



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a
Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

MASCULINIDADES GAY Y USO DEL CONDÓN

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

José Luis Mendoza López

Director: Mtro. Mario Fausto Gómez Lamont
Vocal: Dr. Ricardo Sánchez Medina



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 14 Junio 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

El éxito que he logrado es en buena medida, gracias al apoyo de muchas personas que me han impulsado, motivado y ayudado a no desistir, en las siguientes líneas quiero agradecer especialmente a tres de ellas:

- ✓ Marky, mi novio y compañero de vida, quien desde el primer día de la carrera estuvo presente, motivándome con su ejemplo a buscar nuevos aprendizajes y diferentes perspectivas para entender la vida, entre ellas la teología de la liberación, la filosofía, la teoría crítica, el feminismo y la experiencia como sustrato de conocimiento. Gracias por respaldarme y nunca dejarme sólo.
- ✓ Bony, que me espero pacientemente cada vez que me sentaba a escribir.
- ✓ Gloria[†], mi madre, le agradezco porque siempre me apoyo en cada decisión, aunque muchas veces no comprendía lo que implicó para mí aceptar mi orientación sexual, nunca me juzgó, ni humilló... todo lo contrario, cada día y hasta su muerte me demostró su amor maternal.

“Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM PAPIIT: IN309719. Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida”

RESUMEN. El objetivo de la investigación fue identificar la relación entre las masculinidades gay como ideología de género y el uso del condón en hombres que tienen sexo con otros hombres. Participaron 113 hombres de entre 17 a 53 años sexualmente activos, los cuales fueron divididos en grupos empleando como criterio la autoidentificación respecto a su orientación sexual: homosexual, bisexual y heterosexual. Se realizó un análisis a partir de las medias obtenidas y las medias teóricas para cada instrumento utilizado, su correlación con la consistencia del uso del condón durante las relaciones sexuales por los últimos tres meses y una comparación por ítem de lo que significa “ser hombre” para cada grupo. Los resultados se discuten en términos de la masculinidad hegemónica desde una perspectiva de género como un factor de riesgo para el no uso del condón.

PALABRAS CLAVE: VIH, masculinidad, condones, minorías sexuales y de género

ABSTRACT. The objective of the research was to identify the relationship between masculinities as a gender ideology and condom use in men who have sex with other men. 113 sexually active men between 17 and 53 years of age participated, who were divided into groups using self-identification regarding their sexual orientation as a criterion: homosexual, bisexual and heterosexual. An analysis was carried out from the means obtained and the theoretical means for each instrument used, their correlation with the consistency of condom use during sexual intercourse for the last three months and a comparison by item of what it means to be a man. for each group. The results are discussed in terms of the hegemonic masculinity from a gender perspective as a risk factor for not using condoms.

KEY WORDS: HIV, masculinity, condoms, sexual and gender minorities

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
El género: una estructura de la práctica social.....	6
Masculinidades gay	8
Masculinidad hegemónica	9
Masculinidades y prácticas de riesgo	10
Modelo de Información-Motivación-Habilidades (IMB).....	14
JUSTIFICACIÓN	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
OBJETIVOS.....	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
MÉTODO	18
Participantes	18
Escenario	20
Tipo de estudio	20
Variables e instrumentos.....	20
Procedimiento	24
Consideraciones éticas	25
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN / CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS.....	37
APÉNDICE	43

INTRODUCCIÓN

“Uno no nace hombre, uno se hace hombre”
(Paráfrasis de Simone de Beauvoir)

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud para el Tratamiento Antirretroviral en el paciente adulto con VIH (2011), la infección por VIH es una enfermedad compleja que trasciende aspectos biológicos, involucrando dimensiones sociales y económicas de las personas, las cuales pueden tener una repercusión en su evolución pues interfieren en aspectos de la selección de tratamiento y respuesta (Secretaría de Salud, 2011).

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) reportó 187,873 casos notificados vivos con diagnóstico de VIH hasta el año 2020, teniendo 7,459 casos nuevos diagnosticados en ese mismo año. De acuerdo con el mismo organismo, la proporción de hombres que son diagnosticados es mayor (85.3%) con relación a las mujeres y los estados con mayor tasa de casos nuevos diagnosticados son Quintana Roo, Colima, Yucatán, Veracruz y Morelos.

Además de la prevención mediante el uso del preservativo, las personas con detección y diagnóstico deben tener tratamiento con fármacos antirretrovirales (ARV) los cuales se emplean por su acción específica contra el retrovirus VIH; dichos fármacos se utilizan de forma combinada con otros de alta potencia antiviral con una eficacia comprobada mediante ensayos clínicos controlados (Secretaría de Salud, 2011).

Zeglin (2015) señala que en la transmisión del VIH influyen dos factores simultáneamente: 1) factores sociales / estructurales, y 2) factores individuales. Los factores sociales relacionados con la transmisión del VIH incluyen la pobreza, la política, la educación, las normas sociales, la falta de vivienda, el estigma y el capital social. Como factores individuales señala: el número de parejas sexuales, la actitud hacia los preservativos, el uso de drogas, la rol/posición sexual, la toma de decisión de uso de preservativos, la actitud hacia las pruebas de VIH y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral.

En su revisión de la literatura, encontró que la masculinidad es un factor de riesgo de transmisión de VIH entre hombres homosexuales a nivel social que ha sido investigado en la literatura epidemiológica del VIH/SIDA.

MARCO TEÓRICO

Guerra y Mérida (2019) reconocen que no existe un modelo único de masculinidad, por el contrario, existe toda una escala valorativa de gestos, decisiones y comportamientos sociales que fragmentan la identidad homosexual en “el joto, el puto, el maricón, el gay y ahora el flexible y el cuir” (p. 1). O como señala Connell (2003) “existen hombres negros gays, obreros afeminados, violadores de clase media y burgueses travestis” (p. 116). Por tanto, hablar de *masculinidades gay* reviste una complejidad y una ambigüedad de muy amplio espectro, pues más que un comportamiento, una norma o ciertos rasgos físicos, es necesario centrarse en los procesos y las relaciones que existen entre los hombres y los efectos que tienen en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura.

El género: una estructura de la práctica social

Gracias al trabajo realizado por Butler (1997) resulta evidente que el género es una estructura internamente compleja, en la que se superponen diferentes lógicas. La filósofa lanza la siguiente serie de preguntas: “¿existe un género que se supone las personas tienen?, ¿qué género eres tú?, ¿cuál es el procedimiento o el mecanismo de este constructo?, si el género se construye, ¿podría ser construido de forma diferente o transformarse?, ¿cómo y dónde se construye el género?” (p. 8).

Alberdi (1999) explica que el concepto *género* alude a las cualidades y comportamientos de hombres y mujeres adquiridos a través de las diferencias culturales y psicológicas entre ambos. Lamas (2000) argumenta que estas cualidades y comportamientos son determinados

simbólicamente por lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano en relación con las diferencias anatómicas de la mujer y el hombre, que les atribuyen características “femeninas” o “masculinas” a cada sexo.

En esta línea de pensamiento, Connell (2003) enmarca al género como una “práctica social que se refiere constantemente a los cuerpos y a lo que éstos hacen, pero no es una práctica social que se reduzca únicamente al cuerpo” (p. 109). Para ella, la práctica social no es fija, por lo contrario, es cambiante, innovadora y creativa, responde a momentos históricos y situaciones particulares que se originan dentro de una estructura definida: las relaciones sociales, “relaciones mujer-varón, mujer-mujer o varón-varón” (Barbieri, 1992, p. 150). Estas relaciones de género, relaciones entre personas y relaciones de grupos organizados por la diferencia de genitales, forman una de las estructuras principales de las sociedades: la estructura de género.

A fin de reflexionar en esta estructura, Connell (2003) propone un modelo que actúe, por lo menos, en tres dimensiones, distinguiendo las relaciones sociales de 1) poder, 2) producción, y 3) vínculos emocionales.

- 1) *Relaciones de poder*: el principal eje de poder en los sistemas de género es la dominación de quien se muestra más masculino, dominación que subordina a las mujeres o a otros hombres con características feminizadas.
- 2) *Relaciones de producción*: la división del trabajo y la acumulación de riquezas comúnmente se establecen a partir del género, es parte de la construcción de la masculinidad el hecho de que sean hombres los que controlen las corporaciones más importantes y las grandes fortunas privadas.
- 3) *Relaciones afectivas*: la posición de dominación sexual de los hombres impide que al hablar de relaciones de pareja se cuestione si son consensuales o coercitivas, o si el placer se da y se recibe equitativamente.

Este modelo de relaciones, muestran que el género es una forma de estructurar la práctica social en general y que se intersecta con otras estructuras sociales, por ejemplo, el género interactúa con la raza, la clase social, el nivel educativo, el color de piel, el deseo sexual, entre otras.

Dicha estructura tiene una relación directa en cómo se construyen las masculinidades, “pues no es lo mismo comportarse como ‘maricón’ (en una actuación social) que ser muy ‘puto’ (por la variedad y número de parejas sexuales), que comportarse como ‘joto’ (por la cualidad desplegada en el lenguaje corporal, gestual y verbal)” (Guerra y Mérida, 2019, pp. 5)

Masculinidades gay

Reconocer las relaciones que se establecen entre el género, el sexo, la orientación sexual, la clase y el tono de piel (Vargas, 2014) ayuda a comprender que no hay una sola *masculinidad*, no todos los hombres tienen los mismos sentimientos, creencias (Zeglin, 2015), atributos, valores y conductas que se suponen esenciales al varón de una cultura determinada (Salinas, 2018). Connell (2003) advierte que hablar de masculinidades no es hablar de una tipología de personalidades con comportamientos o características específicas, más bien se trata de relaciones de género que, aunque se establecen en un contexto social, se promulgan individualmente y se van definiendo según el momento histórico e incluso según las modas.

Por ejemplo, Cañedo (2019) aborda la construcción de las categorías ‘gay’ y ‘joto’ como diferentes masculinidades asociadas a la homosexualidad en una realidad social y cultural mexicana, señala que la forma en que el gay y el joto se relacionan con la sociedad es muy distinta, explica que, en el imaginario social, el *gay* suele asociarse al dinero, la juventud, el blanqueamiento de clase y el estatus social, lo que se traduce en mayor posibilidad de agencia social y política, reconocimiento público y posibilidad de obtener mayores ingresos económicos y mejores puestos de trabajo, dicha categoría sirve como un ideal aspiracional y

otorga una sensación de pertenecer a una clase social alta. Por su parte, el *joto* se asocia imaginariamente con la clase media baja, la pobreza, lo cursi, la obviedad, la feminidad, el melodrama, y que se representa en profesiones estereotípicas como el salón de belleza, la cocina o las manualidades, se relaciona con una identidad muy cercana a los valores que el pensamiento heterosexual asocia a lo femenino.

En el ensayo *Saliendo del clóset en México: ¿queer, gay o maricón?*, Vargas (2014) expresa que los términos *gay*, *maricón*, *marica*, *joto* o *puto* son utilizados para referirse a hombres con preferencias sexuales homosexuales, pero no se usan para referirse a todos los homosexuales, pues son términos con historias y geografías particulares. Aunque son masculinidades distintas, todas las categorías ejercen violencia desde sus ideales normativos, De acuerdo con Salinas (2018), estas masculinidades surgen de un llamado a la normalización de la sexualidad homosexual, pero sin la intención de dejar de ser sexistas, misóginos y homófobos, recreando sin darse cuenta, una masculinidad hegemónica donde el sujeto homosexual debe cubrir una serie de requisitos que escapan de la noción de sexualidad para ser normalizado en la sociedad.

Masculinidad hegemónica

Salinas (2018) describe la masculinidad como “el conjunto de atributos, valores y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada”, reconoce que existe un modelo hegemónico de masculinidad visto como un simbolismo cultural “donde se presenta al varón como esencialmente dominante, que sirve para discriminar y subordinar a otros hombres que no se adaptan a este modelo” (pág. 25), es decir, la masculinidad hegemónica se manifiesta en prácticas que logran ocultar y mantener el uso de la fuerza, legitimando el ejercicio del poder y la agresión en otras masculinidades.

Zeglin (2015) añade que la masculinidad hegemónica “incluye rasgos como ambición, exposición al riesgo, fuerza, éxito, heterosexualidad, aventuras sexuales, liderazgo y rasgos físicos atléticos” (pp. 2). Puesto que pocos hombres logran alcanzar esta forma idealizada de

masculinidad, la intentan compensar adoptando “atributos masculinos” amplificados que incluyen promiscuidad sexual, práctica del culturismo, dominio físico, antifeminidad, negar la debilidad y el dolor, y la reducción de comportamientos del cuidado de la salud.

Connell (2003) va más allá, explicando que “sin importar cuál sea el momento, la cultura siempre preferirá alguna forma de masculinidad” (pp. 117), por lo que la masculinidad hegemónica adopta la respuesta aceptada en un momento en específico, y, que Garosi (2014) reconoce, garantiza la posición dominante y de poder de quienes la portan. Es una hegemonía parcial que, en tanto histórica y culturalmente definida, constantemente está cambiando, permitiendo que cualquier hombre o grupo de hombres, sin importar su orientación sexual en algún momento o al mismo tiempo la ejerzan. Fields et al (2015) nos recuerdan que adoptar “atributos masculinos” amplificados se ha convertido en la cultura de género preferida entre hombres homosexuales en respuesta a la subordinación de una cultura masculina heterosexual dominante.

Este tipo de masculinidad idealizada y siempre inalcanzable puede tener consecuencias reales para la salud de los hombres, Courtenay (2000) asevera: “para llevar a cabo cualquier comportamiento positivo de salud, un hombre necesita rechazar múltiples construcciones de masculinidad” (pp. 1389).

Masculinidades y prácticas de riesgo

Fields et al (2012) descubrieron que navegar por las normas de la masculinidad hegemónica culturalmente aceptada puede influir en el comportamiento de riesgo de VIH. Zeglin (2015) en su revisión de la literatura identificó siete factores que representan la promulgación de esas normas masculinas y que a nivel comunitario potencian la propagación del VIH, estos factores se enlistan a continuación:

1. Número de parejas sexuales.

A medida que los jóvenes homosexuales renuncian a su infancia para alcanzar un estatus masculino, según Halkitis (2001) muchos ingresan a la comunidad gay donde la misma comunidad asume el papel de padre y premia las concepciones de masculinidad basadas en normas que implican un énfasis en el físico y en frecuentes aventuras sexuales, el autor señala que la necesidad de sexo frecuente, aventurero y anónimo va aumentando en hombres seropositivo. Esto concuerda con la investigación realizada por Sánchez, Enríquez, Rosales y Gómez (2016) en CDMX, donde reportaron en una muestra de 80 hombres homosexuales de entre 18 y 57 años, un promedio de 15 parejas sexuales para los más jóvenes y 70 parejas sexuales para los de mayor edad.

2. Actitud hacia los preservativos

El llamado sexo a pelo (*bareback*) es otro comportamiento de riesgo de VIH, de acuerdo con Baruch (2014) es una práctica que se centra en sostener relaciones sexuales consensuadas sin condón con el desconocimiento de si alguno está infectado o no con VIH. En una revisión detallada de la literatura, Berg (2009) demostró que el *bareback* ha sido examinado desde la sociología, la psicología, la teoría queer, el psicoanálisis, la teoría de género, el derecho y la salud pública, en el análisis señala que este comportamiento se fomenta como una expresión de la masculinidad, destacando que no solo la define, sino la celebra como una manifestación de hombría y sexualidad masculina elevada. En el ensayo *Deconstruir la masculinidad para prevenir el VIH en jóvenes de la Ciudad de México*, Rivera (2014) desde una mirada sociológica expone que muchas personas con VIH de las grandes ciudades consideran innecesario utilizar condón con otras personas seropositivas, entre otras cosas, porque perciben el SIDA como una enfermedad ‘controlable’, como la diabetes que bien tratada deja de ser mortal. Aunque la mayoría de los hombres que tienen sexo con otros hombres no practican el sexo a pelo, creencias como “*el contagio puede ocurrir aunque se use*”, la pérdida de placer, dificultades para su uso (Abril, Román, Cubilas y Domínguez, 2018) alergia, incomodidad, costo (Sánchez, Enríquez, Rosales y Gómez, 2016) y estereotipos de género, hacen que disminuya su uso sin importar si es con una pareja estable u ocasional.

3. *Uso de drogas*

El uso de drogas asociado a las prácticas de riesgo se ha estudiado con regularidad, por ejemplo, Ortiz y García (2005) señalan que el consumo de drogas como marihuana, poppers, cocaína, heroína y éxtasis antes o durante las relaciones sexuales favorece el sexo insertivo o receptivo sin condón y tragar semen de otros hombres. Los autores manifiestan que el uso de drogas permite a algunos hombres homosexuales desinhibirse (y a otros, aceptar su atracción sexual hacia otros hombres) y denotar valentía y virilidad, actitudes características del estereotipo de la masculinidad. Por otra parte, Halkitis et al (2008) muestran que el uso de metanfetamina crea una sensación de euforia extrema y extendida que permite intensificar la experiencia sexual, propiciando a su vez la exposición al riesgo y el uso inconsistente del condón. La Encuesta Sobre uso de Drogas en Población LGBT de 2015 en México, señala que de los 1,533 hombres gay y bisexuales encuestados el 74% ha utilizado cannabis, 46% ha ingerido poppers, 25% ha usado cocaína y 24% tachas/MDMA. Asimismo, 28% reconoció haber consumido estas drogas cada dos o tres meses, o al menos una vez al año.

4. *Rol sexual*

A menudo se hacen distinciones con respecto a las preferencias del rol sexual en hombres homosexuales, autoidentificándose en tres etiquetas: “activo” para el que prefiere penetrar, “pasivo” para el que prefiere ser penetrado, y “versátil/inter” para el que está dispuesto a realizar cualquier posición. En el estudio dirigido por Mendoza (2019) en CDMX, halló que el 24% de los participantes consideran el rol pasivo como parte de un comportamiento femenino; en una muestra de 220 hombres que tienen sexo con otros hombres, Zheng, Hart y Zheng (2012) encontraron que los hombres activos tuvieron puntuaciones de masculinidad significativamente más altas que los pasivos o inter. Relacionar el rol sexual con los estereotipos de género hace que temas como quién debe hacerse responsable por el uso del condón tomen relevancia, una muestra de ello es el estudio realizado por Pérez y Ortiz (2009)

donde informan que el uso de manera inconsistente del condón es más frecuente para los hombres que se consideran activos.

5. Toma de decisión de uso de preservativos

Fields et al (2012) aseguran que el poder de decisión sobre el uso del condón disminuye a medida que las parejas se consideran más masculinas, es decir, más seguras y estables. Puesto que culturalmente las relaciones de pareja se asumen como monógamas y de fidelidad mutua, Fernández (2015) expone que esta concepción lleva a muchos hombres a tener una confianza ciega, asumiendo que la otra persona goza de una buena salud, y, por tanto, no evaluar de manera objetiva el uso del condón. Rodríguez y Varela (2014) consideran que, entre las percepciones más comunes para evitar su uso, es que rompe el romanticismo, cortan el acto al decir “hay que ponerlo” y es necesario tenerlos siempre. Para Rivera (2014) el sexo no protegido se asume como un acto de rebelión y transgresión ante la normatividad del poder con respecto a la sexualidad, es decir, es el hombre que porta la masculinidad hegemónica quien simbólicamente ostenta el poder de decisión con respecto al método de prevención y el tipo de sexo que a ser practicado durante la relación sexual.

6. Actitud hacia las pruebas de VIH

La masculinidad, con frecuencia se ha asociado con la renuencia a buscar ayuda, en el artículo titulado “HIV testing is so gay”, Parent, Torrey y Michaels (2012) examinaron cómo las normas de masculinidad influyen en la actitud hacia las pruebas de VIH. Por ejemplo, aunque los hombres que tienen sexo con otros hombres representan más de la mitad de todos los casos nuevos de infección por VIH en los Estados Unidos, los autores descubrieron que el deseo de ser percibido por otros (o auto percibido) como heterosexual se asocia negativamente con hacerse la prueba, teniendo como resultado que muchos hombres que tienen sexo con otros hombres desconocen su estado serológico. Esto es congruente con la investigación de Santos et al (2013) en la que encontraron una asociación entre la disminución de pruebas de VIH en hombres jóvenes de 13 a 22 años y la homofobia, es decir,

el conjunto de creencias que denigra, desacredita e invalida las sexualidades diferentes a la heterosexualidad. Mendoza (2019) discute que parte del estigma que existe alrededor del VIH es pensar que la realización de pruebas debe ser exclusivo de hombres “promiscuos” o que no viven como heterosexuales, en este entendido, pareciera que la heterosexualidad funciona como un ‘escudo’ contra la promiscuidad y el VIH, puesto que después de un lapso de ‘locura’ en la vida de un varón, éste ‘sienta cabeza’ acompañado de la figura de una mujer e hijos. Aparejado a esto, Rivera (2014) puntea que la indiferencia y el miedo a conocer el estado serológico, no creer necesario hacerse la prueba, el miedo al resultado y no saber dónde hacérsela, son otras de las actitudes comunes frente a las pruebas.

7. Apego a tratamiento antirretroviral

Debido a que los hombres que viven con VIH tienen que lidiar con un tratamiento complejo, síntomas de la enfermedad, efectos secundarios de los medicamentos y estigmatización, es necesario, como expresan Nieves y Toro (2012) que reformulen su comprensión de masculinidad a fin de dar sentido a sus propias circunstancias. Sin embargo, lejos de pensar en los cuidados del cuerpo, se ha descubierto que algunos hombres VIH positivos tienen una adherencia a la medicación ineficiente. En el estudio realizado por Galván, Bogart, Wagner y Klein (2012) en una muestra de 208 hombres latinos con VIH viviendo en EUA, revelaron que el machismo tradicional (caracterizado por el poder, actitudes agresivas y estereotipos negativos) es uno de los factores asociados a la falta de adherencia, mientras que la caballerosidad (caracterizada por justicia, respeto a los mayores y la importancia de la familia) fue asociada con una mayor probabilidad de adherencia.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades (IMB)

La construcción de las masculinidades a nivel social tiene un impacto en las creencias de la salud de manera individual, específicamente en las creencias en torno al uso del condón y el comportamiento sexual, esto concuerda con lo explicado por Sánchez, Enríquez, Rosales

y Gómez (2016): aquellas personas que piensan que tener VIH es algo normal dejan de usar condón, mientras que las que se perciben con mayor riesgo de infección son quienes tienen más conductas preventivas.

Puesto que el uso del condón es condicionado por factores de comportamiento y psicosociales como el conocimiento, las actitudes, las creencias, las intenciones y los rasgos de personalidad, los modelos de la salud que explican cómo las personas cambian sus comportamientos, han proporcionado la base para la mayoría de las campañas de promoción de su uso.

A este respecto, el Modelo de Información-Motivación-Habilidades (IMB, por sus siglas en inglés) propuesto por Fisher y Fisher (1992) considera, según lo describen Sánchez, Enríquez y Rosales (2019) que deben analizarse tres factores para que una persona use condón en sus relaciones sexuales: 1) información, entendida como el conocimiento sobre prevención de VIH y las maneras en las que se contagia, 2) motivación, comprendida como las creencias, actitudes e intenciones que se tienen respecto al uso del condón, y 3) habilidades conductuales, es decir, las acciones que se realizan para protegerse.

Partiendo de este modelo, se han identificado otros factores que impiden o propician el uso del condón, dos de ellos se describen a continuación:

1. Comunicación sexual con la pareja

Rogers (2017) resalta que la comunicación sexual es una variable multidimensional en la que influyen diferentes factores: el contenido, la extensión, el estilo, el tiempo y el contexto, que permiten realizar una evaluación global de la comunicación. Sánchez, Enríquez, Rosales y Pérez (s/f) señalan que una comunicación deficiente o poco asertiva está relacionada con el uso inconsistente del condón y otras actividades sexuales de riesgo, puesto que son los hombres los que más se infectan de VIH y de ellos es mayor la proporción de hombres que tienen sexo con otros hombres, los autores proponen diseñar intervenciones que promuevan una adherencia al tratamiento antirretroviral y que al mismo tiempo mejore la consistencia en el uso del condón como una práctica de protección. Aunado a esto, Parker et al (2007) han

encontrado que la comunicación tiene un papel importante en la calidad de vida de los enfermos, específicamente en lo que respecta al contenido, el estilo utilizado y el momento en el que se da la comunicación, mostrando la relación entre la comunicación y las conductas de prevención.

2. *Negociación del uso del condón*

Sánchez, Gómez, Enríquez y Velasco (2020) describen que existen diversos factores que predicen el uso consistente del condón, entre ellos, la negociación en su uso. En una investigación con hombres privados de la libertad, los autores señalan que la comunicación en la pareja sobre temas sexuales y los estilos de negociación para el uso del condón – enfocados en la colaboración y equidad- predicen la frecuencia del uso del mismo en las prácticas sexuales. Dentro de la negociación –de colaboración y equidad- aquellos factores predictores de uso frecuente del condón fueron las creencias favorables hacia su uso, la autoeficacia para usarlo, los conocimientos sobre VIH/SIDA y las actitudes favorables hacia su empleo. Por otra parte, para Abundis, Flores y Aranda (2017) los estilos de negociación constituyen una de las herramientas primordiales para evitar conductas sexuales de riesgo pues favorecen prácticas sexuales seguras que generan seguridad para usar condón en beneficio de la salud sexual propia y de la pareja.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el CENSIDA, había 187,873 casos notificados vivos con diagnóstico de VIH hasta el año 2020 en México, reportando 7,459 casos nuevos diagnosticados en ese mismo año. A nivel internacional (ONUSIDA, 2014) se han creado diversas campañas de prevención para disminuir los índices de VIH, principalmente en ciertas poblaciones que por el tipo de prácticas sexuales y por su contexto social, son más susceptibles de contagiarse, por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres, sin importar su orientación sexual.

Como lo explica Zeglin (2015) en la transmisión del VIH influyen diferentes factores sociales e individuales que se relacionan entre sí, entre los factores sociales se encuentran la pobreza, la política, la educación, las normas sociales, la falta de vivienda, el estigma, la cultura y las relaciones de poder. Mientras que, como factores individuales se hallan el número de parejas sexuales, la actitud hacia los condones, el uso de drogas, el rol sexual, la toma de decisión de uso de condones, la actitud hacia las pruebas de VIH y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral de personas seropositivas.

Si bien existen múltiples factores asociados al riesgo, el uso del condón es uno de los factores de protección más eficiente en las relaciones sexuales entre hombres. Los factores de riesgo y de protección han sido estudiados desde diferentes modelos de la salud y desde el género como categoría de análisis. Por ejemplo, Sánchez, Enríquez, Rosales y Gómez (2016) señalan que aquellas personas que piensan que tener VIH es algo normal dejan de usar condón, mientras que las que se perciben con mayor riesgo de infección son quienes tienen más conductas preventivas. Desde la mirada de género, Rivera (2014) advierte que la manera en que se aprende a ser hombres tiene una relación directa con el ejercicio de nuestra sexualidad y esto a su vez, posibilita o no, la transmisión de una infección sexual, es decir, la promoción de ideas como ser fuertes, heterosexuales, resistentes al dolor, rechazar las prácticas de afecto y la cercanía con otros hombres, así como usar el calificativo ‘homosexual’ como una muestra de minusvalía masculina, son parte de las “causas profundas” que se tiene que desaprender para desarrollar una actitud cuidadosa y preventiva de la salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre las masculinidades gay y el uso del condón en hombres que tienen sexo con otros hombres?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar la relación entre las masculinidades gay y el uso del condón en hombres que tienen sexo con otros hombres.

Objetivos específicos

- ✓ Describir las características más relevantes de las variables estudiadas.
- ✓ Analizar y determinar la existencia de correlaciones entre las variables descritas.

MÉTODO

Participantes

Participaron 113 (N=113) hombres de entre 17 y 53 años que se autoidentificaron como heterosexuales, homosexuales y bisexuales (tabla 1) y que han tenido sexo con otros hombres. Los participantes son de diferentes niveles educativos: secundaria, preparatoria, universidad y posgrado (figura 1). La mayoría reportó haberse realizado una prueba de VIH en algún momento de su vida (figura 2).

Se tomaron como criterios de inclusión a hombres sexualmente activos, sin importar su orientación sexual y que han tenido sexo con otros hombres.

Se excluyeron 16 participantes, de los cuales, 2 refirieron no haber tenido sexo con otros hombres, y 14 de un primer registro en el que no se había incluido el instrumento MRNS.

Población Objetivo:

Hombres sexualmente activos y que han tenido sexo con otros hombres.

Marco muestral:

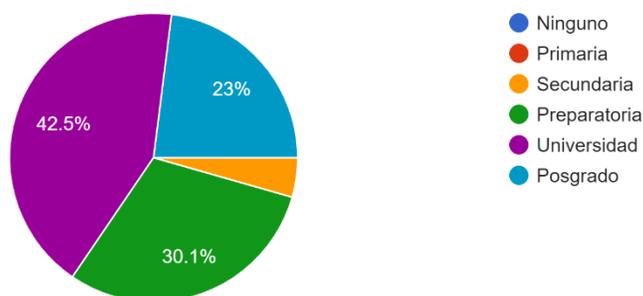
Muestreo No Probabilístico: A conveniencia. Tamaño muestral (n) = 113

Tabla 1. Edades de los participantes en relación con la Orientación Sexual

	Orientación sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	30.42	8.16	32.15	8.95	40.00	5.66	33.00	.

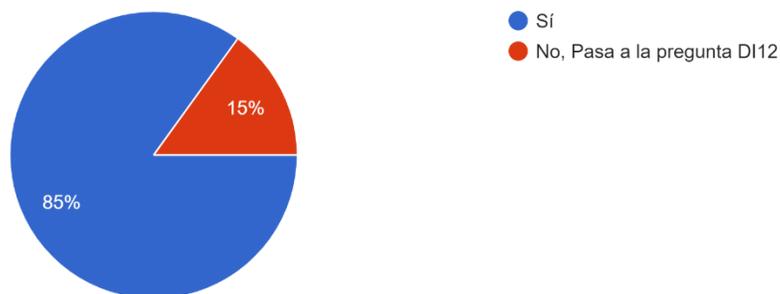
La Tabla 1 muestra la edad de los participantes, las cuales oscilan entre 18 a 53 años. La edad media de los participantes que se autoidentifican como homosexuales es de 30.42 años, mientras que de 32.15 años para los que se identificaron como bisexuales

Figura 1. Nivel de Estudios



La Figura 1 muestra el nivel de estudios de los participantes, siendo el nivel de Universidad (48 participantes) el de mayor frecuencia y el de Secundaria (5 participante) el de menor participación.

Figura 2. ¿Alguna vez te has hecho la prueba de VIH?



La Figura 2 describe la respuesta a la pregunta ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?, quienes respondieron en su mayoría sí haber realizado tal detección (96 participantes)

Escenario

Esta investigación se realizó en el ciberespacio mediante la red social Facebook. La publicación se configuró para ser mostrada a usuarios viviendo en Ciudad de México y Estado de México. No obstante, por ser una red social de enjambre (Hidalgo, 2014), la publicación llegó a otros usuarios con ubicación *offline* (Gutiérrez, 2016) en: Ciudad de México, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Jalisco, Aguascalientes, Hidalgo, Baja California Sur, Veracruz y Nuevo León

Tipo de estudio

Estudio Descriptivo, Transversal, Analítico, No experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2001). Al ser un diseño no experimental, los participantes no fueron expuestos a alguna intervención ni existió la manipulación de alguna de las variables.

Periodo de estudio:

Del 25 de enero del 2021 al 31 de mayo del 2021

VARIABLES E INSTRUMENTOS

En la tabla 2 se presenta la operacionalización de variables del estudio.

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Variables sociodemográficas			
Edad del paciente	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona.	Tiempo transcurrido en años del paciente, el cual es	Cuantitativo continuo.

		obtenido a partir de la ficha de identificación o expediente clínico.	
Nivel de estudios	Grado de instrucción más elevado y acreditado por las instituciones educativas.	Grado de instrucción más elevado, señalado por el participante	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Primaria. • Secundaria. • Preparatoria. • Universidad. • Posgrado.
Orientación sexual	Inclinación por el sentimiento de atracción sexual, emocional, erótica y afectiva de un individuo.	La señalada por el participante en el momento de responder la encuesta	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual. • Homosexual. • Bisexual. • No sé.
Aplicación de prueba de detección de VIH	Informe del individuo sobre la aplicación de alguna prueba para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).	La respuesta indicada por los participantes en el momento de la investigación.	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No.
Estado o País de residencia	Lugar de residencia habitual con la característica de permanencia.	El lugar señalado por los participantes en el levantamiento de la encuesta.	Pregunta abierta Se codifica de forma nominal en correspondencia con el Estado que señala el participante o el País (si es extranjero en su caso).
Variables relacionadas con los instrumentos aplicados en la investigación			
MRNS Escala de Normas del Rol Masculino (Thompson y Pleck, 1968)	Como expectativa de comportamientos, creencias, obligaciones y funciones asignadas al	Escala MRNS propuesta por Thompson y Pleck (1986), que evalúa la ideología masculina	Nivel de medición del ítems: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en

	rol de género masculino.	tradicional, utilizando como participantes a personas de ambos sexos, con evidencia de validez y confiabilidad en población de habla hispana.	desacuerdo a Totalmente de acuerdo
Creencias Positivas hacia el uso del condón. (Sánchez, Enríquez y Rosales, 2020)	Creencia: Percepción de un individuo frente a los objetos que conforman su mundo.	Escalas de creencias hacia el uso del condón en hombres con VIH, con evidencia de validez y confiabilidad.	Nivel de medición del ítems: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo
Actitudes Favorables hacia el uso del condón. (Sánchez, Enríquez y Rosales, 2020)	Actitud: Comportamiento habitual por predisposición aprendida como respuesta de un estímulo hacia el individuo.	Escala de actitudes hacia el uso del condón en hombres con VIH, con evidencia de validez y confiabilidad.	Nivel de medición del ítems: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo
Escala sobre Temas Sexuales y Comunicación sexual con la pareja HSH (Sánchez, Enríquez, Rosales y Pérez, s/f)	Intercambio y expresión de información a nivel de pareja.	Escalas de comunicación sexual con la pareja en hombres que tienen sexo con hombres, que en conjunto evalúan cinco componentes de la comunicación, contenido, extensión, estilo, tiempo y contexto, con evidencias de validez de constructo y validez concurrente, así como la confiabilidad	Nivel de medición del ítems: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Nunca a Siempre.

		interna de cada escala mostrando propiedades psicométricas adecuadas.	
Negociación del uso del condón (Sánchez, s/f)	Negociación: Proceso de comunicación para el intercambio de propuestas que favorecen aspectos de interés individual de los involucrados.	Escalas validadas en proceso de publicación, correspondientes al proyecto IN309719 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).	Nivel de medición del ítems: Ordinal • Nunca a Siempre

Descripción de Instrumentos

- **Escala de Normas del Rol Masculino (MRNS)** de Thompson y Pleck (1986). consta de 26 ítems tipo Likert que fueron traducidos mediante el procedimiento de *back-translation* (Brislin, 1970; Muñíz y Hambleton, 1996). El formato de respuesta es de 7 puntos (1 –totalmente en desacuerdo– hasta 7 –totalmente de acuerdo–). Altas puntuaciones indican ideología masculina tradicional. De la subescala original en inglés se eliminaron dos ítems correspondientes a la subescala de dureza. El ítem 3 (*A good motto for a man would be ‘when the going gets tough, the tough get going’*) por carecer de una traducción adecuada al castellano y el ítem 7 (*In some kinds of situation a man should be ready to use his fists, even if his wife or his girlfriend would object*), ya que los participantes del estudio piloto mostraron su rechazo al mismo.
- **Escala de creencias positivas hacia el uso del condón.** (Sánchez, Enríquez y Rosales, 2020) Escala conformada por 12 reactivos que evalúan creencias relacionadas al uso del condón en relaciones sexuales, en un formato tipo Likert con cinco opciones de

respuesta que van de uno a cinco, de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, con una consistencia interna Alfa de Cronbach de .89

- ***Escala de actitudes favorables hacia el uso del condón.*** (Sánchez, Enríquez y Rosales, 2020) Escala que evalúa las actitudes que se tienen hacia el uso del condón en relaciones sexuales. Está compuesta por 7 reactivos en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, con valores de uno a cinco, que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, tiene una consistencia interna Alfa de Cronbach de .86
- ***Escala sobre temas sexuales con la pareja.*** (Sánchez, Enríquez, Rosales y Pérez, s/f) Conformada de 15 reactivos que evalúan la frecuencia con la que los hombres que tienen sexo con otros hombres hablan sobre diversos temas sexuales con su pareja, las opciones de respuesta están en formato tipo Likert que van de nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5), tiene una consistencia interna total Alfa de Cronbach de .86
- ***Escala sobre comunicación sexual con la pareja.*** (Sánchez, Enríquez, Rosales y Pérez, s/f) Compuesta por 12 reactivos que evalúan la frecuencia respecto a cómo los hombres que tienen sexo con otros hombres se sienten cada vez que hablan con su pareja sobre algún tema relacionado con su vida sexual, las opciones de respuesta están en formato tipo Likert que van de nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5), tiene una consistencia interna Alfa de Cronbach de .87
- ***Negociación del uso del condón.*** (Sánchez, s/f). Escala validada en proceso de publicación, correspondientes al proyecto IN309719 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).

Procedimiento

Se utilizó un archivo de Google Forms para el llenado del consentimiento informado y los instrumentos utilizados. El enlace del archivo se anido en un anuncio en la página de Facebook “En busca del Ser” (Apéndice), y se compartió en los grupos: “Bolsa de Empleo

LGBT”, “Emprendedores LGBT CDMX” y “LGBTQ+ Multitask CDMX”; adicionalmente, se pagó una campaña de difusión dirigida a hombres de 18 a 50 años, viviendo en Ciudad de México y Estado de México, con los siguientes intereses: orgullo gay, gay friendly, día internacional del orgullo LGBT, homosexualidad y movimiento LGBT.

Consideraciones éticas

Se sigue en todo momento los Principios de Yogyakarta que buscan reconocer las diversidades sexuales y salvaguardar los Derechos Humanos de las personas LGBTTTTI.

Con base en la propuesta de Hidalgo (2014) los procedimientos llevados a cabo hicieron buen uso de la red social, garantizando que ante el fenómeno de la desregulación de la información en el ciberespacio no se violó la libertad de expresión ni se ofendió a los usuarios. Se promovió el uso justo de los datos obtenidos, sin métodos de pago ni gratificación dados los aspectos y motivaciones señalados por el autor:

- 1) el ciberespacio debe emplearse sin fines de lucro.
- 2) el objetivo es didáctico/científico.
- 3) no se menguó el valor original de la información.
- 4) el uso es de interés profesional y público.

Cabe resaltar que los datos obtenidos fueron y serán manejados con confidencialidad.

RESULTADOS

Para la Escala de Normas del Rol Masculino, en la tabla 3 se presenta un análisis comparativo entre hombres que se autodefinen con orientación sexual homosexual, bisexual y heterosexual, se observa que en ambos grupos se presentan diferencias significativas, obteniendo ligeramente mayor puntuación el grupo heterosexual, seguido del grupo bisexual.

Tabla 3. Análisis comparativo por grupos de la Escala de Normas del Rol Masculino

	Orientación Sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		No sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
El éxito en su trabajo debe ser lo más importante en la vida del hombre	4.22	1.77	4.40	1.90	4.00	4.24	1.00	.
La mejor manera, para un hombre joven, de tener el respeto de otra gente es conseguir un trabajo, tomárselo seriamente y hacerlo bien	4.17	2.00	4.95	1.96	4.00	4.24	1.00	.
Un hombre debe traer a casa el mejor sueldo que pueda conseguir	4.02	1.98	4.75	2.10	4.00	4.24	1.00	.
Un hombre debe generalmente trabajar horas extraordinarias para conseguir dinero cada vez que tenga oportunidad	2.93	1.92	3.90	2.20	5.50	2.12	1.00	.
Un hombre siempre merece el respeto de su mujer y sus hijos	3.59	2.04	3.40	2.21	7.00	.00	1.00	.
Es fundamental para un hombre tener siempre el respeto y la admiración de la gente que le conoce	3.13	1.87	3.65	2.11	5.50	2.12	1.00	.
Un hombre no debe nunca volver la cara a un problema	3.53	2.00	4.10	2.34	5.50	2.12	1.00	.
Admiro a aquellos hombres que están totalmente seguros de sí mismos	5.71	1.54	6.10	1.52	7.00	.00	7.00	.
Un hombre debe pensar siempre todo fría y lógicamente y tener razones para todo lo que hace	3.80	2.15	4.30	2.18	7.00	.00	1.00	.
Un hombre siempre debe intentar dar la imagen de alguien que está seguro de sí mismo, aunque éste no sea el caso	3.24	2.05	3.95	2.52	5.50	2.12	1.00	.
Un hombre debe tener firmeza y nunca depender de otros para que le ayuden a hacer las cosas	2.93	2.15	3.75	2.55	7.00	.00	1.00	.
Cuando un hombre siente algo de dolor debe intentar no mostrarlo mucho	2.01	1.67	2.80	2.26	5.50	2.12	1.00	.
Nadie respeta mucho a un hombre que generalmente habla sobre sus preocupaciones, miedos y problemas	2.86	1.93	2.75	2.17	4.00	4.24	1.00	.
Creo que un hombre joven debe ser físicamente fuerte, incluso si no es grande	2.74	1.94	3.35	2.32	7.00	.00	1.00	.
A veces los puños son la única manera de salir de situaciones complicadas	1.68	1.40	2.60	2.09	4.00	4.24	1.00	.

Un hombre de verdad disfruta con un poco de peligro	2.09	1.55	2.30	1.72	7.00	.00	1.00	.
Un hombre debería siempre rehusar meterse en una pelea, aunque parezca que no se puede evitar	4.86	1.89	4.45	2.46	7.00	.00	1.00	.
Me molesta cuando un hombre hace cosas que considero "femeninas"	1.82	1.60	2.35	1.98	5.50	2.12	1.00	.
Seguramente no me agrada un hombre cuyas aficiones sean cocinar, la costura e ir al ballet	1.49	1.22	1.55	1.15	4.00	4.24	1.00	.
Es un poco embarazoso para un hombre tener un trabajo que normalmente hacen las mujeres	1.34	.94	1.90	1.80	4.00	4.24	1.00	.
A no ser que esté realmente desesperado, yo probablemente aconsejaría a un hombre que siguiese buscando antes que aceptar un trabajo de secretaria	1.47	1.23	2.40	2.19	4.00	4.24	1.00	.
Si me dicen que un hombre es peluquero o modisto me preguntaría si es masculino	1.50	1.33	1.95	1.90	5.50	2.12	7.00	.
Yo creo que es muy bueno para un chico aprender a cocinar, coser, limpiar la casa y cuidar niños pequeños	6.40	1.72	6.75	.91	7.00	.00	1.00	.
Quizá encontraría un poco tonto o embarazoso si un amigo mío llorara en una escena triste de amor en una película	1.54	1.26	1.95	1.90	5.50	2.12	1.00	.

Fuente: Elaboración propia.

Para la Escala de Creencias Positivas hacia el uso del condón, en la tabla 4 se presenta un análisis de diferencias entre hombres que se autodefinen con orientación sexual homosexual, bisexual y heterosexual, se observa que en ambos grupos se presentan diferencias significativas, obteniendo ligeramente mayor puntuación el grupo heterosexual, seguido del grupo bisexual.

Tabla 4. Análisis comparativo por grupos de la Escala de creencias positivas hacia el uso del condón

	Orientación Sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		bisexual (N=20)		heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Me protege de ITS	4.19	1.41	4.30	1.342	5.00	.000	5.00	.
Me protege del VIH	4.22	1.41	4.40	1.142	5.00	.000	5.00	.
Soy responsable cuando lo uso	4.27	1.40	4.15	1.424	5.00	.000	5.00	.

Es una obligación usarlo en las relaciones sexuales	3.74	1.41	3.85	1.387	3.00	2.828	5.00	.
Por amor hay que usarlo	3.73	1.53	3.95	1.317	3.00	2.828	5.00	.
Por respeto a la pareja hay que usarlo	4.04	1.39	3.90	1.518	3.00	2.828	5.00	.
Reduce el riesgo de infección	4.24	1.44	4.15	1.387	5.00	.000	5.00	.

Fuente: Elaboración propia.

Para la Escala de Actitudes Favorables hacia el uso del condón, en la tabla 5 se presenta un análisis de diferencias entre hombres que se autodefinen con orientación sexual homosexual, bisexual y heterosexual, se observa que en ambos grupos se presentan diferencias significativas, obteniendo ligeramente mayor puntuación el grupo heterosexual, seguido del grupo bisexual.

Tabla 5. Análisis comparativo por grupos de la Escala de actitudes favorables hacia el uso del condón

	Orientación sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Seguro	4.34	1.229	4.25	1.164	5.00	.000	5.00	.
Confiable	4.28	1.227	4.20	1.281	5.00	.000	5.00	.
Necesario	4.11	1.386	4.15	1.387	3.00	2.828	1.00	.
Importante	4.27	1.296	4.40	1.188	3.00	2.828	5.00	.
Saludable	4.36	1.257	4.20	1.281	5.00	.000	5.00	.
Higiénico	4.29	1.318	4.50	.889	5.00	.000	5.00	.
Placentero	3.42	1.382	3.80	1.152	4.50	.707	5.00	.

Fuente: Elaboración propia.

Para la Escala de Temas Sexuales con la Pareja, en la tabla 6 se presenta un análisis comparativo entre los grupos de hombres homosexual, bisexual y heterosexual, se observa que en ambos grupos se presentan diferencias significativas, obteniendo ligeramente mayor puntuación el grupo homosexual.

Tabla 6. Análisis comparativo por grupos de la Escala de temas sexuales con la pareja

	Orientación sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Amor en la relación de pareja	4.06	1.13	3.45	1.15	3.00	2.83	3.00	.
Tener relaciones sexuales	4.16	.94	3.85	.93	2.00	1.41	3.00	.
Usar condón	3.67	1.35	3.25	1.59	3.00	2.83	3.00	.
Educación sexual	3.76	1.26	3.05	1.23	3.00	2.83	3.00	.
Consecuencias de los embarazos	2.68	1.68	2.05	1.05	3.00	2.83	3.00	.
Cuidado de los genitales	3.68	1.32	3.25	1.29	3.00	2.83	3.00	.
Cuidados al tener sexo	4.00	1.19	3.30	1.17	3.00	2.83	3.00	.
Intimidad en la pareja	4.19	1.00	3.55	1.15	3.00	2.83	3.00	.
Infecciones de transmisión sexual	3.56	1.40	2.85	1.31	3.00	2.83	3.00	.
Métodos anticonceptivos	2.84	1.66	2.35	1.35	3.00	2.83	3.00	.
Placer sexual	4.29	1.01	3.85	1.09	3.00	2.83	3.00	.
Prevención al tener relaciones sexuales	3.99	1.18	3.45	1.10	3.00	2.83	3.00	.
Sexo	4.32	.93	4.00	.97	3.00	2.83	3.00	.
Responsabilidad al tener sexo	4.13	1.12	3.65	1.18	3.00	2.83	3.00	.
Orientación sexual	4.18	1.16	3.40	1.47	3.00	2.83	3.00	.

Fuente: Elaboración propia

Para la Escala sobre Comunicación Sexual con la pareja, en la tabla 7 se presenta un análisis de diferencias entre hombres que se autodefinen como homosexual, bisexual y heterosexual, se observa que en ambos grupos se presentan diferencias significativas, obteniendo ligeramente mayor puntuación el grupo homosexual.

Tabla 7. Análisis comparativo por grupos de la Escala sobre comunicación sexual con la pareja

	Orientación Sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Confianza	3.69	.664	3.20	1.005	3.00	1.414	4.00	.

Mes siento escuchado	3.67	.687	3.30	.979	2.50	2.121	4.00	.
Expresar ideas	3.72	.619	3.35	.933	3.00	1.414	4.00	.
Puedo conversar	3.79	.508	3.35	1.040	3.50	.707	4.00	.
Importancia hablar	3.80	.524	3.50	.761	3.00	1.414	4.00	.
Respeto mi opinión	3.79	.508	3.25	.851	3.00	1.414	4.00	.
Me siento comprendido	3.74	.531	3.05	1.050	3.00	1.414	4.00	.
Es fácil comunicarse	3.69	.612	3.00	1.214	3.00	1.414	4.00	.
Me ha enseñado	3.21	1.076	2.70	1.129	2.50	2.121	1.00	.
Necesario hablar	3.79	.486	3.35	1.089	3.00	1.414	4.00	.
Me siento cómodo	3.74	.591	3.45	.999	3.00	1.414	4.00	.
Orientación Sexual	3.89	.409	3.05	1.234	3.00	1.414	4.00	.

Fuente: Elaboración propia.

Para la Escala sobre Negociación del uso del condón, en la tabla 8 se presenta un análisis de diferencias entre hombres de los grupos homosexual, bisexual y heterosexual, se observa que en ambos grupos se presentan diferencias significativas, obteniendo ligeramente mayor puntuación el grupo homosexual.

Tabla 8. Análisis comparativo por grupos de la Escala sobre negociación del uso del condón

	Orientación Sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Me siento cómodo al pedir a mi pareja el uso de condón	4.19	1.253	3.65	1.565	4.00	1.414	5.00	.
Le digo a mi pareja que usemos condón cuando tenemos sexo	3.67	1.529	3.65	1.348	4.00	1.414	4.00	.
Evito hablar del uso del condón con mi pareja	2.07	1.421	1.80	1.152	4.00	1.414	1.00	.
Prefiero que mi pareja decida cuando usamos condón en nuestras relaciones sexuales	2.17	1.501	2.05	1.395	4.00	1.414	1.00	.
Le digo a mi pareja la importancia de usar condón para nuestra salud	3.67	1.507	3.25	1.482	4.00	1.414	5.00	.
Escucho los argumentos de mi pareja para usar condón	4.31	1.205	4.05	1.317	4.00	1.414	5.00	.

Acepto tener relaciones sexuales aunque mi pareja no quiera usar condón	2.91	1.619	2.55	1.395	4.00	1.414	3.00	.
Acepto tener relaciones sexuales aunque no tengamos condones	3.14	1.618	2.60	1.353	4.00	1.414	3.00	.
Negociar el uso del condón es imposible	2.39	1.660	2.15	1.309	4.00	1.414	5.00	.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 9 se muestra la comparación entre la media teórica y la media obtenida, si la media obtenida es mayor a la media teórica entonces tienen el atributo de ese constructo, por el contrario, si lo tienen por debajo de la media teórica significa que no tienen ese atributo. En la tabla 10 se presenta la consistencia en el uso del condón para los diferentes grupos, para obtener estos resultados se seleccionó la opción calcular variable del menú *Transformar* del programa SPSS, se dividió el número de relaciones sexuales entre el número de veces que se usó condón durante los últimos tres meses, valores iguales a uno se indica que la persona es consistente en el uso del condón. En la tabla 11 se observa una relación positiva entre las Normas del Rol Masculino y la Negociación del uso del condón para el grupo homosexual, mientras que una relación negativa entre las Normas del Rol Masculino y la Comunicación Sexual para el grupo bisexual.

Tabla 9. Comparación entre Media Teórica y Media Muestral para los instrumentos utilizados

	Orientación sexual (N=113)							
	Homosexual (N=90)		Bisexual (N=20)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	MT	Media	MT	Media	MT	Media	MT	Media
MNRS	96	73.09	96	84.35	96	132.00	96	36.00
Creencias	36	48.69	36	49.40	36	51.50	36	52.00
Actitudes	28	29.07	28	29.50	28	30.50	28	31.00
Temas Sexuales	45	57.49	45	49.30	45	44.00	45	45.00
Comunicación Sexual	36	44.52	36	38.55	36	35.50	36	45.00
Negociación	51	43.73	51	38.95	51	65.00	51	40.00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Análisis comparativo por grupos de la Consistencia en el uso del condón durante los últimos tres meses

	Orientación sexual							
	Homosexual (N=70)		Bisexual (N=19)		Heterosexual (N=2)		no sé (N=1)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Consistencia	.5540	.43165	.6298	.44568	.6250	.53033	1.0000	.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Análisis correlacional de las escalas MNRS y Consistencia en el uso del condón.

	Orientación sexual (N=113)		Creencias	Actitudes	Temas	Comunica	Negocia
Homosexual (N=90)	Consistencia	Coefficiente de correlación	.422**	.484**	.408**	.202	-.005
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.093	.966
	MNRS	Coefficiente de correlación	.003	-.056	-.042	-.123	.341**
		Sig. (bilateral)	.977	.599	.697	.249	.001
Bisexual (N=20)	Consistencia	Coefficiente de correlación	-.167	-.257	-.311	-.154	-.251
		Sig. (bilateral)	.494	.288	.195	.530	.299
	MNRS	Coefficiente de correlación	-.330	-.344	-.422	-.743**	-.301
		Sig. (bilateral)	.156	.137	.064	.000	.197
Heterosexual (N=2)	Consistencia	Coefficiente de correlación	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
		Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.
	MNRS	Coefficiente de correlación	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
		Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.
no sé (N=1)	Consistencia	Coefficiente de correlación	.	.	.	.	.
		Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.
	MNRS	Coefficiente de correlación	.	.	.	.	.
		Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.

** p<0.01

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre la masculinidad y el uso del condón en hombres que tienen sexo con otros hombres. Para lograr el objetivo se segmentaron a los participantes por grupos de acuerdo con su autodefinición de *orientación sexual*: Homosexual (N=90), Bisexual (N=20), Heterosexual (N=2) y No sé (N=1). A fin de realizar una discusión objetiva, se tuvo presente la advertencia de Connell (2003), hablar de las masculinidades no es hablar de una tipología de personalidades con comportamientos o características específicas, más bien se trata de relaciones de género, que aunque se establecen en un contexto social, se promulgan individualmente.

Respecto a la Escala de Normas del Rol Masculino que evalúa la ideología masculina tradicional, se aprecia una diferencia significativa en los resultados de cada ítem respecto a lo que un hombre “debe ser” para los diferentes grupos. Aunque al realizar la comparación entre la media teórica y la media obtenida, solamente el grupo heterosexual demostró tener el atributo de este constructo, la puntuación media del grupo bisexual fue mayor frente al grupo homosexual. Como se puede observar en el grupo homosexual existe una relación significativa positiva entre la MNRS y la Negociación del uso del condón, es decir, ambas variables tienden a aumentar o disminuir a la vez, mientras que, para el grupo bisexual se encontró una relación inversa entre la MNRS y la Comunicación Sexual con la pareja, es decir, mientras una variable tiende a incrementarse la otra disminuye. Estos descubrimientos evidencian lo descrito por Fields et al (2012), navegar por las normas de la masculinidad hegemónica culturalmente aceptada puede influir en el comportamiento sexual.

Verdecia, Acosta y Carrasco (2015) en la investigación *Conocimiento, actitud y uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres*, describen algunas actitudes negativas del uso del condón en hombres que tienen sexo con otros hombres y que favorecen prácticas de riesgo, como el tema del no gustar uno mismo del preservativo (5.1% vs 8.5%); el no querer usarlo a pesar de conocer los riesgos en las relaciones con parejas ocasionales con respecto a las parejas estables (8.5% vs. 1.7%) y la disminución del placer sexual en un 6.8%. Dichos resultados coinciden con la presente investigación, aunque de acuerdo con la comparación

de medias, todos los grupos presentan los atributos de las Escalas Creencias Positivas hacia el uso del condón y Actitudes Favorables hacia el uso del condón, el grupo homosexual se muestra indeciso respecto a las creencias “es una obligación usarlo en las relaciones sexuales” y “por amor hay que usarlo”, el grupo heterosexual reporta indecisión frente a las actitudes “es necesario” y “es importante”, y los grupos homosexual y bisexual se posicionan indecisos en relación a la actitud “es placentero”.

Por otro lado, una parte de los encuestados describen no haberse realizado alguna prueba de detección de VIH en alguna ocasión (17) lo que, de acuerdo con los resultados de la investigación de Torres, Onofre, Benavides, Calvillo, Garza y Telumbre (2018) puede asociarse a una baja percepción de riesgo hacia el VIH (66.3%) en personas jóvenes y vincularse a aspectos negativos como “la gente me podría rechazar si tuviera el VIH” en un 78,7%.

Respecto a las Escalas de Temas Sexuales y Comunicación Sexual, al comparar las medias obtenidas con las medias teóricas se observa que los grupos homosexual y bisexual sí presentan los atributos de estos constructos, pero el grupo heterosexual no lo presenta. En un análisis más detallado, se puede apreciar que hablar sobre “cuidados al tener sexo”, “responsabilidad al tener sexo” y “placer sexual” son temas más frecuentes para el grupo homosexual que para el grupo bisexual.

En la investigación *Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo y bisexuales de México* de Ortiz y García (2005) se encontró que una proporción importante de los encuestados reportaron prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH, pues 37.2% y 35.8% de los entrevistados que habían tenido sexo receptivo o insertivo no habían utilizado el preservativo de forma consistente. Dichos resultados enriquecen los hallazgos derivados de la comparación entre la media teórica y la media obtenida para la Escala Negociación del uso del condón, donde ninguno de los grupos demostró tener el atributo de este constructo, reportando algunas veces evitar hablar del uso del condón y preferir que sea la otra persona quien decida cuando usarlo.

Mendoza y Ortiz (2009) realizaron la investigación *Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez*. Sus resultados describen que el uso del condón fue inconsistente en 33.1% de los participantes que tenían sexo anal receptivo y 33.9% en quienes practican sexo anal insertivo, señalando también que la inconsistencia para el uso del condón en sexo oral es del 86.7%. Tales hallazgos son similares a esta investigación donde se muestra una inconsistencia en el uso del condón de todos los grupos en los últimos tres meses, no obstante, para el grupo de homosexuales se observa una relación positiva entre las variables Consistencia y Creencias Positivas, Actitudes Favorables y Temas sexuales, donde ambas variables tienden a aumentar o disminuir a la vez.

Con la finalidad de comprender mejor la consistencia del uso del condón para todos los grupos, se relacionó dicha variable con los datos sociodemográficos: edad, nivel de estudios e ingresos mensuales, al no encontrarse una correlación significativa, para efectos de la muestra dicho análisis es irrelevante.

Adicional a los hallazgos contrastados con las investigaciones ya mencionadas, es relevante mencionar que dentro de la variable sociodemográfica “Te consideras una persona con una orientación sexual” se acotó a las respuestas “Homosexual, Bisexual, Heterosexual y No sé”, debido a que en el pilotaje de los instrumentos otras respuestas como “Maricón, Joto, Puto, Gay, Flexible y Queer” se concebían como desconocidas y peyorativas para los encuestados.

Durante el período de aplicación de los instrumentos se recibieron comentarios como los siguientes: “*si se supone que la encuesta es HSH, ¿por qué le dan demasiada importancia a las prácticas sexuales vaginales, embarazos, etc?*”, “*¿por qué colocan en la encuesta si se identifica como heterosexual? No creo que un heterosexual se meta, si ya observó que es para la comunidad gay*”. Esto concuerda con las palabras con las que se inició este trabajo, “uno no nace hombre, uno se hace hombre”, en este sentido, aunque las masculinidades son construcciones culturales, se promulgan individualmente y pueden tener consecuencias reales para la salud, por tal motivo, como expresa Courtenay (2000), para llevar a cabo

cualquier comportamiento positivo de salud, un hombre necesita rechazar múltiples construcciones de masculinidad.

REFERENCIAS

- Abril Valdez, E., Román Pérez, R., Cubillas Rodríguez, M. J., & Domínguez Ibáñez, S. E. (2018). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *CIENCIA ergo-sum: Revista Científica Multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 25(3), 1-12.
- Abundis, Z. T., Flores, R. F., & Aranda, M. S. (2019). Negociación en el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Waxapa*, 9(17), 19-23.
- Alberdi, I. (1999). El Significado del género en las ciencias sociales. Universidad Complutense de Madrid. *Política y Sociedad*. 32. pp. 9-21
- Baruch, R. (2014). *La epidemia del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres en México: el caso del bareback*. Espolea AC.
- Berg, R. (2009). *Barebacking: A Review of the Literature*. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 754–764. <http://doi.org/10.1007/s10508-008-9462-6>
- Butler, J. (1997) Sujetos de sexo /género / deseo. *Feminaria*, X (19), 1-20.
- Cañedo, C. (2019) Cuatro novelas jotas mexicanas. Lectura cuir de las masculinidades disidentes. En Guerra, H. y Mérida, R. (2019) *Entre lo joto y lo macho. Masculinidades sexodiversas mexicanas* (pp. 61-88). Egales.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2020). Epidemiología Registro Nacional de Casos de VIH y SIDA. <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Connell, R. (2003). *Masculinidades*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385–1401.
- ESPOLEA, I. (2015). Reporte de resultados de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Población LGBT en México. <http://www.espolea.org/actividades-de-vih/reporte-drogas-lgbt>

- Fernández-Dávila, P. (2015). ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón? *Revista Multidisciplinaria del Sida*, 1(6), 25-33.
- Fields, E. L., Bogart, L.M., Smith, K. C., Malebranche, D. J., Ellen, J. & Schuster, M. A. (2012). HIV risk and perceptions of masculinity among young Black men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health*, 50(3), 296–303. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.07.007>.
- Fields, E. L., Bogart, L.M., Smith, K. C., Malebranche, D. J., Ellen, J. & Schuster, M. A. (2015). “I always felt I had to prove my manhood’’: Homosexuality, masculinity, gender role strain, and HIV risk among young Black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 105(1), 122–131.
- Garosi, E. (2014) ¡Son cosas de la vida! Transmasculinidades en la Ciudad de México. En *La memoria y el deseo. Estudios gay y queer en México* (pp. 177-222). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guerra, H. y Mérida, R. (2019) *Entre lo joto y lo macho. Masculinidades sexodiversas mexicanas*. Egales.
- Gutiérrez, A. (2016). Etnografía móvil: una posibilidad metodológica para el análisis de las identidades de género en Facebook. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 2(4), 26-45.
- Grov, C., Parsons, J. T., & Bimbi, D. S. (2010). The association between penis size and sexual health among men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 788–797. <http://doi.org/10.1007/s10508-008-9439-5>.
- Halkitis, P. (2001). An Exploration of Perceptions of Masculinity among Gay Men Living with HIV. *The Journal of Men's Studies*, 9(3), 413–429. <http://doi.org/149/jms.0903.413>
- Hernández, Fernández y Baptista. (2001) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill.
- Hidalgo, J. (2014). Redes sociales digitales y sus implicaciones éticas, en *Ética y redes sociales* (pp.87-113). Tirant Humanidades.

- Lamas, Marta (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Mendoza, J. (2019). Construcciones de género en el autocuidado de la salud sexual de los varones adultos en México. Una reflexión desde las masculinidades y las políticas públicas. Tesina para obtener el grado de Especialidad. Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mendoza, R. (2019) La flor cautiva: la vivencia homosexual de la feminidad. En Guerra, H. y Mérida, R. (2019) *Entre lo joto y lo macho. Masculinidades sexodiversas mexicanas* (pp. 154-169). Egales.
- Nieves-Lugo, K., & Toro-Alfonso, J. (2012). Challenges to antiretroviral adherence: Health beliefs, social support and gender roles in non-adherent men living with HIV in Puerto Rico. In C. H. G. Cadena & J. A. P. Lopez (Eds.), *Chronic diseases and adherence behaviors* (pp. 153–173). Nova Science Publishers.
- Ortiz-Hernández, L., & García-Torres, M. I. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo y bisexuales de México. *Revista de Saúde Pública*, 39, 956-964.
- ONUSIDA (2014). *The GAP Report*. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- Parent, M. C., Torrey, C., & Michaels, M. S. (2012). “HIV testing is so gay”: The role of masculine gender role conformity in HIV testing among men who have sex with men. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 465–470. <http://doi.org/doi.org/10.1037/a0028067>
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., & Tattersall, M. H. N. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: Patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 81-93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035>

- Rivera, E. (2014) Deconstruir la masculinidad para prevenir el VIH en jóvenes de la Ciudad de México. En *Complejidad y desafíos de la transformación social. De la ciencia a la agencia* (pp. 353-378). Ediciones de la Noche.
- Rodríguez, D. E. C., & Varela, Y. P. V. Y. P. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en Universitarios de la Costa Caribe Colombiana. *Hacia la Promoción de la Salud*, 19(1), 54-67. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2198>
- Rogers, A. (2017). Parent–adolescent sexual communication and adolescents’ sexual behaviors: A conceptual model and systematic review. *Adolescent Research Review*, 2, 293-313. <https://doi.org/10.1007/s40894-016-0049-5>
- Salinas-Hernández, H. (2016). *Masculinidades e Identidades Gay: Tres estudios sobre violencia, mercado y sociabilidad gay en la Ciudad de México*. Voces en Tinta.
- Sánchez, R. (s/f). Evaluación de factores protectores en hombres. *Informe Técnico correspondiente al proyecto IN309719 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIT)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, R. Enríquez, D. y Rosales, R. (2019). Información, motivación y habilidades conductuales asociadas al uso del condón en la última relación sexual en hombres privados de la libertad. *Persona*, 22(1). pp. 37-52.
- Sánchez, R. Enríquez, D. y Rosales, R. (2020). Validación de escala de creencia y actitudes hacia el uso del condón en hombres con VIH. En *Perspectivas y análisis de la salud* (pp. 9-23). Dykinson, S.L.
- Sánchez, R. Enríquez, D., Rosales, R. & Gómez, M. (2016). Creencias hacia el uso del condón en hombres gay. En: R. Díaz-Loving, I. Reyes-Lagunes, S. Rivera, J. Hernández y R. García. *Aportaciones actuales de la Psicología Social* (pp. 290-296, vol. III). AMEPSO.

- Sánchez, R. Enríquez, D., Rosales, R. y Pérez, P. (s/f). Diseño y validación de dos escalas de comunicación sexual con la pareja en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Pensando Psicología*.
- Sánchez, R., de la Rosa, A., Enríquez, D. & Velasco, D. (2020). Comunicación y negociación como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad. *Psicología y Salud*, 30(2), 243-251.
- Santos, G., Beck, J., Wilson, P. A., Hebert, P., Makofane, K., Pyun, T., Do, Tri., Arreola, S. y Ayala, G. (2013). Homophobia as a barrier to HIV prevention service access for young men who have sex with men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(5), e167–e170. <http://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318294de80>.
- Secretaría de Salud. (2011) Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento Antirretroviral en el paciente adulto con VIH. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/245-09_Antirretrovirales_adultos/IMSS-245-09_ANTIRETROVIRALES_EN_ADULTOS.pdf
- Torres, R., Onofre, D. J., Benavides, R. A., Calvillo, C., Garza-Elizondo, M. E., & Telumbre, J. Y. (2018). Riesgo percibido y balance decisional hacia la prueba del VIH en hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, México. *Enfermería Clínica*, 28(6), pp. 394-400.
- Vargas, S. (2014). Saliendo del clóset en México: ¿queer, gay o maricón? En Parrini, R. y Brito, A. (2014) *La memoria y el deseo. Estudios gay y queer en México* (pp. 151-176). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Verdecia, I., Acosta, X., & Carrasco, A. (2015). Conocimiento, actitud y uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 3(1). pp. 26-36
- Zeglin R. J. (2015). Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: a systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 44(7), 1979–1990. <http://doi.org/10.1007/s10508-015-0501-9>

Zheng, L., Hart, T. A. & Zheng, Y. (2012). The relationship between intercourse preference positions and personality traits among gay men in China. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 683–689. <http://doi.org/0.1007/s10508-011-9819-0>.

APÉNDICE



En busca del Ser
3 días · 🌐

⋮

Estimada comunidad, espero te encuentres bien en estos días extraños. Me acerco para solicitar tu apoyo en la Investigación "Masculinidades gay y uso del condón" que tiene por objetivo identificar qué factores, comportamientos, y actitudes están asociadas al uso del condón en hombres homosexuales.

Estoy invitando a HOMBRES GAYS sexualmente activos a llenar dicha encuesta. El tiempo de llenado es entre 20 y 25 minutos. La encuesta es ANÓNIMA y VOLUNTARIA.

De antemano muchas gracias por tu apoyo.

Si deseas recibir una copia de los resultados de la investigación, envíame un mensaje con tu correo electrónico.



**INVESTIGACIÓN:
Masculinidades gay
y uso del condón**

¡Gracias por participar!

DOCS.GOOGLE.COM
Masculinidades gay y uso del condón

Registrarte

👍 Me gusta

💬 Comentar

➦ Compartir

Publicación realizada en Facebook y dirigida a hombres homosexuales para su participación en la Investigación "Masculinidades Gay y Uso del Condón"