ya que, son mencionados frecuentemente como un grupo con mayor riesgo de contraer VIH pero aún no se cuenta con un amplio conocimiento de estos.

Se puede decir que la relevancia social de este estudio radica en el hecho de identificar qué factores individuales pueden predecir la consistencia en el uso del condón en hombres de la Ciudad de México, esto a su vez aporta al conocimiento de la epidemia del VIH en México, dado que esta enfermedad ha trascendido la esfera de lo sanitario ya que, conlleva una serie de estigmas sociales que ponen a los pacientes en un lugar vulnerable, por lo que es fundamental tener un abordaje biopsicosociocultural e interdisciplinar para que se pueda tener una respuesta eficaz ante la problemática (Berto, 2019; CONASIDA; 1998; CENSIDA, 2014). Por ejemplo, se ha considerado la difusión de la información científica, pero se ha visto que la información es necesaria pero no suficiente.

También es relevante en términos de salud pública debido a que esta investigación atiende la Norma Oficial Mexicana (NOM 010-SSA2-2010) acerca de la prevención y control de la epidemia del VIH. Además, el psicólogo es un profesional indispensable en el apoyo para generar programas de evaluación e intervenciones en los diferentes niveles de prevención ya que, se basa en lo que hace o no la persona debido a que el resultado de esas

acciones serán el estado de salud que presente a corto o mediano plazo (CONASIDA, 1998; Ribes, 2008).

Con todo lo antes descrito es evidente que el VIH-SIDA es una enfermedad que pone en riesgo la salud de las personas con y sin VIH, por lo que es fundamental que lleven a cabo conductas sexuales seguras, como es el uso del condón en todas las prácticas sexuales de manera correcta, por ello resulta relevante conocer ¿Cuáles son los factores protectores que inciden sobre el uso consistente del condón en hombres con y sin VIH?

Considerando la pregunta que se planteó en el párrafo anterior los objetivos que guiaron la investigación fueron:

Objetivo general

- Conocer los factores protectores que inciden en el uso consistente del condón en hombres con y sin VIH de la Ciudad de México

Objetivos particulares

- Describir el patrón sexual de la población así como identificar diferencias entre grupos tomando en cuenta su estado serológico y la consistencia del uso del condón (1. Con VIH-consistentes, 2. Con VIH-inconsistentes, 3. Sin VIH-consistentes, 4. Sin VIH-inconsistentes).
- Describir los factores protectores de la población y las diferencias entre grupos tomando en cuenta su estado serológico y la consistencia del uso del condón (1. Con VIH-consistentes, 2. Con VIH-inconsistentes, 3. Sin VIH-consistentes, 4. Sin VIH-inconsistentes).
- Identificar los factores protectores que pronostican el uso consistente del condón por medio de un modelo predictivo.

MÉTODO

Participantes

En esta investigación participaron 788 hombres de la Ciudad de México que acudieron a la Clínica Especializada Condesa (CEC) que se dedica a la atención de personas con VIH y que pertenece a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 435 con diagnóstico de VIH (54.9%) y 353 sin VIH (45.1%), con una edad entre los 18 y 64 años, con una media de 30.87 ($\sigma= 8.87$).

Los participantes se asignaron a cuatro grupos en función de su estado serológico de VIH y la consistencia del uso del condón, para este segundo dato se tomó en cuenta el número de relaciones sexuales y el número de veces que se usó condón, en los últimos tres meses, se obtuvo el índice de consistencia, el cual podía ir de 0-1, quienes tuvieron 1 se consideraron consistentes en los últimos tres meses. La conformación de los grupos se puede observar en la tabla 1, además en esta se muestra que fueron consistentes en el grupo con VIH el 60.8% y en el grupo sin VIH el 40.1%; se encontraron diferencias significativas entre estos grupos ($\chi^2=32.901$, $p < .001$).

Tabla 1. Agrupación con base en el diagnóstico y la consistencia del uso del condón

	Hombre con VIH		Hombres sin VIH	
	n	%	n	%
Inconsistentes	171	39.2	212	59.9
Consistentes	263	60.8	143	40.1
Total	435		353	

Nota. Presenta el número de integrantes y porcentajes correspondiente a cada grupo.

Considerando la agrupación antes mencionada, en la tabla 2 se muestra que los cuatro grupos no tienen las mismas características sociodemográficas debido a que se encontraron diferencias significativas en el estado civil, orientación sexual, nivel de estudios e ingresos económicos.

Tabla 2. Datos demográficos

Características	Con VIH-Consistentes		Con VIH-Inconsistentes		Sin VIH-Consistentes		Sin VIH-Inconsistentes		Prueba estadística
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	263	33.3	171	21.7	143	18.1	212	26.9	
Estado civil									
Soltero	194	74	114	67.1	129	90.2	169	80.9	$\chi^2=29.316,$ $p < .001$
Casado	15	5.7	14	8.2	1	.7	11	5.3	
Unión libre	49	18.7	38	22.4	11	7.7	25	12	
Otro	4	1.5	4	2.4	2	1.4	4	1.9	
Tiene hijos									
Si	23	9.7	10	6.9	8	5.8	10	5	$\chi^2=15.596,$ $p < .076$
No	208	88.1	132	91.7	130	93.5	192	95	
Orientación sexual									
Homosexual	211	81.5	140	83.8	93	65	126	60.6	$\chi^2=56.316,$ $p < .001$
Bisexual	28	10.8	18	10.8	20	14	33	15.9	
Heterosexual	16	6.2	8	4.8	28	19.6	48	23.1	
No sabe	3	1.2	1	.6	2	1.4	1	.5	
Nivel de estudios									
Ninguno	2	.8	0	0	3	2.1	0	0	$\chi^2=33.734,$ $p < .039$
Primaria	6	2.3	4	2.4	2	1.4	1	.5	
Secundaria	25	9.6	22	12.9	6	4.2	16	7.7	
Preparatoria	85	32.6	59	34.7	48	33.8	79	37.8	
Licenciatura	118	45.2	76	44.7	69	48.6	98	46.9	
Posgrado	24	9.2	9	5.3	14	9.9	15	7.2	
Ingresos mensuales del hogar									
Menos de \$2,000	33	13.4	13	7.9	4	2.9	15	7.5	$\chi^2=31.338,$ $p < .026$
\$2,000 a \$3,999	30	12.2	23	13.9	10	7.4	27	13.6	
\$4,000 a \$5,999	46	18.7	24	14.5	21	15.4	36	18.1	
\$6,000 a \$9,999	43	17.5	40	24.2	36	26.5	38	19.1	
Más de \$10,000	66	26.8	44	26.7	48	35.3	66	33.2	
No saben	26	10.6	18	10.9	17	12.5	17	8.5	

Muestreo

La selección de los participantes se integró a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia, que permitió integrar a aquellos participantes que se encontraban en la CEC y quisieron participar de manera voluntaria (Otzen & Manterola, 2017).

Criterios de inclusión

La única condición para participar en el estudio fue que fueran hombres que acudieron a la

CEC, mayores de edad, con una vida sexual activa.

Criterios de exclusión

Se consideró no contestar todos los reactivos de los instrumentos

Variables

Las variables consideradas como factores protectores fueron creencias hacia el uso del condón, actitudes hacia el uso del condón, comunicación de temas sexuales con la pareja, estilo de negociación del uso del condón, percepción de riesgo ante el VIH. Adicionalmente, se evaluó el patrón de comportamientos sexuales, en la tabla 2 se presenta la definición conceptual y operacional de cada una de estas.

Tabla 3. Definiciones de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Creencias hacia el uso del condón	Certeza o convicción que tienen las personas en relación con la veracidad de alguna información (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Puntaje total obtenido en la escala de creencias hacia el uso del condón. Se obtiene una puntuación de 1 a 5, valores cercanos a cinco indica que los hombres tienen creencias positivas hacia el uso del condón
Actitudes hacia el uso de condón	Grado en que la ejecución de un comportamiento es evaluada positiva o negativamente, favorable o desfavorable (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Puntaje total obtenido en la escala de actitudes hacia el uso del condón. Se obtiene una puntuación de 1 a 5, valores cercanos a cinco indica que los hombres tienen actitudes favorables hacia el uso del condón.
Comunicación sobre temas sexuales con la pareja	Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad con la pareja (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Puntaje total obtenido en la escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja. Se obtiene una puntuación de 1 a 5, valores cercanos a cinco indica que los hombres i se comunican sobre diferentes temas sexuales con su pareja.

Estilo de negociación del uso del condón	Forma particular en la que una persona negocia el uso del condón con su pareja sexual (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Puntaje obtenido en la escala para cada estilo de negociación: contención-evitación, acomodación-evitación y colaboración equidad. Se obtiene una puntuación de 1 a 5, valores cercanos a cinco indica que los hombres tienen ese estilo.
Percepción de riesgo ante la transmisión del VIH por vía sexual	Valoración por medio de la cual el individuo identifica y reacciona a situaciones que inciden sobre la probabilidad que se transmita o se vuelva a infectar de VIH por vía sexual.	Puntaje total obtenido en la escala de percepción de riesgo ante el VIH. Se obtiene una puntuación de 1 a 5, valores cercanos a cinco indica que los hombres tienen una alta percepción de riesgo
Patrón de comportamiento sexual (PS)	Comportamientos específicos durante la relación sexual que implica responder de una forma riesgosa o preventiva (Enríquez & Sánchez, 2004).	<p>Reporte de lo que hicieron en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primera relación sexual (edad del debut sexual, si la planearon, uso de condón en la primera relación y si fue consensuada) 2. Relaciones sexuales en general: número de parejas sexuales en toda la vida, tipo de práctica que han tenido (vaginales, orales, anales) y frecuencia de estas, uso del condón en la última relación sexual, haber tenido alguna ITS, relaciones sexuales con alguien del mismo sexo 3. Uso del condón en relaciones sexuales (oral, anal, vaginal). 4. Consistencia del uso del condón: Resultado de dividir el número de veces que usaron condón en un periodo de tres meses entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales en el mismo periodo. Se obtuvo un índice de consistencia

Instrumentos

A continuación se presentan el nombre y características de cada uno de los instrumentos

empleados en esta investigación, estos se pueden consultar en el apartado de Apéndices.

Creencias hacia el uso del condón.

Se utilizó la escala validada por el proyecto PAPIIT IN309719 “Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica”, consta de 12 ítems de escala tipo likert con cinco opciones de respuesta de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, tiene un índice de confiabilidad de .95 y consta de un único factor .

Actitudes hacia el uso del condón

Se utilizó la escala validada por el proyecto PAPIIT IN309719 “Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica”, consta de 7 ítems de escala tipo likert con cinco opciones de respuesta de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, tiene un índice de confiabilidad de .94 y consta de un único factor.

Comunicación sobre temas sexuales con la pareja

Se utilizó la escala validada por el proyecto PAPIIT IN309719 “Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica”, consta de 13 ítems de escala tipo likert con cinco opciones de respuesta de nunca a siempre, tiene un índice de confiabilidad de .92 y consta de 2 factores.

Estilo de negociación del uso del condón

Se utilizó la escala validada por el proyecto PAPIIT IN309719 “Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica”, consta de 17 ítems de escala tipo likert con cinco opciones de respuesta de nunca a siempre, tiene un índice de confiabilidad de .79, consta de 3 factores que corresponden a los estilos contención-evitación, acomodación-evitación y colaboración equidad .

Percepción de riesgo ante la transmisión de VIH por vía sexual

Se utilizó la escala validada por el proyecto PAPIIT IN309719 “Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica”, consta de 16 ítems de escala tipo likert con cinco opciones de respuesta de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, tiene un índice de confiabilidad de .78 y consta de 3 factores.

Patrón de comportamiento sexual

De la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS) validada por Robles y Díaz-Loving

(2011) se retomarán 13 reactivos del apartado correspondiente a comportamiento sexual, para obtener información sobre: planeación de la primera relación sexual, uso de condón en primera y última relación sexual, frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso de condón al tener sexo vaginal, anal y oral; si se han hecho la prueba del VIH, si han tenido alguna ITS en su vida. También se emplearon dos reactivos para evaluar el número de veces que se han tenido relaciones sexuales en un periodo de tres meses y el número de veces que usaron condón en ese periodo, propuesto por DiClemente & Wingood (1995). Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno, que fue resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales.

Consistencia del uso del condón: Se emplearon dos reactivos para evaluar el número de veces que se han tenido relaciones sexuales en un periodo de tres meses y el número de veces que usaron condón en ese periodo, propuesto por DiClemente & Wingood (1995). Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno, que fue resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales.

Procedimiento

Se realizó un convenio entre la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México como parte de proyecto PAPIIT IN309719 “Factores de protección asociados al uso del condón en hombres con y sin VIH: una perspectiva ecológica” de la FES-I, UNAM, la aplicación se realizó en las salas de espera de la clínica de manera individual, a cada uno de ellos se les explicó el propósito del cuestionario así como que su participación era anónima y voluntaria, posteriormente se les entregó el cuadernillo con un lápiz, finalmente se les agradeció su participación.

Procesamiento y análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS v.20 para elaborar la base de datos en que se organizaron y clasificaron los datos recopilados con los distintos instrumentos aplicados.

Chi cuadrada: Se empleó para analizar si había diferencias en los datos sociodemográficos entre los cuatro grupos.

ANOVA: Se empleó para analizar si había diferencias en las medias de la edad del debut sexual y el número de parejas sexuales entre los cuatro grupos.

H de Kruskal Wallis: Se utilizó para analizar si había diferencias entre los cuatro grupos en los indicadores del patrón de comportamientos sexuales y los factores protectores.

Análisis discriminante por pasos: Se empleó para la construcción de los modelos predictivos de la consistencia del uso del condón de manera general y de acuerdo con su estado serológico de VIH, por medio de las mejores variables predictoras.

RESULTADOS

Comportamiento sexual

Los resultados del análisis del comportamiento sexual observan en la tabla 4, se muestra que no existen diferencias significativas entre los cuatros grupos con relación a la planeación de la primera relación sexual; en los demás comportamientos sexuales (si la primera relación sexual fue consensuada, uso del condón en la primera y última relación sexual, haber tenido alguna ITS y haber tenido sexo con otro hombre) si se encuentran diferencias significativas entre los grupos. Se identifica que los grupos sin VIH usaron en mayor medida el condón en su primera relación sexual, también se observa que la mayoría de las primeras experiencias sexuales fue de manera consensuada en todos los grupos, aunque un porcentaje mayor (90%) en los grupos sin VIH. En la última relación sexual, el 90% de los dos integrantes de los grupos consistentes usaron condón, en el caso del grupo con VIH-inconsistente lo usaron el 41.2% y en el grupo sin VIH-inconsistentes un 29.8%. El grupo que reportó un mayor porcentaje de casos de enfermedades relacionadas con alguna ITS fue el grupo con VIH-Inconsistentes (53%), seguido por con VIH-Consistentes (35.8%), después se encuentra sin VIH-Consistentes (33.6%) y por último se encuentra sin VIH-Consistente (29.3%). Los cuatro grupos reportaron relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, en el caso de los grupos con VIH más de un 90% y en los grupos sin VIH alrededor del 80%.

Tabla 4. Patrón de comportamientos sexuales

	Con VIH Consistentes	Con VIH Inconsistentes	Sin VIH Consistentes	Sin VIH Inconsistentes	Prueba estadística
Planeación de la primera relación sexual	32.1%	31.5%	36.9%	29%	$\chi^2=4.519, p < . 607$
Uso del condón en la primera relación sexual	40.3%	42.7%	61.2%	53.4%	$\chi^2=19.859, p < .001$
La primera relación sexual fue consensuada	77.8%	79.6%	89.2%	90.2%	$\chi^2=17.938, p < . 001$
Uso del condón en la última relación sexual	92.7%	41.2%	91%	29.8%	$\chi^2=284.201, p < .001$

Ha tenido alguna ITS	35.8%	53.0%	29.3%	33.6%	$\chi^2=26.560, p < .001$
Relaciones sexuales con alguien del mismo sexo	94.8%	96.2%	82.7%	79.6%	$\chi^2=51.299, p < .001$

Nota. Presenta los indicadores sexuales por grupo así como las diferencias entre estos.

En la tabla 5 se observa que hay diferencias significativas en la edad del debut sexual en los grupos con VIH fue a los 16 años y en el caso de los grupos sin VIH a los 17 años; también en el número de parejas sexuales también se encontraron diferencias significativas.

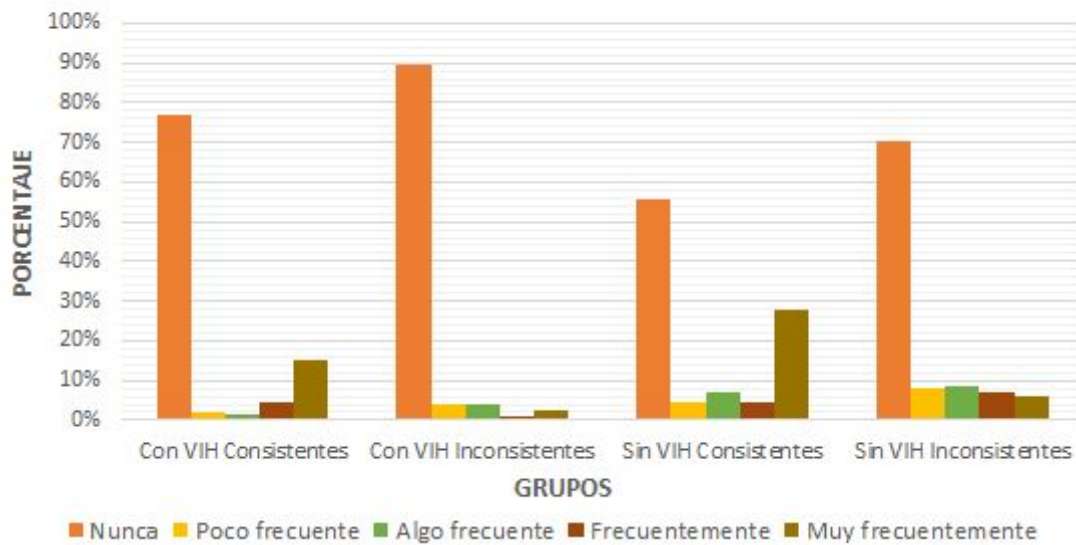
Tabla 5. Debut sexual y número de parejas

Características	Con VIH-Consistente (n=262)		Con VIH-Inconsistente (n=171)		Sin VIH-Consistente (n=143)		Sin VIH-Inconsistente (n=212)		Prueba estadística
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	
Edad de debut sexual	16.28	3.5	16.04	4.2	17.26	3.4	17.06	2.9	ANOVA=2.150, p<.049
Número de parejas sexuales	77.23	221.6	239.5	946.1	31.7	57.8	51.5	111.9	ANOVA=6.901, p<.001

Nota. Presenta las medias de algunos indicadores sexuales por grupo así como las diferencias entre estos.
D.E. Desviación Estándar

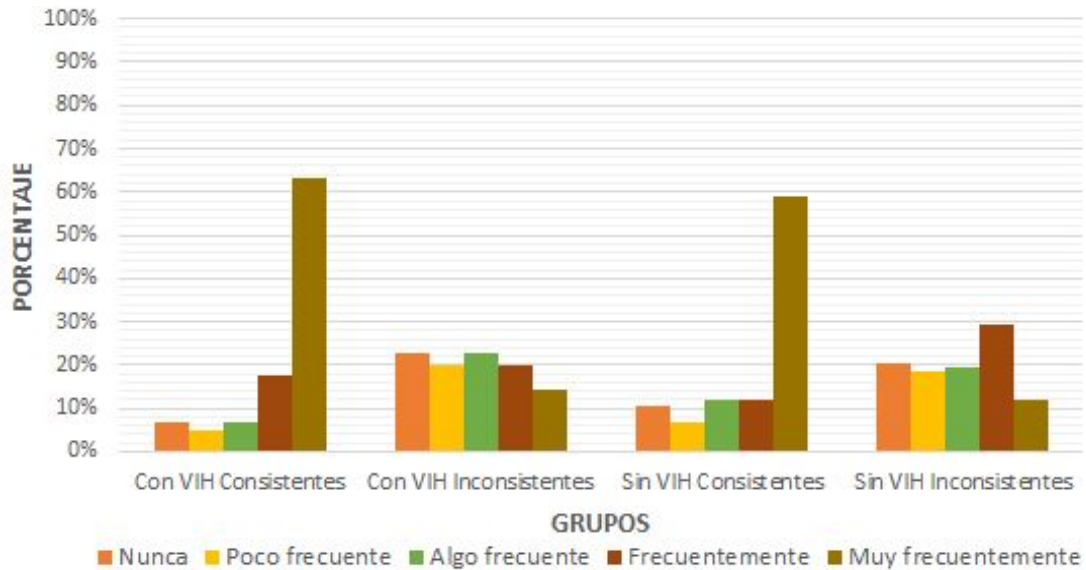
De quienes refirieron haber tenido prácticas vaginales en los últimos seis meses señalaron la frecuencia con la que habían usado el condón, la cual se muestra en la figura 1 de manera general se observa que grandes proporciones en los cuatro grupos no ocuparon nunca el condón; en la respuesta “muy frecuentemente” al comparar los grupos se ve que hay una proporción mayor en los consistentes (Con VIH 15.1%, Sin VIH 27.9%) contra los inconsistentes (Con VIH 2.4%, Sin VIH 6%), al comparar los grupos se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=90.906, p < .001$).

Figura 1. Frecuencia del uso del condón en la práctica vaginal



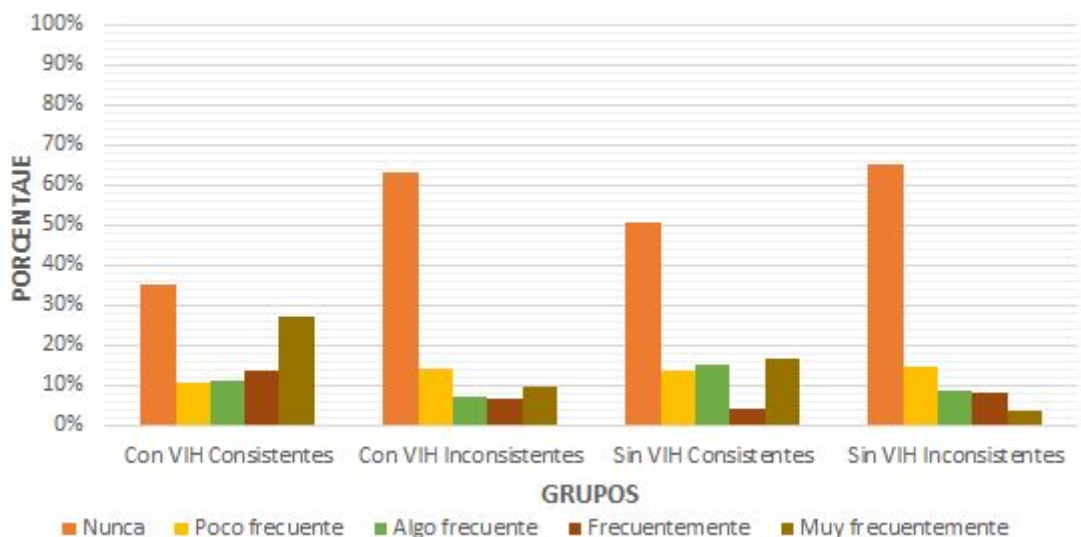
Se encontró que en los últimos seis meses en el grupo Sin VIH-Consistentes, una tercera parte de los integrantes de este grupo reportó que nunca tuvo sexo anal; a partir de las respuestas de los participantes identificamos que más de la mitad de los integrantes de cada grupo practicaron el sexo anal, aunque con mayor frecuencia en los hombres que conforman el grupo de “Con VIH-Inconsistentes” (73%), seguido de “Con VIH-Consistente” (58.9%), posteriormente está “Sin VIH-Inconsistente” (58.3%) y al final se encuentra “Sin VIH-consistente” (52.4%). Al comparar los grupos se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=50.022$, $p < .001$). En la figura 2 podemos observar la frecuencia con la que usaron condón los hombres que reportaron haber practicado sexo anal por lo menos una vez en los últimos seis meses, la respuesta “muy frecuentemente” fue la más común en los grupos consistentes (Con VIH-C 63.3%, Sin VIH-C 59%), al realizar la comparación entre los grupos se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=208.660$, $p < .001$).

Figura 2. Frecuencia del uso del condón en la práctica anal



La mayor frecuencia en la práctica de sexo oral se observa en los grupos inconsistentes (con VIH-I 78% y sin VIH-I 67%). Al realizar la comparación entre los cuatro grupos se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=55.40$, $p < .001$). Se identificó que en los grupos sin VIH y con VIH-Inconsistentes más del 50% reportó que nunca empleó condón al practicar sexo oral; la respuesta “muy frecuentemente” fue la más común en los integrantes del grupo Con VIH-Consistentes (27%). Al comparar los cuatro grupos se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=96.002$, $p < .001$), esta información se presenta con mayor detalle en la figura 3.

Figura 3. Frecuencia del uso del condón en la práctica oral



Factores protectores

En todos los grupos se encontraron creencias y actitudes favorables relacionadas con el uso del condón, aunque los hombres de los grupos consistentes presentaron una media más alta en comparación con los hombres de los grupos inconsistentes. Al comparar los puntajes de cada grupo se observan diferencias significativas en las creencias y en las actitudes relacionadas con el uso del condón (ver tabla 6).

Tabla 6. Creencias y actitudes hacia el uso del condón

Características	Con VIH-Consistente (n=262)		Con VIH-Inconsistente (n=171)		Sin VIH-Consistente (n=143)		Sin VIH-Inconsistente (n=212)		Prueba estadística
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	
Creencias hacia el uso del condón	4.29	1.05	3.90	1	4.38	.89	4.21	.86	H=52.159, p<.001
Actitudes hacia el uso del condón	4.33	1.02	3.97	1.04	4.40	.92	4.16	.92	H=45.504, p<.001

Nota. Presenta creencias y actitudes hacia el uso del condón y la diferencia entre grupos.
D.E. Desviación Estándar

Los resultados relacionados con la comunicación sobre temas sexuales con la pareja permiten identificar diferencias significativas entre los grupos, obteniendo una mayor media los grupos consistentes, por lo que se puede afirmar que los integrantes de estos grupos hablan con mayor frecuencia con su pareja sobre temas sexuales; esta información se detalla en la tabla 7.

Tabla 7. Comunicación sobre temas sexuales

Características	Con VIH-Consistente (n=262)		Con VIH-Inconsistente (n=171)		Sin VIH-Consistente (n=143)		Sin VIH-Inconsistente (n=212)		Prueba estadística
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	
Factor 1. Temas acerca de la salud sexual	4.20	.91	3.38	1.06	3.98	.86	3.56	.98	H=53.581, p<.001
Factor 2. Temas relacionados con la pareja	4.06	.78	4.03	.87	4.27	.67	4.08	.83	H=7.449, p<.001

Temas sexuales (general)	3.83	.81	3.63	.89	4.09	.73	3.76	.85	H=42.937, p<.001
-----------------------------	------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	---------------------

Nota. Presenta la Comunicación sobre temas sexuales con la pareja y la diferencia entre grupos.
D.E. Desviación Estándar

Al comparar los estilos de negociación se puede observar que los grupos inconsistentes presentan una mayor media en comparación con los grupos consistentes en los estilos de negociación: contención-evitación y acomodación-evitación; en el estilo donde la media fue mayor en los grupos consistentes es en el estilo de colaboración-equidad. Al comparar los cuatro grupos se encontraron diferencias significativas en los tres estilos (ver tabla 8).

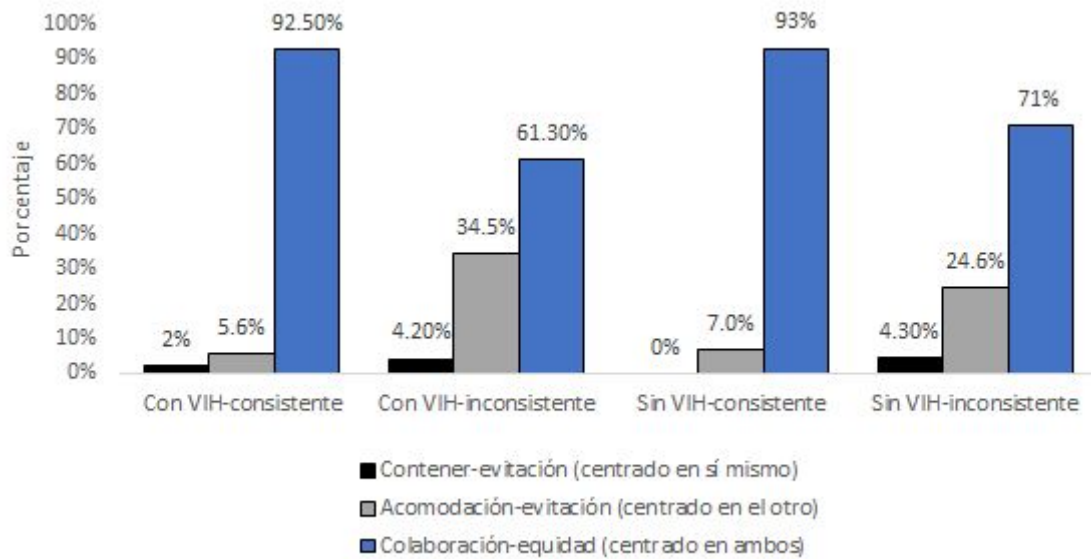
Tabla 8. Estilos de negociación

Características	Con VIH-Consistente (n=263)		Con VIH-Inconsistente (n=170)		Sin VIH-Consistente (n=142)		Sin VIH-Inconsistente (n=212)		Prueba estadística
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	
Contención-evitación (centrado en sí mismo)	1.83	.94	2.14	.87	1.73	.70	2.03	.82	H=36.829, p<.001
Acomodación-evitación (centrado en el otro)	2.03	1.06	2.84	.91	1.99	.95	2.80	.95	H=130.255, p<.001
Colaboración-equidad (centrado en ambos)	3.99	.77	3.32	.95	3.95	.76	3.57	.88	H=71.889, p<.001

Nota. Presenta los estilos de negociación del uso del condón y la diferencia entre grupos.
D.E. Desviación Estándar

En cuanto al estilo de negociación predominante en cada grupo se identificó que los grupos consistentes en más de un 90% tuvieron el estilo de colaboración-equidad, el cual está centrado en ambos miembros de la pareja. En los grupos inconsistentes también predominó el estilo de negociación colaboración-equidad, pero con porcentajes menores; se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos ($\chi^2=88.941$, $p < .001$). En la figura 4 se observa el estilo de negociación que predominó en cada uno de los grupos evaluados.

Figura 4. Estilos de negociación



En cuanto a la percepción de riesgo ante el VIH, al analizar el primer factor *prácticas de riesgo sexuales*, quienes presentaron una mayor percepción de riesgo fueron los grupos sin VIH, en los demás factores de la escala *VIH y omisión del uso del condón y sexo seguro*, las medias más altas las obtuvieron los grupos consistentes, al analizar *la percepción de riesgo* se identificó que quienes tuvieron una mayor percepción de riesgo fueron los grupos consistentes. Otro resultado relevante fue que quienes puntuaron con una menor percepción de riesgo fueron los integrantes del grupo con VIH Inconsistentes; además se encontraron diferencias significativas entre los grupos al comparar las medias obtenidas en cada factor, esto se presenta con mayor detalle en la tabla 9.

Tabla 9. Percepción de riesgo ante el VIH

Características	Con VIH-Consistente (n=263)		Con VIH-Inconsistente (n=170)		Sin VIH-Consistente (n=142)		Sin VIH-Inconsistente (n=212)		Prueba estadística
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	
Factor 1. Prácticas sexuales de riesgo	4.41	.78	4.36	.79	4.58	.69	4.53	.65	H=9.832, p<.020
Factor 2. VIH y omisión del uso del condón	3.94	.89	3.44	.84	3.90	.86	3.69	.81	H=44.388, p<.001

Factor 3. Sexo seguro	4.08	.79	3.45	.81	4.11	.65	3.77	.68	H=90.216, p<.001
Percepción de riesgo ante el VIH (general)	4.13	.62	3.73	.59	4.18	.54	3.98	.53	H=65.302, p<.001

Nota. Presenta la percepción de riesgo ante el VIH y las diferencias entre grupos.
D.E. Desviación Estándar

Factores protectores predictivos de la consistencia del uso del condón

Todos los factores protectores se sometieron a un análisis discriminante debido a que en todos se encontraron diferencias significativas, tal como se muestra en el apartado anterior. Se obtuvo una función discriminante cuyo autovalor fue .264, el valor de Lambda de Wilks resultó significativo ($\lambda=.791$; $\chi^2=183.505$, $p < .001$) y la correlación fue de .457; lo cual indica que hay diferencias significativas entre los centroides de ambos grupos, la puntuación discriminante para los centroides fue para el grupo de los inconsistentes de -.473 y para los consistentes de .527.

En la tabla 10 se puede observar que en el modelo se integraron cuatro variables que logran discriminar a los hombres que pertenecen al grupo consistentes y de inconsistentes en el uso del condón. Esto indica que el grupo de los consistentes se caracteriza por no presentar el estilo de negociación de acomodación-evitación sino el estilo de colaboración-equidad, perciben alto riesgo ante las prácticas sexuales de riesgo y bajo riesgo ante el sexo seguro.

Tabla 10. Variables introducidas paso a paso

Paso	Variables	Factor protector	λ	F	p	Función
1	Acomodación-evitación	Nego_factor2	.874	130.802	.001	-.794
2	Colaboración-equidad	Nego_factor3	.815	90.056	.001	.604
3	Sexo seguro	Riesgo_factor3	.808	66.237	.001	.597
4	Prácticas sexuales de riesgo	Riesgo_factor1	.798	51.624	.001	-.216

Nota: Muestra las variables del modelo, valores de Lambda de Wilks y coeficientes de estructura de la función discriminante

En la tabla 11 se muestra la matriz de clasificación, se observa que a partir de la función se ha clasificado correctamente el 70.9% de los casos.

Tabla 11. Modelo de la población en general

Grupos	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	Consistente		Inconsistente		
	n	%	n	%	
Consistente	298	73.6	107	26.4	405
Inconsistente	122	31.9	261	68.1	383

Nota. Se observa que presenta el 70.6% se clasificación correcta de los casos agrupados originalmente

Posteriormente se analizaron los modelos predictivos de la consistencia del uso del condón tomando en cuenta el estado serológico. En los análisis de la población con VIH se obtuvo una función discriminante cuyo autovalor fue de .341, el valor de Lambda de Wilks resultó significativo ($\lambda=.745$; $\chi^2=122.344$, $p < .001$) y la correlación fue de .341; lo cual indica que hay diferencias significativas entre los centroides de ambos grupos, la puntuación discriminante para los centroides fue para el grupo de los inconsistentes de -.476 y para los consistentes de .714.

En la tabla 12 se observan las tres variables que permiten discriminar a los consistentes de los inconsistentes en el uso del condón en la población con VIH, son los estilos de negociación acomodación-evitación y colaboración-equidad, así como la baja percepción de riesgo si se practica el sexo seguro.

Tabla 12. Variables introducidas paso a paso en el modelo de la población con VIH

Paso	Variables	Factor protector	λ	F	p	Función
1	Acomodación-evitación	Nego_factor2	.824	94.026	.001	-.812
2	Colaboración-equidad	Nego_factor3	.774	64.457	.001	.653
3	Sexo seguro	Riesgo_factor3	.764	47.346	.001	.645

Nota: Muestra las variables del modelo, valores de Lambda de Wilks y coeficientes de estructura de la función discriminante

En la tabla 13 se muestra la matriz de clasificación, se observa que a partir de la función se ha clasificado correctamente el 72.3% de los casos.

Tabla 13. Modelo para hombres con VIH

Grupos	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	Con VIH- Consistente		Con VIH- Inconsistente		
	n	%	n	%	
Con VIH-Consistente	190	72.5	72	27.5	262
Con VIH-Inconsistente	48	28.1	123	71.9	171

Nota. Se observa que presenta el 72.3% se clasificación correcta de los casos agrupados originalmente en la población con VIH

En la población sin VIH, la función discriminante tuvo un autovalor de .230, el valor de Lambda de Wilks fue significativo ($\lambda=.813$; $\chi^2=72.699$, $p < .001$) y la correlación fue de .432; lo cual indica que hay diferencias significativas entre los centroides de ambos grupos, la puntuación discriminante para los centroides fue para el grupo de los inconsistentes de -.393 y para los consistentes de .582.

En la tabla 14, se puede observar que el método de pasos sucesivos ha presentado tres variables, las cuales son las que logran discriminar a los hombres sin VIH consistentes de los inconsistentes. Con base en los resultados, la variable que permite discriminar en mayor medida es el estilo de acomodación-evitación, seguido de que en la comunicación con la pareja incluya temas acerca de la salud sexual y la baja percepción de riesgo del sexo seguro.

Tabla 14. Variables introducidas paso a paso en el modelo de la población con VIH

Paso	Variables	Factor protector	λ	F	p	Función
1	Acomodación-evitación	Nego_factor2	.914	60.318	.001	-.862
2	Temas acerca de la salud sexual	Temas_factor1	.835	37.520	.001	.521
3	Sexo seguro	Riesgo_factor3	.824	26.883	.001	.521

Nota: Muestra las variables del modelo, valores de Lambda de Wilks y coeficientes de estructura de la función discriminante

Al tomar en cuenta las variables mencionadas en el párrafo anterior se predice con una certidumbre del del 68.2% el uso consistente del condón en la población varonil sin VIH, esto se puede observar en la tabla 15.

Tabla 15. Modelo para hombres sin VIH

Grupos	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	Sin VIH- Consistente		Sin VIH- Inconsistente		
	n	%	n	%	
Sin VIH-Consistente	98	68.5	45	31.5	143
Sin VIH-Inconsistente	68	32.1	144	67.9	212

Nota. Se observa que presenta el 68.2% de clasificación correcta de los casos agrupados originalmente en la población sin VIH

A manera de resumen se muestran en la tabla 15 los modelos que se han descrito previamente, se incluyen las variables que lo conforman señalando el factor protector al que corresponden así como el porcentaje de clasificación correcta de cada modelo.

Tabla 16

Modelo	Variable	Factor protector	Porcentaje de clasificación acertada
Población general	Acomodación-evitación (otro)	Nego_factor2	70.6%
	Colaboración-equidad (ambos)	Nego_factor3	
	Sexo seguro	Riesgo_factor3	
	Prácticas sexuales de riesgo	Riesgo_factor1	
Población con VIH	Acomodación-evitación (otro)	Nego_factor2	72.3%
	Colaboración-equidad (ambos)	Nego_factor3	
	Sexo seguro	Riesgo_factor3	
Población sin VIH	Acomodación-evitación (otro)	Nego_factor2	68.2%
	Temas acerca de la salud sexual	Temas_factor1	
	Sexo seguro	Riesgo_factor3	

Nota. Se observan las variables predictivas de cada uno de los modelos y porcentajes de clasificación correcta

Se puede observar que en los tres modelos se toman en cuenta factores correspondientes a las escalas de la negociación del uso del condón y percepción de riesgo ante el VIH; la comunicación de temas sexuales con la pareja sólo figura en el modelo de la población sin VIH. Por lo que, con base en lo anterior se podría decir que estos son los mejores factores protectores para la consistencia del uso del condón en la muestra evaluada.

DISCUSIÓN

Este trabajo se planteó por objetivo conocer cuáles factores protectores predicen el uso consistente del condón en hombres con y sin VIH, para ello primero se describió el patrón de comportamiento sexual y los factores protectores observados en la muestra.

Brawner et al., (2005) y Enríquez y Sánchez (2004) plantean que el patrón del comportamiento sexual comprende el conjunto de conductas específicas durante la relación sexual que implica responder de una forma riesgosa o preventiva. En la presente investigación, se encontró que los participantes que integraron el grupo Sin VIH-Consistente fueron quienes en mayor medida presentaron conductas sexuales preventivas, como son el uso del condón en en al primera y última relación sexual, tener un número reducido de parejas sexuales y una baja proporción de haber presentado una ITS (en comparación a los demás grupos), estos se incluyen dentro del patrón de comportamiento preventivo de los autores mencionados.

Con relación al debut sexual; se analizó considerando cuatro condiciones: planeación, consenso, uso del condón y edad. En los cuatro grupos se observó que únicamente el 30% de los participantes planeó su debut sexual, esto resulta preocupante ya que, de acuerdo con Lieberman, Golfarb, Kwiatkowski y Santos (2017) planearlo probabiliza que se haya usado el condón. Otro aspecto relevante es que la primera relación sexual fue consentuada en un 80% de los integrantes de los grupos con VIH y en un 90% en los grupos sin VIH, lo cual es importante considerando lo planteado por Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) pues señalan que estas condiciones salvaguardan la integridad corporal y sexual. Los resultados convergen con lo señalado por Jiménez (2010) y Uribe et al., (2012) acerca de que el uso del condón en la primera relación sexual se asocia con su uso en relaciones sexuales posteriores ya que, los grupos con VIH-Consistente y sin VIH-Consistente tuvieron un porcentaje mayor del uso del condón en la primera relación sexual.

En el caso de los grupos con VIH el inicio de su vida sexual fue a una edad más temprana en comparación a los grupos sin VIH, esto concuerda con lo planteado por la OPS (2008), la OMS (2018a) y Morell et al., (2014) pues señalan que quienes retrasan más su

debut tienen menores probabilidades de adquirir una ITS o VIH; aunque conviene considerar que más allá de la edad de inicio de la vida sexual lo determinante es el número de ocasiones que el individuo se expone a situaciones de riesgo o contactos sexuales en lo que exista el riesgo a infectarse de VIH y tal riesgo pueda no ser percibido por el individuo; en esto último radica la relevancia de identificar la percepción de riesgo de los individuos, debido a que con base en esto se pueden modificar comportamientos (Slovic, 1987; Mendoza, Flores & Martínez, 2013; Vinaccia et al., 2007).

Respecto al número de parejas sexuales, se reafirma lo señalado por la OMS (2018a), Morell et al., (2014), OPS (2008) y Enríquez y Sánchez (2004) acerca de que un menor número de parejas sexuales representa un patrón de comportamiento seguro, en este caso el grupo de hombres con VIH Inconsistentes el número de parejas fue mucho más alto en comparación con el grupo de hombres sin VIH Consistentes (239 > 32). También es importante considerar que el número de parejas por sí sólo no define el contagio de alguna ITS o particularmente de VIH sino que el uso del condón de manera correcta y consistente en todos los encuentros sexuales es la clave en la protección (Sánchez & Enríquez, 2017; OMS, 2012; Charles & Blum, 2008; ONUSIDA, 1998; Yábar, Salvatierra & Quijano, 2007) porque existirá un menor riesgo o sería prácticamente nulo para contraer alguna ITS al representar el principal factor protector.

Otro aspecto importante en este análisis es el uso de condón en la última relación sexual, se encontró que los integrantes de los grupos inconsistentes lo usaron en menor medida (Sin VIH 30%, Con VIH 40%) en comparación con integrantes de los grupos consistentes, sin embargo aunque estos últimos lo usaron con mayor frecuencia, se identificó cierta contradicción pues cerca de un 10% respondieron que no usaron condón en la última relación sexual, esto posiblemente se deba a que la respuesta dada a alguno de los ítems se vio influida por la deseabilidad social, lo cual ha sido identificado en varios autoinformes como señala Miguel-Tobal (2003), en este caso se puede suponer la presencia de una imagen socialmente aceptable respecto a llevar a cabo una vida sexual sana.

La mayor parte de la población mencionó que ha tenido sexo con alguien de su mismo sexo y de acuerdo con la OMS (2018a) y la OPS (2008) son más vulnerables ante el VIH los

HSH debido a la menor presencia de factores protectores y la vulnerabilidad biológica (Ribes, 2008); esto resulta relevante ya que, al practicar sexo anal sin protección es 22 veces más probable que se contraiga el virus (ONUSIDA, 2014).

Respecto al uso del condón en las prácticas sexuales, los datos de esta investigación relacionados con los porcentajes de consistencia del uso del condón coinciden con lo mencionado por Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández (2009) en su estudio con HSH de la frontera de México, en ambas investigaciones cerca de tres cuartas partes fueron consistentes en el sexo anal, mientras que en el sexo oral la consistencia fue muy baja (aproximadamente 15%), con excepción del grupo Con VIH-Consistente, quienes tuvieron mayores porcentajes.

Se pudo observar que los grupos con patrones de comportamiento sexual más seguros de acuerdo a Enríquez y Sánchez (2004), OPS (2008) y CENSIDA (2014) son aquellos en los que en mayor medida usaron condón en su primera y última relación sexual, reportaron un menor número de parejas sexuales y no han sido contagiados por alguna ITS en su vida, en este caso fue el grupo sin VIH-Consistentes seguido de con VIH-Consistentes.

También se observan coincidencias entre nuestros resultados y los descritos por Van Kesteren, Hospers y Kok (2007) sobre el comportamiento de los hombres sin VIH en el sentido de que presentan prácticas sexuales seguras con mayor frecuencia en comparación con quienes tienen un diagnóstico positivo al virus, de manera que estos últimos se exponen con mayor frecuencia a una reinfección de VIH como señalan Fernández-Dávila y Morales-Carmona (2014) o alguna ITS como describen Galindo, (2018) y, Lozano y Domingo (2011).

Con relación a los factores protectores, al evaluar las creencias hacia el uso del condón, se observa que los resultados convergen con Crosby et al., (2009), Disogra (2013) y Robles y Díaz-Loving (2011) acerca del efecto de las creencias favorables sobre la probabilidad de usar condón en las relaciones sexuales (Crosby et al., 2009; Robles & Díaz-Loving, 2011), aunque los cuatro grupos presentaron medias altas (≥ 3.9) se encontraron diferencias significativas entre ellos, estas diferencias posiblemente se deben a que a mayores creencias positivas mayor será el uso del condón, lo cual se puede apreciar al

comparar la medias de los grupos ya que,se ve que los grupos consistentes puntúan superior que los inconsistentes.

Otro aspecto importante fue la tendencia observada en las actitudes hacia el uso del condón, las cuales son similares a lo reportado en las investigaciones de Castillo et al. (2012), Flores y Leyva (2003), Díaz y Torres (1999), Hurtado de Mendoza y Olvera (2013) y Robles y Díaz-Lovin (2011) sobre la importancia de las actitudes positivas hacia el uso del condón y la presencia de conductas sexuales seguras. En la presente investigación los participantes que manifestaron ser consistentes en el uso del condón puntuaron medias superiores en contraste con quienes reportaron un uso inconsistente del condón. Los resultados también coinciden con los hallazgos de Capella, González y Valery (2011), González y Rosado (2000) y Díaz y Torre (1999) respecto a la presencia recurrente de una actitud desfavorable hacia el uso del condón en los hombres, la cual tiene como fundamento el displacer que suponen implica el usar el condón.

Respecto a la comunicación de temas sexuales con la pareja, los resultados se asemejan con lo reportado por Robles et al. (2011) pues los grupos consistentes reportaron hablar con mayor frecuencia con sus parejas sobre las ITS y VIH. Sobre los temas de conversación también se observa coincidencia con los hallazgos de la investigación de Rosales (2019), en la que se menciona que la los HSH hablan sobre temas relacionados con su salud y el VIH. Aunque se observan diferencias con relación a lo descrito por Sánchez et al., (2019) quienes mencionan que los hombres sin VIH hablan con su pareja sobre ITS y VIH, y en este estudio estos temas fueron abordados por ambos tipos de hombres (con y sin VIH), esto podría deberse a que el tipo de evaluación no fue la misma en estas investigaciones, en la presente investigación se hizo por medio de una escala de frecuencia tipo Likert y en el caso de Sánchez et al. se contestaron redes semánticas modificadas, de manera que se sugiere volver a evaluar e identificar si efectivamente hablan los hombres con y sin VIH sobre estos temas o si respondieron la escala buscando una deseabilidad social (Miguel-Tobal, 2003).

En cuanto a la negociación del uso del condón, los resultados se ajustan con lo reportado por Jiménez (2010), Pérez y Pick (2006), Robles y Díaz-Loving (2008), Robles et

al., (2011), Sánchez y Enríquez (2017) y Sánchez et al., (2018) sobre el estilo de negociación que se asocia al uso consistente del uso del condón pues los integrantes de los grupos consistentes en un 93% se identificó que predominaba el estilo de colaboración-equidad.

En el caso de los grupos inconsistentes también predominó el estilo de negociación colaboración-equidad, pero en menor proporción ya que, una tercera parte, en el caso del grupo con VIH, y una cuarta parte, en el grupo sin VIH, refirió el estilo de acomodación-evitación, el cual se centra en cubrir las necesidades e intereses de su pareja por encima de los propios, muchas veces con el objetivo de evitar conflictos; lo cual coincide con Crosby et al., (2009), Fishbein (2000) y Jiménez et al., (2007) ya que, afirman que la falta de habilidades sociales para negociar el uso del condón incide negativamente con el uso consistente de este. Por otra parte, el estilo de contener-evitación (centrado en uno mismo) estuvo casi ausente en los participantes, lo cual había sido previamente mencionado por Robles y Díaz-Loving (2008; 2011) en caso de no presentar el estilo de colaboración-equidad, los hombres tienden más a ajustarse a lo que su pareja quiera (estilo de acomodación) y las mujeres a imponer su punto de vista en aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, cabe señalar que estas investigaciones se realizaron con adolescentes y adultos jóvenes, por lo que parece ser que es una característica de los hombres del área Metropolitana de la Ciudad de México, por lo que conviene seguir investigando.

Con relación a la percepción de riesgo ante el VIH, al ordenar de mayor a menor el riesgo percibido en los grupos se enlistan de la siguiente manera: primero Sin VIH-Consistente, seguido de Con VIH-Consistente, después se encuentra Sin VIH-Inconsistente y por último Con VIH-Inconsistente, de manera que los grupos consistentes tuvieron una mayor percepción de riesgo y los grupos inconsistentes menor, con diferencias significativas entre grupos, aunque de manera general reportaron alta percepción de riesgo (puntajes superiores a 3.44) lo cual coincide con lo mencionado con Lameiras et al., (2002) y Rodríguez y Álvarez (2006) acerca de que de acuerdo con la evaluación que se haga de una situación se realiza la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual, dando como resultado la evitación o creación de situaciones riesgosas, por ejemplo al percibirse como vulnerables ante el VIH los resultados y la literatura mencionan que es más probable que las personas tengan sexo seguro (Vinaccia et al., 2007; Díaz-Loving & Robles, 2011).

A partir de los hallazgos se pueden plantear algunas posibles explicaciones sobre por qué los grupos inconsistentes a pesar de percibir un alto riesgo no usan consistentemente el condón, estas pueden ser la eficacia que se conoce hoy en día de los TAR (Folch et al., 2006; Folch et al., 2010), necesidades afectivas, una posible fatiga de la prevención (Baruch, 2014; Fernández-Dávila & Morales-Carmona, 2014) falta de habilidades, por ejemplo para usarlo correctamente o negociarlo, esto último se relaciona con que precisamente los grupos inconsistentes presentaron una tercera parte el estilo de acomodación-evitación, en el que su pareja es quien tomaba las decisiones.

Los resultados del análisis discriminante concuerdan con lo planteado por Grossman et al, (2008), Moyo et al., (2008) Manlove, Ikramullan y Terry-Humen, (2008) ya que, entre los aspectos que se ha identificado predicen el uso del condón, se encuentra la percepción de las ventajas de su uso, la negociación del mismo con la pareja, la percepción de vulnerabilidad de riesgo ante el VIH; variables que se encuentran presentes en los modelos predictores planteados. También se coincide con los resultados de Sánchez, Robles y Enríquez (2015) ya que, en su modelo predictivo del uso consistente del condón figura el estilo de negociación de colaboración-equidad.

En ninguno de los modelos predictivos se encontró que las actitudes y creencias hacia el uso del condón sean variables que pueden predecir la consistencia de su uso, por lo que se puede afirmar lo antes mencionado por Sánchez y Enríquez (2017) y Robles y Moreno (2008) acerca de que son importantes pero no suficientes para llevar a cabo la conducta sexual segura. También se coincide con Farmer y Mestor (2006), Valencia y Canaval (2012) debido a que mencionaron que la comunicación de temas sexuales con la pareja podrían predecir el uso del condón, en este caso, dicha variable aparece en el modelo predictivo de la población sin VIH.

Considerando que la infección por VIH se puede prevenir por medio de comportamientos preventivos, como es el uso consistente del condón, no cabe duda que dar cuenta de los factores protectores que facilitan esta práctica es una gran aportación para el ámbito de la psicología de la salud, particularmente para aquellos profesionales que están

interesados en el problema del VIH. En este caso, los modelos que presentamos superan los porcentajes de probabilidad esperados por el mero azar (50%) (Pérez, 2004; Pardo & Ruíz, 2011) y permiten identificar puntualmente que el estilo de negociación así como la percepción de riesgo ante el VIH son factores que hacen la diferencia.

Además, en esta investigación se han realizado análisis centrados en los cuatro grupos se puede considerar que brinda información más específica acerca de la población, muestra de ello es que cada modelo cuenta con sus particularidades, por ejemplo que la comunicación de temas sexuales solo fue predictivo en la población sin VIH o la percepción de riesgo ante prácticas sexuales de riesgo sea predictor cuando no se considera el estado serológico de VIH; además permitió conocer que en toda la muestra evaluada, lo que predice la consistencia del uso del condón es el estilo de negociación colaboración-equidad así como los individuos perciban cuál es un comportamiento seguro que les aleja de situaciones de riesgo ya que al presentarse ambas condiciones es más probable que salvaguarden su salud sexual.

Se identificaron como limitaciones el desconocimiento sobre si las relaciones sexuales que los participantes tuvieron en los últimos meses fue con su pareja formal ya que, de ser así la probabilidad de exponer la salud sexual es reducida. Particularmente en el caso de las personas VIH+ también es importante conocer si tienen una carga viral indetectable, debido a que si son inconsistentes en el uso del condón no se ve expuesta su salud ni la de sus parejas con lo que refiere al VIH pues como se ha mencionado anteriormente, se puede exponer a las ITS (Folch et al, 2015; Saeteros, Pérez & Sanabria, 2015; Zhou et al, 2017). En el caso de los VIH-, conviene saber si durante el lapso de tiempo en el que se les preguntó la frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso del condón estuvieron en tratamiento de PrEP o de PEP ya que, en estos casos no se habrá expuesto al virus, aunque solo en caso de que haya una adherencia al tratamiento (OPS, 2019; OPS & OMS, 2019; CENSIDA, 2014; Baruch, 2014), lo cual también sería conveniente preguntar.

Es recomendable que futuras investigaciones los instrumentos empleados integren ítems o variables que permitan identificar practicas propias del *bareback* ya que, no es lo mismo tener sexo desprotegido debido al resultado de estar bajo los efectos de drogas o no

contar con condones en ese momento, que hacerlo deliberadamente; hay que recordar que el *bareback* es una práctica intencional y no accidental (Bastida, 2015; CENSIDA, 2019). Con relación a este tema, conviene explorar la hipótesis planteada acerca de la “fatiga de la prevención” en los HSH en México (Baruch, 2014; Bruciaga, 2017).

Conocer esta información mencionada en el párrafo anterior permitirá hacer análisis más específicos acerca del comportamiento sexual de acuerdo a las diferentes características de los grupos ya que, son datos importantes a considerar al hablar de VIH. En esta investigación se considera que hubo un análisis más específico en comparación a los reportados en la literatura debido a que se consideró la consistencia del uso del condón y el estado serológico de VIH, a diferencia de otras investigaciones en donde sólo consideran una condición para hacer los análisis (Mendoza, Flores & Martínez, 2013; Centelles, 2008; Capella, González & Valery, 2011; Robles et al., 2006; Robles & Díaz-Loving, 2011).

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se concluye que los factores que predicen el uso consistente del condón con mayor certidumbre en la muestra evaluada son la negociación del uso del condón y la percepción de riesgo ante el VIH, dado que como se observa en los resultados, factores correspondientes a estos constructos figuran en los tres modelos propuestos.

Respecto a los demás factores evaluados se puede decir que las creencias y actitudes favorables hacia el uso del condón han aportado grandes beneficios a la salud sexual de los hombres que tienen una vida sexualmente activa, sin embargo, es necesario resaltar que existen diversos factores que afectan o favorecen el uso del mismo, por ello es de vital importancia generar propuestas encaminadas a desarrollar habilidades conductuales y cognitivas que favorezcan el uso consistente del condón, en este sentido:

1. Los estilos de negociación sobre el uso del condón tienen un rol fundamental, debido a que de ello dependen los acuerdos a los que una pareja puede llegar para usar el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales.
2. La percepción de riesgo ante el VIH también juega un papel importante, dado que el miedo de las posibles consecuencias del riesgo motiva a que las personas busquen llevar a cabo conductas de protección o evitación del riesgo.

En cuanto a los estilos de negociación conviene señalar que el estilo de Colaboración-Equidad teórica y empíricamente favorece el uso consistente del condón dado que quienes lo presentan son personas con la habilidad de comunicar así como de escuchar actitudes, deseos, opiniones y derechos con su pareja (Sánchez, Robles & Enríquez, 2015), de manera que colaborativamente llegan a un acuerdo sobre el uso del condón, esto coincide con que el 93% de los consistentes reportarán dicho estilo como el predominante, lo cual indica que tienen prácticas sexuales seguras, y el resto de la población se encuentra en situación de riesgo. Y aunque los grupos inconsistentes entre el 60-70% mencionó también este estilo como el predominante, se puede inferir que esta comunicación no tiene como objetivo

persuadir o convencer a su pareja para el uso consistente del condón, lo cual marca una gran diferencia entre la conceptualización de hablar y negociar.

Sobre esto conviene mencionar que es primordial escuchar y atender las inquietudes de la pareja, así como que sean capaces de expresar argumentos para convencer a la pareja de usar el condón en todas las prácticas sexuales y de manera correcta, por lo que es primordial en entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación para poder llevar a cabo comportamientos seguros (Robles et al., 2010).

En cuanto a la percepción de riesgo ante el VIH, se concluye que teórica y empíricamente la mayoría de las personas al percibirse como vulnerables tratan de replantear sus comportamientos para evitar daños en su salud (Slovic, 1987; Lowry, Dunville, Robin & Kann, 2017; Vinaccia, 2007). Esto es relevante dado que en el estudio del problema que representa el VIH/SIDA hay que considerar tanto los riesgos como los beneficios para comprender lo que motiva el uso del condón ya que, esto dará la pauta para comprender por qué algunas intervenciones son más aceptables y eficaces que otras (Forcada et al., 2013).

Una situación sobre la que se tendrá que profundizar en futuras investigación es acerca del factor de comunicación sobre temas sexuales ya que, sólo figura en el modelo predictivo correspondiente a los hombres sin VIH además de que son pocos los estudios que se han interesado por este factor dado a que suelen interesarse particularmente por la negociación.

El objetivo principal de esta investigación se cumplió dado que se identificaron los factores protectores predictores de la consistencia del uso del condón. Además los hallazgos son relevantes para el ámbito de la psicología de la salud y contribuyen como precedente para la planeación de estrategias comportamentales que cómo menciona CENSIDA (2014) son necesarias para combatir este problema de salud pública, las cuales se deben de implementar acompañadas de estrategias biomédicas y estructurales.

De manera general, se concluye que los resultados ponen en manifiesto la importancia de que los programas de intervención en población con y sin VIH se enfoquen en el

entrenamiento de negociación del uso del condón de manera equitativa-colaborativa así como en la generación de estrategias para fomentar y reforzar conductas sexuales de protección, incluyendo agudizar la percepción de riesgo ante el virus . También es necesario que en futuras investigaciones se considere la evaluación del uso correcto del condón ya que, podría aportar datos mas finos para ubicar a los hombres que se encuentran en riesgo de tener algún problema de salud sexual.

REFERENCIAS

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alonso, L. (2011). VIH/SIDA, un problema de salud pública. *Salud Uninorte Barranquilla*. 27(2), 5-6.
- Álvarez, B. (2004). Comparación de la calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con el VIH/Sida y reciben terapia antirretroviral con la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con el VIH/Sida y no reciben terapia antirretroviral de Honduras. *Avances en enfermería*, 12(2), 6-18.
- Angelucci, L. (2013). Hacia un vivir saludable. *Debates IESA*, 23(2), 16-20.
- Angelucci, L., Cañoto, Y. & Hernández, M. (2017). Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 531-546.
- American Psychological Association (APA,). Los psicólogos: Qué hacen y cómo nos ayudan. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan>
- Archuy, D., Castaño, H., Gómez, L. & Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Barrera-Ortíz, L., Pinto-Afanador, N., & Sánchez-Herrera, B. (2006). Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública*, 8(2); 141-152.
- Baruch, R. (2014). *La epidemia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en México: el caso del bareback*. México: Espolea.
- Bastida, L. (2019). PrEP: las siglas de la prevención. Letra ese: La jornada. Recuperado de <http://letraese.jornada.com.mx/2019/12/04/prep-las-siglas-de-la-prevencion-4919.html>
- Bayes, R., Patells, S., & Tuldrá, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 137-143.

- Bermúdez, M., Herencia, A. & Uribe, A. (2009) Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista latinoamericana de Psicología*, 41(3), 587-598.
- Berto, A. (2019). Abordando la prevención de la infección por VIH: “Desde la educación sexual a la PrEP”. *Monográfico*, 7(17), 9-20.
- Biwas, B. & Vaughn, M. (2011). Really troubled girls: Gender differences in risky sexual behavior and its correlates in a sample of juvenile offenders, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 33(11), 2386-2391.
- Boza, R. (2016). Orígenes del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*. 6(4), 48-60.
- Brawner, B., Alexander, K., Fannin, E., Baker, J. & Davis, Z. (2015). The Role of Sexual Health Professionals in Developing a Shared Concept of Risky Sexual Behavior as it Relates to HIV Transmission. *Public Health Nurs*, 33(2), 139-150.
- Bruciaga, W. (2017). *Bareback. Juke-box*. México: Editorial Moho.
- Cáceres, C. (2009). Hombres que Tienen relaciones sexuales con Hombres y la Epidemia del VIH en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/retos-planteados-por-epidemia-vih-america-latina-caribe-2009>
- Camacho, D. y Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe Colombiana. *Hacia promoción de la salud*, 19(1), 54-67.
- Cantú, R., Álvarez, J., Torres, E. & Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.
- Capella, M., González, A. & Valery, J. (2011). La actitud hacia el uso del preservativo en estudiantes latinoamericanos residentes en Madrid: Una aproximación desde la Teoría de la Acción Planificada. *Revista de Sociología y Ciencias Políticas*, 14(1), 46-54.
- Carballo, S. (2017). Conducta sexuales de riesgo y Creencias en salud de jóvenes universitarios. Universidad de la Laguna (Tesis de licenciatura).
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079-1107.

- Castillo, J., Sobrino, P., Lorenzo, J., Moreno, C., Izquierdo, A., Lezaun, M., López, I., Nuñez, D., Perucha, M., R'kaina c. & Zulaika, D. (2006). Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. *Anual Sistema Sanitario*. 29(1). 13-25.
- Charles, V. & Blum, R. (2008). Core competencies and the prevention of high-risk sexual behavior. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 46, 61-74
- Centelles, L. (2008). Percepción de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH SIDA, en estudiantes de la Escuela Internacional de Educación Física y Deportes, *Revista Digital Buenos Aires*, 13(131), 1-4.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Effect of Antiretroviral Therapy of Risk of Sexual Transmission of HIV Infection and Superinfection. Recuperado de <http://pdfs.semanticscholar.org/daf8/cf3d59ad1744eb03be9d43ab6c965470e6f9.pdf>
- Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas e Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (CIENI & INER). (2011). 30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30aniosdelvihsida.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (CENSIDA, 2009). Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA. *Secretaría de Salud*. Recuperado de http://censida.salud.gob.mx/descargas7biblioteca/guia_arv09.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (CENSIDA, 2014). Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida: orientaciones y referencias prácticas para la promoción de la salud y la prevención del VIH y el sida. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-para-la-deteccion-orientacion-y-referencias-del-vih-y-otras-its-en-centros-para-la-atencion-de-adicciones?idiom=es>
- Centro Nacional para la prevención y el control de VIH y el SIDA [CENSIDA]. (2017). Epidemiología/Registro Nacional de casos VIH y SIDA. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN_4to_trim_2017.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (CENSIDA, 2019). Día mundial del SIDA. Recuperado de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513718/BOLETIN_D_A_MUNDIAL_28_NOV_VFIN.pdf

- Chávez, O. (2020). La relación entre síntomas y sistemas médicos en el área de la salud: implicaciones en el comportamiento de los pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2), 659-673.
- Coll, C., Pozo, J., Sarabia, B. & Valls, E. (1994). Los contenidos de la reforma enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. En: B. Sarabia (Eds.), *Las actitudes: conceptualización y su inclusión en los nuevos currículos* (pp. 134-139.). México: Santillana S. A.
- Collins, S. (2012). Risk of HIV Reinfection May Be Similar to Risk of Initial HIV Infection. *CROI*, 13(3), 22-23.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (CONASIDA, 1998). Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA. México.
- Crosby, R., Diclemente, R., Yarber, W.. (2009). Correlates of Correct Condom Use Among High-Risk African American Men Attending an Urban STD Clinic in the South. *International Journal Sexuality Health*, 21(3), 183-191.
- Dávila, M. & Piña, J. (2008). Caracterización, predictores de comportamientos sexuales de riesgo y uso de preservativo en mujeres universitarias, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(12), 279-299.
- De Jesús-Reyes, D. y Menkes, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de población*, 20(79), 73-97.
- Del Castillo, A., Mayorga, L., Guzmán, R., Escorza, F., Gutiérrez, I., Hernández, M. & Juárez, E. (2012). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 13, 28-55.
- Díaz, R. & Alfaro, L. (1999). Conocimientos, actitudes, creencias, conductas, percepción de riesgo, y temor al contagio de VIH en estudiantes de preparatoria. En R. Díaz & K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (69-81). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-Loving, R. & Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 215-228.

- Díaz-Loving, R. & Robles, S. (2011). *Salud y sexualidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Disogra, C. (2013). Modelo de uso de condón en trabajadores sexuales masculinos en Argentina. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Enríquez, D. & Sánchez, R. (2015). Patrón de comportamiento sexual en estudiantes universitarios: diferencias de género en el comportamiento sexual. En García, G & Cruz, O. *Los retos de la Psicología en la sociedad contemporánea* (pp.159-166). México: Colección Montebello, UNICACH.
- Enríquez, D., Sánchez, R. & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
- Enríquez, J., Sánchez, A. y Robles, J. (2011). *Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espín, A. (2009). “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 58-69.
- Fang, G., Weiser, B., Kuiken, C., Philpot, S., Rowland-Jones, S., Kimani, J., Kaul, R., Bwayo, J., Anzala, O. & Burger, H. (2004). Recombination following superinfection by HIV-1. *AIDS*, 18(2), 153-159.
- Farmer, M. & Meston, C. (2006). Predictors of Condom Use Self-Efficacy in an Ethnically Diverse University Sample, *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313-326.
- Fernández-Dávila, P. & Morales-Carmona, A. (2014). “Me olvidé que tenía el VIH”: motivos para tener penetración anal sin condón en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*, 1(2), 7-24.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention, *AIDS Care*, 12(3), 273-278.
- Flores F. & Leyva R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5),23-32.

- Forcada, P., Pacheco, A., Pahua, E., Pérez, P., Todd, N. & Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.
- Franco, Á. (2007). El componente de salud pública en los programas de la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.
- Folch, C., Casabona, J., Muñoz, R., González, V. & Zaragoza, K. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, 24(1), 40-46.
- Folch, C., Marks, G., Esteve, A., Zaragoza, K. & Muñoz, R. (2006). Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 227-242.
- Galindo, M. (2018). Diagnóstico precoz del VIH: un reto importante. Revisión y reflexiones sobre el tema. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*, 6(13), 39-56.
- García, D. (2017). ¿Cómo puede implementarse la PrEP? El papel de los Centros Comunitarios. *Monográfico*, 5(11), 32-37.
- García, J., Rivas, J., Prieto, C. & Zapata, R. (2016). Enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. En: Zapata, R. & Gutiérrez, P. *Salud sexual y reproductiva* (pp. 78-90). Editorial España:Universidad de Almería.
- Gerend, M. & Magloire, Z. (2008). Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *Journal Adolescent Health*, 42, 237-242.
- Gonçalves, S., Castella, J. & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Góngora-Biachi, R. (2000). La infección de VIH y el SIDA en Yucatán: un análisis situacional basado en la investigación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas*, 20, 207-213.
- González, E., Molina, T. & San Martín, J. (2016). Comportamientos sexuales y características personales según orientación sexual en adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 202-210.

- González T. & Rosado A. (2000). Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. *Revista Cubana Enfermería*, 16(1), 40-45.
- González, C. (2006). Percepción de riesgo de los estudiantes universitarios hacia la infección por VIH y el uso de condón como método preventivo para evitar la transmisión. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://132.248.9.195/pd2006/0604831/0604831.pdf>
- González, U. & Reyes, G. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 636-661.
- Granada, E. (2005). Globalización de los riesgos en salud. IV congreso internacional de salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia
- Grossman, C., Hadley, W., Brown, L., Houck, C., Peters, A. & Tolou-Shams, M. (2008). Adolescent Sexual Risk: Factors Predicting Condom Use Across the Stages of Change. *AIDS and Behavior*, 12, 268-276.
- Guerrero, L., Ramos, R., Alcolado, A. & López M. (2008). Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 457-460.
- Hernández, A. & González, J. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *CIENCIA ergo-sum*, 23(2), 112-120.
- Hernández, E. & Grau, J. (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 33-84). Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
- Hernández, Z. & Cruz, A. (2008). Conductas sexuales de riesgo y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18, 227-236.
- Herrick, A., Kuhns, L., Kinsky, S., Johnson, A. & Garofalo, R. (2013). Demographic, psychosocial, and contextual factors associated with sexual risk behaviors among young sexual minority women. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(6), 345-355.
- Hofstadf, C. (2003). *El libro de las habilidades de comunicación*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

- Holroyd, E., Twinn, S., & Shia, A. (2001). Chinese women's experiences and images of the PAP smear examination. *Cancer Nurse*, 24, 68-75.
- Hubach, R., Dodge, B., Goncalves, G., Malebranche, D., Reece, M., Van Der Pol, B., Martínez, O., Schnarrs, P., Nix, R. & Fortenberry, J. (2014). Gender matter: condom use and nonuse among behaviorally bisexual men, *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 707-717.
- Hurtado de Mendoza, M. & Olvera, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 241-251.
- Instituto Nacional de Salud (INS, 2014). Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en Salud Pública VIH-SIDA. República de Colombia. Recuperado de <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2017/10/Protocolo-VIH-INS.pdf>
- Jacques, C., García, P., Díez, E., Martín, S. & Caylá, J. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*. 29(4). 252-257.
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón, *Enseñanza e investigación en psicología*, 15(1), 107-109.
- Jiménez, S., Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(2), 146-162.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. & Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/las. *Psicothema*, 14(2). 255-261.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. & González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica*, 3(1), 27-34.
- Lara, L., Cianelli, R., Ferrer, L., Bernales, M. & Villegas, N. (2009). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horizontal Enfermería*, 19(2), 36-43.
- López-Castillo, C., Calderón, M. & González, M. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Médica Risaralda*, 19(1), 14-20.

- López, N., Vera, L. & Orozco, I. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia médica*, 1(32), 32-40.
- Lowry, R., Dunville, R., Robin, L., & Kann, L. (2017). Early Sexual Debut and Associated Risk Behaviors Among Sexual Minority Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(3), 379-384.
- Lozano, F. & Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(6), 455-465.
- Manlove, J., Ikramullan, E. & Terry-Humen, E. (2008). Condom use and consistency among male adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 43(4), 325-333.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Martínez A, Villaseñor M. & Celis A. (2002) El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica*, 40(1), 35-41.
- Martínez, J. (2006). Qué es y cómo se construye una creencia disfuncional. En: *Amores que duran... y duran... y duran. Claves para superar las creencias destructivas que separan a las parejas* (pp.1-32). México: Editorial Pax.
- Martínez-Torres, J., Parada-Capacho, L. & Castro-Duarte, Z. (2014). Prevalencia de uso de condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses y factores asociados en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años de edad, *Revista Universidad y Salud*, 16(2), 198-206.
- Mazarrasa, L. & Gil, S. (2012). Módulo 12: Salud sexual y reproductiva. En: *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud* (pp. 3-24). Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- Mendoza, A., Flores, H. & Martínez, L. (2013). Factores que intervienen en el uso correcto y sistemático del condón, relacionados con la percepción de riesgo, según estudiantes universitarios Panameños, *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 18(1), 21-25.

- Mendoza-Pérez, J. & Ortiz-Hernández, L. (2009). Factores asociados con el uso inconsistentes de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez, *Revista de Salud Pública*, 11(5), 700-712.
- Moral de la Rubia, J. (2007). Conducta sexual y uso de preservativo en estudiantes universitarios. *Medicina Universitaria*, 9(37), 173-180.
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M., Díaz-Rodríguez, I. & Caballero-Gascón, L. (2017). Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 173-183.
- Moyo, W., Levandowski, B., MacPhail, C., Rees, H. & Pettifor, A. (2008). Consistent Condom Use in South African Youth's Most Recent Sexual Relationships. *AIDS and Behavior*, 12, 431-440.
- Noguera, M. & Pérez, B. (2014). Importancia de la Medicina Conductual en el abordaje psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA. En L., Reynoso y A., Becerra (Eds.). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 43-64). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Norma Oficial Mexicana (NOM 010-SSA2-2010)
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Oblitas, L. (2008a). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 220-254.
- Oblitas, L. (2008b). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicológica*, 16(1), 9-38.
- Olvera, J. & Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 149-158.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). Riesgos para la salud mundial: progresos y desafíos. *Boletín de la Organización Mundial de la salud*, 87, 645-732
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). La infección por el VIH en las parejas en que uno es positivo y el otro negativo. Recuperado de http://www.who.int/features/2012/living_hiv/es/

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2018b). Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Recuperado de <https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019a). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=Las%20ITS%20se%20propagan%20predominantemente,la%20sangre%20y%20los%20hemoderivados.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=Las%20ITS%20se%20propagan%20predominantemente,la%20sangre%20y%20los%20hemoderivados.)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019b). VIH/Sida. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2020a). Autotest del VIH. Recuperado de <https://www.who.int/hiv/topics/self-testing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2020b). Hoja informativa: estadísticas mundiales sobre el VIH. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud & Asociación Mundial de Sexología (OMS, OPS & WAS, 2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672>
- Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. (OMS, 2015). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2002). Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Recuperado de https://www.who.int/hiv/facts/en/epiupdate_sp.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (OPS & OMS, 2019). Profilaxis Post Exposición para el VIH en personas adultas. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=5693&Itemid=40736&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y Programa Nacional de Control de VIH/ITS (OPS,

- OMS & PRONASIDA, 2011). Recomendaciones básicas: profilaxis post-exposición ocupacional al VIH, Virus de la hepatitis B y C y normas de bioseguridad. Recuperado de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=264-profilaxis-post-exposicion-ocupacional-y-no-ocupacional-al-vih-virus-de-la-hepatitis-b-y-c-y-normas-de-bioseguridad&Itemid=253
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). *La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones*. Washington, DC: Pan American Health Organization
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2019). Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51788>
- Orozco-Gómez, A., Eustache-Rodríguez, V., & Grosso-Torres, L. (2012). Programa de intervención cognoscitivo conductual en la calidad de sueño de cuidadores familiares. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 75-85.
- Ospina, J. & Manrique-Abril, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances en Enfermería*, 25(2), 101-111.
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1). 227-232.
- Padilla, G. & Díaz-Loving, R. (2011). Funcionamiento familiar, Locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322.
- Paniagua, R. (2013). ¿Qué es un problema de salud pública? Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/c6b7b04c-7d19-44a4-b579-9a6207bd661b/%C2%BFQu%C3%A9+es+un+problema+de+salud+p%C3%BAblica.pdf?MOD=AJPERES>
- Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W. & González-Martínez, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23(2), 53-60.

- Pérez, C. (2004). *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos: Aplicaciones del SPSS*. Madrid: Pearson Education.
- Pérez, C. & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Piña, J., Robles, S. & Rivera, B. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), 295-303.
- Pons-Salvador, G., Miralles, D. & Guillen-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención del uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26(2), 310-317.
- Prieto, F., Casaña, S., Ibarguchi, L. & Pérez, S. (2007). Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIH-SIDA: líneas de actuación. Consejo General de la Psicología de España. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 1998). El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/msmpv_es_0.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (ONUSIDA, 2001). El SIDA: cuidados paliativos. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc453-pallicare-tu_es_0.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (ONUSIDA, 2011). Reunión de Alto Nivel sobre VIH/SIDA. Recuperado de www.unaids.org/en/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2014). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90-90-90>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2019a). Hoja informativa-Día mundial del SIDA 2019. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2019b). Monitoreo Global del SIDA 2020: Indicadores para el seguimiento de la Declaración

- Política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA de 2016. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2019/Global-AIDS-Monitoring>
- Randolph, M., Pinkerton, S., Bogart, L., Cecil, H. & Abramson, P. (2007). Sexual pleasure and condom use. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 844-848.
- Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. (2020). ¿Qué es Salud Pública? Recuperado de <http://sp.rcm.upr.edu/que-es-salud-publica/>
- Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf
- Redd, D., Mullis, E., Serwadda, D., Kong, X., Martens, C., Ricklefs, M., Tobian, A., Xiao, C., Grabowski, M., Nalugoda, F., Kigozi, G., Laeyendecker, O., Kagaayi, J., Sewankambo, N., Gray, R., Porcella, S., Wawer, M., Quinn, T. (2012). The rates of HIV superinfection and primary HIV incidence in a general population in Rakai, Uganda. *The Journal of Infectious Diseases*, 206(15), 267-275.
- Restrepo, K., Toro, A. & Cardona, J. (2015). Prácticas sexuales y uso del preservativo en adolescentes escolarizados de Medellín, 2014. *Biomedicina*, 1(2), 1-13.
- Reyes, A. (2016). Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71.
- Ribes, E. (2008). Psicología y salud. México: Trillas.
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2008). Determinantes del uso de condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón & I. Reyes-Lagunes (Eds.) *La Psicología Social en México* (pp.299-305). México: Asociación Mexicana de Psicología Social. México: AMEPSO, UJAT, UNAM
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2006). Estilos de negociación vinculados con el uso de condón. En R. Sánchez-Aragón, R. Díaz-Loving y S. Rivera-Aragón (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 882-889) 11(2). México: AMEPSO, UJAT, UNAM.
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la encuesta estudiantil sobre Salud Sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.

- Robles, S. & Moreno, D. (2008). Análisis discriminante de predictores del comportamiento de posponer una relación sexual en mujeres. En Piña, J. & Sánchez-Sosa, J. (Coordinadores). *Aportes de la psicología al problema de la infección por VIH. Investigación e intervención* (pp. 19-31). México: Universidad de Sonora.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. & Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*, 22(1), 60-71.
- Robles, S., Piña, J. & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistentes del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal, *Anales de psicología*, 22(2), 200-204.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B. & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Rodríguez, A. & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes, *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9.
- Rodríguez, V. (2019). Trabajo interdisciplinario entre psicólogos y médicos en las enfermedades crónicas: el ejemplo del VIH. *Jóvenes Académicos y los retos en la investigación*. Grupo de Investigación de Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=PVP9Kb8CY68&t=65s>
- Rosales, C. (2019). ¿De qué temas sexuales hablan y cómo negocian el uso del condón hombres que tienen sexo con hombres? *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 1(1), 6-10.
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Saeteros, R., Pérez, J. & Sanabria, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Humanidades Médicas*, 15(3), 421-439.
- Salguero M., Soriano M. y Ayala C. (2016) Estereotipos de género: sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de clase media. *Investigaciones Feministas*, 7(1), 335-352.
- Sanabria-Ferrand, P., González, L & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables de la salud de colombianos. Estudios exploratorio. *Revista de Medicina*, 15(2), 207-217.

- Sánchez, R. & Enríquez, D. (2017). Factores asociados a la consistencia en el uso del condón en adolescentes en conflicto con la ley. *Psicología Iberoamericana*, 25(1), 78-86.
- Sánchez, R., Enríquez, D. & Rosales, C. (2018). Intervención para promover habilidades de negociación del uso del condón en hombres privados de la libertad. En M Molero, M Pérez-Fuentes, M Simón, A Barragán, A Martos & M Sisto (Eds.) *Intervención en Contextos Clínicos y de la Salud*, 2. México: ASUNIVEP.
- Sánchez, R., Enríquez, D., Rosales, C., Estrada, M. & Lozano, M. (2018). Negociación y uso del condón en hombres privados de la libertad. En R Díaz-Loving, L Reyes-Lagunes & F López. (Eds.) *La Psicología Social en México*. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Sánchez, R., Enríquez, D., Rosales, C. & Gómez, M. (2019). Creencias hacia el uso del condón en hombres Gay. *Aportaciones Actuales de la Psicología Social, AMEPSO*. 290-296
- Sánchez, R., Enríquez, D., Rosales, C., Rodríguez, V. & Velasco, D. (2019). Comunicación sexual y negociación del uso del condón en hombres con y sin VIH. Memorias del Congreso XXVII Mexicano de Psicología. 744-746.
- Sánchez-Medina, R. & Rosales-Piña, R. (2017). Modelo ecológico aplicado al campo de la salud sexual. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 3(2), 120-131.
- Sanjaume, S., Fernández, M., Vicens, L., Puigvert, N., Mascort., C. & García. J. (2009). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*, 42(3), 143-148.
- Secretaría de Salud. (SS, 2019). 203: Aprueban nueva guía de manejo antirretroviral en adultos que viven con VIH-Sida. Comunicado. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/203-aprueban-nueva-guia-de-manejo-antirretroviral-en-adultos-que-viven-con-vih-sida>
- Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA & Dirección General de Epidemiología. (SS, CENSIDA & DGE, 2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA: Actualización al cierre de 2019. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN_4o_Trim_2019.pdf

- Secretaría de Salud México (19 de abril, 2020). Conferencia de prensa Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Q8v2f52RQ2c>
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de la Psicología*, 18(1), 45-59.
- Uribe, A. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 206-229.
- Uribe, A., Amador, F., Zacarías, S. & Villarreal, C. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494
- Uribe, A, Castellanos, J. & Cabán, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 27-48.
- Uribe, A., Orcasita, L & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 11-24.
- Uribe, J., Aguilar, J., Zacarías, X. & Aguilar, A. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904-1915.
- Uribe, J., Andrade, P. & Zacarias, S. (2010). Risk sexual behavior predictors in highschool students., *International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 111-125.
- Valdez, E., Román, R., Cubillas, M. & Domínguez, S. (2018). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 25(3), 37-44.
- Valencia, P. & Canaval, E. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia, *Revista Salud Pública*, 14(5), 810-821.
- Van Kesteren, N. Hospers, H., Kok. G, (2007). Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 65(1): 5-20.

- Vargas, M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- Vargas, E., & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134.
- Vázquez, M., Wald, G. & Frieder, K. (2005). *Prevención del VIH/SIDA en Población Migrante: guía para promotores comunitarios*. Buenos Aires: Fundación Huésped.
- Vera-Gamboa, L., Sánchez-Magallón, Góngora-Biachi, R. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*, 17, 157-168.
- Vinaccia, S., Quinceno, J., Gaviria, A., Soto, A., Gil, M. & Ballester, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*, 25(1), 39-50.
- Waller, J., McCaffery, K., Nazroo, J. & Wardle, J. (2005). The impact of HPV information on perceived risk of cervical cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 18, 373-6.
- Yábar, V., Salvatierra, F. & Quijano, G. (2007). Variabilidad del gen de la envoltura del VIH-1 en tres grupos de humanos con diferentes conductas sexuales de riesgo para adquirir ITS-VIH. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3), 202-210.
- Zhou, Q., Wu, Y., Hong, Y., Yang, C., Cai, W., Zhu, Y., Guo, Z. & Guo, Y. (2017). Association between perceived social norm and condom use among people living with HIV/AIDS in Guangzhou, China, *AIDS Care*, 29(1), 91-97.

APÉNDICE

CREENCIAS HACIA EL USO DEL CONDÓN

A continuación, se presentan afirmaciones que se refieren a tus creencias sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales. Marca con una "X" que tan de acuerdo o desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas e incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

Totalmente en desacuerdo TD (1)	En desacuerdo D (2)	Indeciso I (3)	De acuerdo A (4)	Totalmente de acuerdo TA (5)
------------------------------------	------------------------	-------------------	---------------------	---------------------------------

	TD	D	I	A	TA
1. Me protege de ITS	1	2	3	4	5
2. Me protege del VIH	1	2	3	4	5
3. Soy responsable cuando lo uso	1	2	3	4	5
4. Es una obligación usarlo en las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
5. Por amor a la pareja hay que usarlo	1	2	3	4	5
6. Por respeto a la pareja hay que usarlo	1	2	3	4	5
7. Reduce el riesgo de infección	1	2	3	4	5
8. Me siento seguro al usarlo	1	2	3	4	5
9. Me siento satisfecho al usarlo	1	2	3	4	5
10. Me da tranquilidad usarlo	1	2	3	4	5
11. Es necesario su uso en las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
12. Me da confianza usarlo con mi pareja	1	2	3	4	5

ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDÓN

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu valoración del uso del condón en las relaciones sexuales. Marca con una “X” que tan de acuerdo o desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas e incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

Totalmente en desacuerdo TD (1)	En desacuerdo D (2)	Indeciso I (3)	De acuerdo A (4)	Totalmente de acuerdo TA (5)
------------------------------------	------------------------	-------------------	---------------------	---------------------------------

	TD	D	I	A	TA
1. Seguro	1	2	3	4	5
2. Confiable	1	2	3	4	5
3. Necesario	1	2	3	4	5
4. Importante	1	2	3	4	5
5. Saludable	1	2	3	4	5
6. Higiénico	1	2	3	4	5
7. Placentero	1	2	3	4	5

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES CON LA PAREJA

Señala con una “X” la frecuencia con la que platicas con tu pareja actual (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales.

Las opciones de respuesta van de nunca a siempre, y son:

Nunca N (1)	Casi nunca CN (2)	Algunas veces AV (3)	Casi siempre CS (4)	Siempre S (5)
----------------	----------------------	-------------------------	------------------------	------------------

	N	CN	AV	CS	S
1. Amor en la relación de pareja	1	2	3	4	5
2. Tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
3. Educación sexual	1	2	3	4	5
4. Cuidado de los genitales	1	2	3	4	5
5. Cuidados al tener sexo	1	2	3	4	5
6. Intimidad en la pareja	1	2	3	4	5
7. Infecciones de transmisión sexual	1	2	3	4	5
8. Métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
9. Placer sexual	1	2	3	4	5
10. Prevención al tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
11. Sexo	1	2	3	4	5
12. Responsabilidad al tener sexo	1	2	3	4	5
13. Orientación sexual	1	2	3	4	5

NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones. Marca con una “X” lo que haces cuando se trata de negociar el uso del condón con tu pareja.

Las opciones de respuesta van de nunca a siempre, y son:

Nunca N (1)	Casi nunca CN (2)	Algunas veces AV (3)	Casi siempre CS (4)	Siempre S (5)
----------------	----------------------	-------------------------	------------------------	------------------

	N	CN	AV	CS	S
1. Me siento cómodo al pedir a mi pareja el uso del condón	1	2	3	4	5
2. Le digo a mi pareja que usemos condón cuando tenemos sexo	1	2	3	4	5
3. Evito hablar del uso del condón con mi pareja	1	2	3	4	5
4. Prefiero que a mi pareja decida cuando usamos condón en nuestras relaciones sexuales	1	2	3	4	5
5. Le digo a mi pareja la importancia de usar condón para nuestra salud	1	2	3	4	5
6. Escucho los argumentos de mi pareja para usar condón	1	2	3	4	5
7. Acepto tener relaciones sexuales aunque mi pareja no quiera usar condón	1	2	3	4	5
8. Acepto tener relaciones sexuales aunque no tengamos condones	1	2	3	4	5
9. Negociar el uso del condón es imposible	1	2	3	4	5
10. Si nos amamos no es necesario usar condón	1	2	3	4	5
11. Si confío en mi pareja, evito hablar del uso del condón	1	2	3	4	5
12. Evito solicitar el uso del condón pues podrían pensar que tengo una ITS	1	2	3	4	5
13. Cuando mi pareja me pide hablar sobre el uso del condón, cambio de tema.	1	2	3	4	5
14. Mi pareja es la responsable de traer condones cuando vamos a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5

15. Peleo con mi pareja cada vez que hablamos del uso del condón	1	2	3	4	5
16. Bajo los efectos de alcohol y/o drogas me es difícil negociar el uso del condón	1	2	3	4	5
17. Prefiero no usar condón antes de tener problemas con mi pareja.	1	2	3	4	5

PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL VIH

A continuación, se presentan afirmaciones que se refieren a tu percepción de riesgo ante el VIH. Marca con una “X” que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

Totalmente en desacuerdo TD (1)	En desacuerdo D (2)	Indeciso (3)	De acuerdo A (3)	Totalmente de acuerdo TA (4)
---------------------------------------	---------------------------	-----------------	------------------------	------------------------------------

	TD	D	I	A	TA
1. Los contactos sexuales sin condón deben evitarse si algún miembro de la pareja es portador del VIH	1	2	3	4	5
2. Es posible practicar sexo sin protección sin preocuparse por las consecuencias	1	2	3	4	5
3. Usar de manera consistente y correcta el condón previene que contraiga VIH	1	2	3	4	5
4. En un encuentro sexual con una pareja informal se pueden tener relaciones sin usar condón dado que no hay ningún peligro	1	2	3	4	5
5. Es seguro tener relaciones sin protección con una persona que tiene VIH si debido al tratamiento se encuentra indetectable el virus	1	2	3	4	5
6. El coito interrumpido se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH	1	2	3	4	5
7. Tener sexo anal sin protección se puede considerar una práctica de sexo seguro ante la transmisión del VIH	1	2	3	4	5
8. Pospongo un encuentro sexual con mi pareja formal cuando no cuento con condones para prevenir cualquier peligro	1	2	3	4	5
9. En caso de que una persona se haya infectado de VIH puede tener sexo sin protección sin preocuparse por este virus	1	2	3	4	5
10. Si el resultado de la prueba de VIH de uno de los miembros de la pareja resulta negativo se pueden tener relaciones sexuales sin protección	1	2	3	4	5

11. Llevo siempre conmigo condones por cualquier situación que pueda presentarse	1	2	3	4	5
12. Si mi pareja y yo tomamos antiretrovirales podemos tener relaciones sexuales sin protección	1	2	3	4	5
13. Si el resultado en la prueba de VIH fuera negativo es seguro tener relaciones sexuales sin condón	1	2	3	4	5
14. Me siento tranquilo al iniciar una relación sexual sin condón	1	2	3	4	5
15. Usar condón en todas las relaciones sexuales es el único medio seguro para no contagiarse de VIH	1	2	3	4	5
16. Aceptar un encuentro sexual sin protección tras consumir alguna droga es una práctica de sexo seguro	1	2	3	4	5

PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre diferentes aspectos de tu vida sexual; por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)?

- (1)Si** **(2)No (fin de cuestionario)**

PS2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

A los _____ años

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:

- (1)Novio(a)** **(4)Una persona desconocida**
(2)Amigo(a) **(5)Trabajador/a sexual**
(3)Familiar **(6)Otra. ¿Cuál? _____**

PS4. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?

- (1)Si** **(2)No**

PS5. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?

- (1)Un hotel** **(4)En mi casa**
(2)En casa de mi novio(a) **(5)En casa de un amigo(a)**
(3)En un auto **(6)En un antro/bar/disco**
(7)Otra. ¿Cuál? _____

PS6. En tu primer relación sexual ¿utilizaste condón?

- (1)Si** **(2)No**

PS7. Tu primera relación sexual ¿fue consensuada?

- (1)Si** **(2)No**

PS8. Marca los métodos que utilizaste en tu primera relación sexual (puedes marcar más de una opción):

- (1)Ninguno** **(2)Condón masculino**
(3)Condón femenino **(4)Pastillas anticonceptivas**

(5)Pastilla del día siguiente/emergencia

(6)Otros. ¿Cuál? _____

PS9. Las relaciones sexuales que has tenido han sido (puedes marcar más de una opción):

(1)Vaginales

(2)Anales

(3)Orales

PS10. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido: 0, 1, 3, 5...):

_____ **personas**

PS11. Has tenido relaciones sexuales con alguien de tu mismo sexo.

(1)Si

(2)No

PS14. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?

(1)Si

(2)No

PS15. ¿Te han forzado a tener relaciones sexuales?

(1)Si

(2)No

PS16. En los últimos 6 meses ¿Cuántas veces tuviste las siguientes **prácticas sexuales**?

1=Nunca	2=Poco frecuente	3=Algo frecuente	4=Frecuentemente	5=Muy frecuentemente					
PS16.1	Vaginales				1	2	3	4	5
PS16.2	Anales				1	2	3	4	5
PS16.3	Orales				1	2	3	4	5

PS17. De las prácticas que señalaste en la pregunta anterior que si has tenido, señala ¿con qué **frecuencia usaste condón** en los últimos 6 meses?

1=Nunca	2=Poco frecuente	3=Algo frecuente	4=Frecuentemente	5=Muy frecuentemente					
PS17.1	Vaginales				1	2	3	4	5
PS17.2	Anales				1	2	3	4	5
PS17.3	Orales				1	2	3	4	5

CONSISTENCIA DEL USO DEL CONDÓN

1. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los tres meses previos? (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido: 0, 1, 3, 5...): _____ **veces**
2. ¿Cuántas veces usaste condón en los tres meses previos? (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido: 0, 1, 3, 5...): _____ **veces**