



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

ACTITUDES Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE HOMBRES QUE  
TIENEN SEXO CON HOMBRES FRENTE A LA TRANSMISIÓN  
DEL VIH

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

Cuauhtémoc Luna Peña

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTORA:** Dra. Alba Esperanza García López  
**COMITÉ:** Mtro. Gerardo Ángel Villalvazo Gutiérrez  
Dra. Elsa Susana Guevara Ruiseñor  
Mtra. María Felicitas Domínguez Aboyte  
Mtro. Rigoberto Fernández Lima



MÉXICO, Ciudad de México

ENERO 2017



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

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por todo el conocimiento y la formación profesional que a través de sus docentes me brindaron durante todos estos años.*

*A la Dra. Alba Esperanza García López, por haber compartido su conocimiento, su tiempo, experiencia, paciencia, dedicación, por ser una maravillosa persona y una excelente docente, gracias por todo el aprendizaje.*

*A todo el comité, a la Dra. Elsa Guevara, al Mtro. Rigoberto Fernández, al Mtro. Gerardo Villalvazo, a la Mtra. Felicitas Domínguez, gracias por su tiempo, dedicación y aportar su conocimiento en este proyecto.*

*A mis amigos de la Facultad, a Vero, Marina, Criss, Javi, Sarah, Ale, Nayeli, Mayra, Brenda y Sam, gracias por estos años de amistad, por haber estado en momentos muy lindos y porque ahora somos parte de muchos recuerdos universitarios, los quiero muchachos.*

*A mis amigos de la prepa, Angélica, Luis, Diana, Ilse, Mike y Ángeles, porque con ustedes aprendí lo que es la verdadera amistad y que puede perdurar a pesar del tiempo y la distancia, los quiero muchachos.*

*A los chicos del cubículo, Adri, Pame, Toño y Jesús, por haber hecho las visitas a ese cubículo tan divertidas.*

*A los entrevistados en este proyecto, ya que sin su participación no hubiera sido posible su realización, gracias por su tiempo y compartir sus historias conmigo.*

## DEDICATORIAS

*A mi mamá, Rosa María Peña Torres, por ser quien es, por el amor incondicional, por su apoyo, por su dedicación, por siempre estar ahí, por ser mi confidente y porque a veces más que ser una madre es mi amiga, porque nunca me faltas, gran parte de este logro es tuyo, te amo.*

*A mi papá, Lucio Luna Contreras, gracias por haber sido uno de mis primeros maestros, por estudiar conmigo cuando lo necesitaba, por esas lecturas nocturnas, por el apoyo durante todos estos años, por ese buen humor, te amo.*

*A mi hermano, H. Alejandro Luna Peña, por haber sido mi compañero durante todos estos años, por haber sido un gran ejemplo, siempre estás y estarás conmigo, te extraño y te amo.*

*A mi Odín, porque no sólo eres una mascota, eres parte de la familia, alguien que siempre está ahí brindando su amor incondicional, aunque no sepas leer y nunca sabrás, te amo.*

*A mi abuelo Inocente Peña de la Cruz y mi tío Vicente Peña Torres, gracias por el apoyo y el amor de estos años.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	7
1.1 HISTORIA DEL VIH Y EL SIDA .....	7
1.1.1 EL VIH Y EL SIDA EN MÉXICO .....	13
1.2 ORIGEN DEL VIH.....	21
1.3 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.....	26
1.3.1 TRANSMISIÓN VÍA SEXUAL.....	27
1.3.2 TRANSMISIÓN VÍA SANGUÍNEA .....	28
1.3.3 TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL O VERTICAL .....	29
1.4 PRUEBAS DE DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DEL VIH.....	31
1.5 FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH.....	34
1.5.1 FASE AGUDA.....	35
1.5.2 FASE CRÓNICA .....	36
1.5.3 FASE DE SIDA, FINAL O DE CRISIS .....	38
1.6 EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL Y NACIONAL DEL VIH Y EL SIDA .....	38
CAPÍTULO II .....	42
2.1 ACTITUDES.....	42
2.1.1 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES .....	44
2.2 MODELOS PSICOSOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	46
2.2.1 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.....	47
2.2.2 TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN A LA PROTECCIÓN.....	51
2.2.3 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LA CONDUCTA PLANEADA .....	53
2.3 PERCEPCIÓN .....	58
2.3.1 PERCEPCIÓN DE RIESGO.....	61
CAPÍTULO III .....	69
3.1 SEXUALIDAD .....	69
3.2 ORIENTACIÓN SEXUAL.....	75

3.3 IDENTIDAD ..... 77

    3.3.1 IDENTIDAD SEXUAL ..... 80

3.4 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) ..... 83

    3.4.1 EXPLICACIONES A LAS CONDUCTAS SEXUALES ENTRE HOMBRES ..... 86

METODOLOGÍA ..... 95

RESULTADOS ..... 99

DISCUSIÓN..... 120

CONCLUSIONES ..... 136

REFERENCIAS ..... 140

ANEXOS..... 157

## RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad del sistema inmunitario causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), éste destruye las defensas naturales del cuerpo, dejándolo vulnerable a infecciones oportunistas, tumores y el cáncer. En México entre las poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH se encuentran los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). El objetivo de esta investigación fue identificar los conocimientos, las prácticas, los sentimientos y la percepción del riesgo de un grupo de HSH frente a la transmisión del VIH. Fue un estudio cualitativo con fines descriptivos en el que se entrevistó a quince hombres con orientaciones sexuales diversas reclutados a través de la técnica bola de nieve. Para el análisis de resultados se transcribieron las entrevistas y se realizaron tablas de contenido de forma individual y luego de forma grupal para hallar similitudes y diferencias entre lo dicho por los participantes. Se encontró que los participantes cuentan con información acerca de los mecanismos de transmisión y métodos de prevención, que han realizado prácticas sexuales sin el uso del condón al menos en una ocasión ya sea con su pareja estable o esporádica, pese a que sí se percibieron en riesgo y que los sentimientos luego de esta práctica van desde la satisfacción hasta el descontento. Es necesario el entendimiento de cómo los mandatos del género masculino influyen en las relaciones, el sexo, el VIH y el amor entre varones, para la prevención de la infección por este virus.

Palabras clave: Hombres que tienen sexo con hombres, HSH, Percepción de riesgo, conocimientos, prácticas y sentimientos frente a la transmisión del VIH, mandatos de género.

## INTRODUCCIÓN

El avance hacia una cura del VIH y la alta efectividad de los tratamientos antirretrovirales posiciona a la población en una época de cambio, en la que pese a los esfuerzos no se ha logrado encontrar una cura definitiva, los nuevos casos de infecciones van en aumento en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres a edades muy tempranas y la mejor respuesta para frenar las nuevas infecciones es la prevención y el conocimiento de la infección más allá de la epidemiología, explorándola desde las personas.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad del sistema inmunitario causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), éste destruye las defensas naturales del cuerpo, dejándolo vulnerable a infecciones oportunistas, tumores y el cáncer (Sardiñas, 2010).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA (2016) refiere que en 2015 el número global de personas que vivían con VIH era de más de 36 millones, en ese año se registraron 2.1 millones de personas que se infectaron con el virus. En América Latina para el año 2015, 2 millones de personas vivían con el VIH, se estima que en ese año se produjeron más de 100, 000 mil nuevas infecciones (ONUSIDA, 2016).

Al 30 de junio de 2016 el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA, CENSIDA (2016a) reportó que en México 60, 990 personas viven con VIH y 71, 060 con SIDA, para 2015 se reportaron 6, 436 nuevos casos diagnosticados de VIH y 5, 621 de SIDA, a la fecha del reporte, junio de 2016, se encuentran registrados 2, 792 nuevos casos de VIH y 2, 138 de

SIDA. Según los casos diagnosticados en 2016, el 81.7% de VIH y el 84.2% de SIDA corresponde a hombres (CENSIDA, 2016a).

Según el Informe Mundial del ONUSIDA (2013), los hombres que tiene sexo con hombres (HSH) representa la población con el mayor número de infecciones nuevas en América Latina, en todo el mundo la prevalencia de VIH en este sector de la población parece haber aumentado en los últimos años. La infección del VIH en los HSH suele ser cuando son muy jóvenes, en una edad menor a los veinticinco años (ONUSIDA, 2013).

En México la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, este tipo de transmisión ha causado el 95% de los casos acumulados del VIH y del 98% de los nuevos casos diagnosticados en 2014 (CENSIDA, 2016b).

En México entre las poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que se dedican al trabajo sexual (PTS), especialmente en hombres trabajadores sexuales (HTS) y las personas que usan drogas inyectables (UDI) (CENSIDA, 2012). El Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA del CENSIDA (2016b) reporta que para el 2014 del total de los casos nuevos reportados el 54% estuvo relacionado con el grupo de hombres que tienen sexo con hombres.

La epidemia del VIH se encuentra ligada a los comportamientos individuales que colocan a las personas en situaciones de riesgo para la infección de este virus. (Cerón, Góngora & Vera, 2004). Pertenecer a un determinado grupo no expone a las personas a un mayor o menor riesgo de infección por el VIH, son los comportamientos que se realizan los que crean, aumentan y/o perpetúan el riesgo, ya que éstos colocan a las personas en situaciones en las que puedan estar expuestas al virus (ONUSIDA, 2011). Se habla de vulnerabilidad colectiva, donde todos se

encuentran sujetos a una posible infección (Ayres, Franca Jr., Calazns & Saletti Filho 1999, en Gómez & Rosas, 2008), independientemente de su orientación o preferencia sexual (Gaviria, Quinceno, Soto & Vinaccia, 2007).

Pensar que el VIH y el SIDA tiene cura puede llevar erróneamente a la disminución de medidas preventivas (Gaviria, Quinceno, Soto & Vinaccia, 2007); esta visión optimista puede deberse a la introducción de tratamientos antirretrovirales altamente efectivos que han posibilitado la supervivencia de las personas que viven con VIH o SIDA, creando una falsa sensación de invulnerabilidad (Ballester, Díaz, Gil & Morell, 2014). Debido a que el VIH y el SIDA ya no se relacionada directamente con la muerte y se reconoce la efectividad de los medicamentos en su tratamiento, genera seguridad y esto influye en la decisión de protegerse o no (Gómez & Posada, 2007).

En la actualidad se han dado a conocer nuevos tratamientos de alta efectividad para las personas que viven con VIH, prácticas de reducción de riesgos y “posibles curas”. Romero (2015) en su nota periodística “Un fármaco para el alcoholismo podría curar el VIH” menciona que en un estudio de la Universidad de Melbourne, Australia, investigadores les administraron a personas VIH positivas un fármaco llamado disulfiram, utilizado usualmente en el tratamiento del alcoholismo, provocando que células durmientes del VIH despertaran, dando la posibilidad de ser destruidas, el coautor de la investigación añadió que el nuevo reto será cómo deshacerse de la célula infectada.

La Unión de Morelos (2015), reporta que investigadores en la Universidad de Washington, han encontrado en el veneno de las abejas una toxina llamada melitina, la cual puede hacer agujeros en la capa protectora del virus, dando la posibilidad de ser destruido.

En el portal electrónico del periódico Milenio (2015), en su nota “Tratamiento inyectable contra SIDA se administrará en 2016” refieren que el director ejecutivo del ONUSIDA, Michel Sididé, en su visita a Santiago de Chile, destacó que para el año 2016 comenzará la administración del tratamiento inyectable para personas seropositivas, cuyo objetivo será que las personas que viven con el virus puedan dejar el tratamiento retroviral diario.

Dentro de las prácticas de reducción de riesgos, que disminuyen la probabilidad de contraer el virus en prácticas de riesgo se encuentran la Profilaxis pre-exposición, que Domínguez (2014), define como la toma de antirretrovirales, particularmente el medicamento llamado Truvada, semanas antes de tener relaciones sexuales desprotegidas, esto tiene un efecto protector en la sangre y las mucosas que podrían estar en contacto con el virus. La Profilaxis post-exposición es definida por el anterior autor como la toma de antirretrovirales durante veintiocho días, iniciada como máximo setenta y dos horas después de la exposición al virus, con el objetivo de reducir la replicación del virus en el organismo cuando éste entra recientemente a un nuevo cuerpo.

El llevar a cabo una conducta de protección o no se ve influenciada por diversos factores como, el conocimiento, los sentimientos y el percibirse en riesgo o no de contraer la infección.

De acuerdo con Sánchez (1997, en Orcasita, Uribe & Vergara, 2009) las actitudes influyen en las conductas de riesgo que se realizan, es así que la actitud frente al VIH determina el comportamiento frente al virus; Rodríguez (2006, en Forcelledo, Suárez & Tamargo, 2009), menciona que la estructura de las actitudes posee un carácter multidimensional y está integrada por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual, así el comportamiento que se toma es la expresión de lo que se conoce y se siente respecto al objeto actitudinal.

La percepción de riesgo de infección por VIH, es la autopercepción que se tiene de poder infectarse y transmitir el VIH, si se realizan prácticas o conductas riesgosas que favorezcan la adquisición o transmisión del virus (Aragón, 2003). La percepción de riesgo ha sido identificada como un predictor primordial en las conductas de riesgo (Thompson, 2002 en Gaviria, Quinceno, Soto & Vinaccia, 2007).

En el capítulo I se hará un recorrido histórico del VIH, sus mecanismos de transmisión, las formas de detección del virus, las fases de la infección por el virus y la epidemiología internacional y nacional. En el capítulo II se abordará la definición y los elementos que conforman las actitudes, también se analizará lo que es la percepción para explorar la percepción del riesgo, dentro de este apartado también se hará un recuento de algunos modelos psicosociales para la promoción de la salud, pues tratan de los elementos inmersos en el cambio de comportamiento de salud y enfermedad. Finalmente, el capítulo III hará referencia a la sexualidad y a algunos de los elementos que la componen como la orientación sexual y la identidad sexual, para poder comprender el término de hombres que tienen sexo con hombres.

## **CAPÍTULO I**

Este capítulo inicia con un acercamiento a los años del surgimiento del SIDA y el VIH en el mundo y en México, se expondrán aspectos del momento histórico y social en que surgió la epidemia, cómo reaccionó la sociedad y cómo se le hizo frente, para después conocer a través de los avances científicos, el origen del virus. Se hablará también de los mecanismos de transmisión del virus, sexual, maternoinfantil y sanguíneo, una vez conocidas las formas de transmisión del virus se tratarán los medios para su detección, es decir las pruebas de diagnóstico y las pruebas de confirmación. Se abordarán las diferentes fases que incluye la infección por VIH, precoz o primaria, intermedia o crónica, de sida, final o de crisis, describiéndolas con sus principales signos y síntomas, si es que los hay. Este capítulo concluirá con las estadísticas internacionales y nacionales más actualizadas, con el objetivo de conocer el número de casos registrados de personas que viven con VIH en el mundo y en México, así mismo saber cuáles son las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH.

### **1.1 HISTORIA DEL VIH Y EL SIDA**

La aparición de enfermedades infecciosas y desconocidas ha sido parte de la humanidad a lo largo de su historia, en la edad antigua la lepra, en la edad media la peste negra y en el siglo XXI el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA (Miranda & Nápoles, 2009). Las enfermedades recién conocidas han causado diversas reacciones como preocupación y miedo, ninguna de estas enfermedades ha causado más atención y generado más discusiones confusas, antipatía, prejuicios y miedo que el SIDA (Durham & Cohen, 1990).

A finales de la década de los años setenta y principios de los ochenta, en Estados Unidos, tanto en Nueva York, San Francisco y Los Ángeles, se comenzaron a tratar enfermedades inusuales, especialmente en hombres jóvenes, dichas enfermedades eran el Sarcoma de Kaposi, una especie

de cáncer y la *Pneumocystis Carinni*, una extraña forma de neumonía que dificulta la respiración, estos padecimientos usualmente sólo se presentaban en pacientes con un sistema inmunológico dañado o muy deteriorado (Álvarez & Morales, 2008).

Lazarrabal (2011) menciona que en el reporte titulado “*Pneumocystis: Los Ángeles*” y según Álvarez y Morales (2008) publicado el 05 de Junio de 1981 en el *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad, de la agencia epidemiológica *Ceneters for Disease Control and Prevention*, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de Atlanta, Georgia, Estados Unidos, se hacía mención de cinco casos de jóvenes varones homosexuales atendidos en tres hospitales diferentes de los Ángeles, que presentaban neumonía *Pneumocystis Carinni*. El sistema inmunológico de estos jóvenes estaba debilitado, casi desaparecido sin ninguna justificación aparente, los autores de ese trabajo asociaron esto con una modificación celular no descrita hasta el momento, justificándolo con la ausencia de los linfocitos T, CD4. Los pacientes no tenían relación alguna, no se frecuentaban entre ellos, no tenían amigos en común y no tenían conocimientos de enfermedades de transmisión sexual comunes entre sus compañeros sexuales.

En Junio de 1981 en el comunicado llamado “*Kaposi’s Sarcoma and Pneumocystitis Pneumonia among Homosexual Men – New York City and California*” (Sarcoma de Kaposi y *Pneumocystis* entre Hombres Homosexuales de Nueva York y California) del Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad, se informaba a la comunidad médica sobre una nueva epidemia asociada con la orientación sexual de los pacientes (Grmek, 1991, en Chaparro & Estefan, 2011). Todos los casos descritos presentaban una característica común, un deterioro importante del sistema inmunológico (Miranda & Nápoles, 2009).

El 03 de Julio de 1981 The New York Times publicó una nota con el encabezado “Cáncer raro observado en 41 homosexuales” (Grmek, 1991, en Chaparro & Estefan, 2011), donde se hacía mención de un incremento de casos de Sarcoma de Kaposi entre la población homosexual de Nueva York y California (Larrazabal, 2011). La autora anterior señala que dentro de esta nota se encontraban afirmaciones como la del Dr. Curran del CDC quien dijo que “No existía ningún riesgo aparente de contagio entre la población no homosexual” debido a que no habían reportes de ningún caso entre varones no homosexuales ni entre mujeres.

El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros casos reportados en Estados Unidos hizo que a esta nueva enfermedad se le conociera como cáncer gay, síndrome gay, peste rosa y posteriormente inmunodeficiencia relacionada a homosexuales (GRID gay-related immune deficiency) (Álvarez & Morales, 2008), a pesar de que ya se habían identificado casos entre mujeres, niños y hombres heterosexuales (Miranda & Nápoles, 2009). Sentimientos de homofobia y discriminación comenzaron a esparcirse en la sociedad, agravados por el desconocimiento de la verdadera causa de la enfermedad (Grmek, 1991, en Chaparro & Estefan, 2011).

Se observó un rápido aumento en el número de casos entre otros grupos poblacionales (Miranda & Nápoles, 2009), a finales de 1981 aparecieron casos de Pneumocystis en usuarios de drogas inyectables y para mediados de 1982, se habían registrado nuevos casos de la enfermedad en inmigrantes haitianos y en hemofílicos (Larrazabal, 2011), es por esto que se le comenzó a llamar la enfermedad de las cuatro H: homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos (Miranda & Nápoles, 2009). Había quienes modificaban la H de hemofílicos por hookers, en inglés putas (Miranda & Nápoles, 2009).

La población general no sentía simpatía por los inmigrantes haitianos, los usuarios de drogas inyectables y los homosexuales (Durham & Cohen, 1990), por lo que se comenzó a culpabilizar a éstos de la misma y surgió la idea de que existían “víctimas inocentes” de la enfermedad como las mujeres que eran parejas de hombres bisexuales portadores, los hijos nacidos de estas mujeres y los pacientes que habían recibido sangre, en cambio los hombres homosexuales, bisexuales y los usuarios de drogas inyectables fueron culpabilizados por la propagación del SIDA, ignorando los factores sociales y culturales implicados en la enfermedad (Álvarez & Morales, 2008).

Durante una reunión realizada en Washington el 27 de Julio de 1982, en la que se congregaron líderes de organizaciones gay, hemofílicos, ejecutivos de la industria de hemoderivados, funcionarios federales y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), para establecer un protocolo para el control del suministro sanguíneo, en dicha reunión se sugirió el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) para denominar a esta nueva epidemia (Lazarrabal 2011).

En Septiembre de 1982, la CDC hizo pública la primera definición de SIDA, como una enfermedad relacionada con el descenso de la actividad del sistema inmunológico, de razones desconocidas, que dejaba al cuerpo indefenso a enfermedades oportunistas como el Sarcoma de Kaposi y la *Pneumocystis Carinni* (Lazarrabal 2011).

A finales del año 1982, señala la anterior autora, se hizo público el deceso de un bebé de veinte meses que había recibido varias transfusiones de sangre y hemoderivados, en ésta misma época la CDC registró los primeros casos de posible transmisión de madre a hijo.

Fue tarde cuando se comunicó que el SIDA no sólo se transmitía entre personas homosexuales, sino también entre heterosexuales y todo tipo de individuos, incluso por vía

perinatal. Es así como sólo en Estados Unidos el número de casos registrados por los CDC pasó de 200 a finales de 1981, a 750 al concluir 1982, 3000 al terminar el año de 1983, 5000 a mediados de 1984 y 8000 al finalizar este año (Grmek, 1991, en Chaparro & Estefan, 2011).

Chaparro y Estefan (2011) mencionan que pareciera que el hecho de que las personas seropositivas fueran en su mayoría homosexuales, de raza negra, latinos y consumidores de droga, justificaba la negligencia de las instituciones gubernamentales y la indiferencia de la sociedad ante una enfermedad que estaba cobrando miles de vidas.

Fue hasta 1985 tras la indiferencia, la negligencia y apatía de los medios y organismos estatales que activistas gay, comenzaron a agruparse con el fin de que la situación de la comunidad lésbico, gay, bisexual y transexual LGBT, no fuera ignorada por más tiempo y exigir atención, así se crearon organizaciones como Act UP (AIDS Coalition to Unleash Power), Act Now (AIDS Coalition to Network, Organize and Win), Gran Fury, Silence = Death's Project y The Name's Project, entre otras (Chaparro & Estefan, 2011).

La visibilidad comenzó con el resurgimiento de un símbolo, el triángulo rosa con la punta dirigida hacia arriba, que el grupo Act Up colocó sobre un fondo negro y la frase Silence=Death en la parte inferior, utilizado para caracterizar la lucha contra el VIH, como se muestra en la Fig. 1. La lucha contra el VIH y el SIDA progresivamente ganó espacio, la educación sexual era un tema de discusión y el condón era reconocido como un mecanismo altamente eficaz para evitar la transmisión (Ibídem).



Fig.1 Silence=Death, Schwartz (2015)

Con la creencia de que la causa de esta enfermedad era de origen infeccioso diversos grupos de investigación se dieron a la tarea de identificarlo (CENSIDA, 2009); en 1983 el grupo francés dirigido por Luc Montagnier en el Instituto Pasteur en París, informó del descubrimiento de la enzima transcriptasa inversa en el nódulo linfático de un paciente portador de SIDA, lo que señalaba la presencia de un retrovirus, cuya información genética consiste en ARN y necesita de esta enzima para transformarla en ADN cuando infecta una célula, este virus recién descubierto fue llamado LAV (Virus Asociado a la Linfadenopatía) (Lazarrabal 2011).

Siguiendo la línea de la anterior autora en Mayo de 1986, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus le dio una nueva denominación a este virus sustituyéndolo por HIV (VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana).

En 1984 comenzó el desarrollo de fármacos de acción directa contra el VIH, estos nuevos medicamentos debían bloquear la replicación viral y detener la pérdida de las defensas en el organismo, ese mismo año el doctor Samuel Broder, del Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos identifica a la Zidovudina AZT como el primer fármaco que detenía la replicación del

VIH, este fármaco fue aprobado para su uso en 1987 (Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) en Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INERI), 2011).

En 1995 con el uso inhibidores de proteasa y de diversos fármacos en el tratamiento para el VIH se marca el inicio del “Tratamiento Antirretroviral altamente activo o combinado” (TAR), que se basa en el uso de al menos tres antirretrovirales juntos para eliminar al máximo la replicación del VIH y frenar la evolución de la enfermedad (CIENI en INERI, 2011).

### **1.1.1 EL VIH Y EL SIDA EN MÉXICO**

García, et al. (2009) refieren que en México en Marzo de 1983 se diagnosticaron los primeros casos de SIDA, en el Instituto Nacional de Nutrición, “Salvador Zubirán” (INNSZ). Se analizaban reportes clínicos inusuales en hombres jóvenes, frecuentemente con pérdida de peso importante, diarrea crónica, lesiones violáceas en la piel, candidiasis bucal y neumonía con insuficiencia respiratoria (CIENI en INERI, 2011).

Los primeros casos conocidos en México fueron de varones con un alto nivel académico que habían residido en Estados Unidos, pero sus cuadros clínicos diferían en forma importante de los que ocurrían en este país, la ocurrencia de pacientes con diarrea, tuberculosis y criptosporidiasis tuvo mayor frecuencia en pacientes mexicanos, no así la pneumonía carinni (CENSIDA, 2009).

Estos primeros diagnósticos de SIDA en México pasaron desapercibidos para el entonces gobierno del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, sin motivar ninguna declaración de su parte (García, et. al. 2009).

Los anteriores autores destacan la poca difusión que se dedicó al SIDA en la prensa mexicana; en el periódico El Universal para el año 1983 se publicaron cuatro notas acerca de este tema, el 17 de Julio de 1983 se publicó un artículo titulado “Combate Europa al síndrome de la

deficiencia inmunológica” del autor Bryan Wilder donde expresaba que el SIDA era “contagiado por contacto homosexual”, por lo que se le podía considerar como “enfermedad gay”

El 07 de Agosto de 1983 en la nota titulada “Temor e incertidumbre en Chihuahua por un caso de AIDS en El Paso, Texas. Es un síndrome de inmunodeficiencia adquirida que acaba con las defensas del organismo” el autor, Eladio Tizcareño, hacía referencia a un caso diagnosticado en la ciudad de El Paso, haciendo énfasis en el temor que sentía la sociedad chihuahuense por el reciente diagnóstico, se afirmaba que el SIDA había cobrado muchas vidas, pero se trataba principalmente de homosexuales, como si esto redujese la gravedad de la epidemia o para tranquilizar a una sociedad que había rechazado e incluso negado la homosexualidad (Ibídem).

En aquella nota también se hacía referencia a una persona haitiana diagnosticada en 1979, relacionada con las condiciones insalubres en Haití, se comentaba también que los casos diagnosticados en México se habían producido en estadounidenses. Con esto se diseminaba la idea de que el riesgo era de “el otro”, compuesto por homosexuales y extranjeros, según estas interpretaciones el SIDA sólo podía afectar a estos grupos. Así se trataba de ofrecer tranquilidad a los habitantes de Chihuahua y al resto de los mexicanos.

Cano (1983, en García, et al. 2009) muestra las declaraciones hechas por los doctores José Francisco Higuera Ramírez, jefe de la Unidad de Infectología del Hospital General de México y Víctor Faínstein del Hospital M.D. Anderson de Houston en la nota periodística titulada “20 mexicanos hasta la fecha han sido afectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida” en el periódico El Universal, el día 23 de Septiembre 1983, en el encabezado se podía leer “entre los homosexuales se encuentra la mayor incidencia”, en el contenido del artículo se hacía referencia que dentro de los diagnosticados también se encontraban, personas “drogadictas”, enfermos

hemofílicos, e “hijos de prostitutas” o de “mujeres que mantienen relaciones sexuales con bisexuales”.

En el artículo el doctor Faínstein declaró que el SIDA no debía considerarse un mal alarmante, ni generador de pánico, “porque fuera del tipo de personas infectadas, no se tiene conocimiento de casos de la gente común”, así se esparcía la idea de que la pertenencia a la “gente común” protegía del riesgo de infección y las personas afectadas se convertían en objeto de una enfermedad específica.

Como medidas preventivas se sugería a la población disminuir los contactos sexuales entre hombres o con parejas bisexuales, así como el incremento de medidas de higiene. Además el doctor Higuera afirmó que México estaba preparado para detectar la “enfermedad” y brindar atención inmediata en caso de una situación alarmante (García, et al. 2009).

Los anteriores autores menciona que vivir con VIH o con SIDA se convirtió desde el inicio de la epidemia en un factor de estigma, la condición de enfermedad se asoció a aspectos de la sexualidad que eran considerados negativos, como “promiscuidad”, “desviación”, “homosexualidad”, “bisexualidad”. Con la aparición del SIDA se reforzaba la idea de que en la sociedad existían personas normales y sanas, aquellas que era heterosexuales y que se manifestaban a favor de la monogamia, mientras crecía la marca moral y social sobre las personas homosexuales, bisexuales, usuarios de drogas inyectables y trabajadoras y trabajadores sexuales, a quienes se les comenzó a responsabilizar por la epidemia.

Los simpatizantes de la moral tradicional inmediatamente interpretaron esta nueva enfermedad como un castigo de dios, justicia divina contra los hombres homosexuales. Al ser hombres homosexuales, bisexuales y personas dedicadas al trabajo sexual, las primeras personas afectadas,

se estableció una conexión entre enfermedad, transmisión por vía sexual y expresiones socialmente censuradas de la sexualidad (García, et al. 2009).

Las autoridades sanitarias tuvieron que reconocer que en México existía una población diversa, con orientaciones distintas a la heterosexual y que el SIDA se encontraba presente en el país y que era primordial tomar medidas para evitar la propagación del virus a una escala mayor (Ibídem).

A principios del año 1984, los medios de comunicación habían informado a la población que el VIH se transmitía antes de que las personas mostraran los síntomas de la infección, a las personas heterosexuales, sin importar edad, ni condición social y que el virus se transmitía por vía perinatal (García, et al. 2009).

Siguiendo la línea de los autores ya mencionados, a mediados de 1984 el director en turno del Instituto Nacional de Nutrición, el doctor Manuel Campuzano Fernández, informó de manera oficial los veinte primeros casos diagnosticados de SIDA, entre los cuales se encontraban aquellos detectados en 1983.

Desde el inicio de la epidemia fue frecuente que las personas diagnosticadas con VIH fueran objeto de maltrato y humillaciones, en numerosas instituciones de salud del país. Había personal médico y de enfermería, entre otros, que se negaban a brindar los servicios solicitados; el personal de enfermería se negaba a alimentar a las personas internadas con SIDA, o los alimentos les eran proporcionados en recipientes desechables, evitando en todo momento el contacto físico. Si la persona que presentaba signos de la infección por VIH era hombre, se le etiquetaba como homosexual y “promiscuo”, lo que se asentaba en los expedientes clínicos (García, et al. 2009).

El personal de hospitales amenazaba con parar los servicios, las personas enfermas no eran admitidas en los departamentos de urgencias e incluso se complicaba su transporte en ambulancia o camilla. Las personas no sólo vivían con un padecimiento grave e incapacitante, además, diversos grupos sociales los acosaban y se les negaban los cuidados más básicos (CIENI en INERI, 2011).

Los actos de discriminación contra las personas que vivían con VIH o con SIDA continuaban incluso después de la muerte, ya que hubo quienes se negaron a prestar los servicios funerarios o incrementaban los costos si la persona había tenido SIDA (García, et al. 2009).

En 1985 hubo un crecimiento de casos en mujeres, relacionados a transfusiones sanguíneas asociadas con los partos y hemofílicos que usaban crioprecipitados. En ese mismo año la epidemia en México tuvo un desarrollo exponencial (CENSIDA, 2009).

Los periódicos comenzaron a dar noticias acerca de mujeres con VIH, el 21 de Agosto de 1985, el periódico el Universal, publicó una nota llamada “Una joven y su bebé mueren de SIDA, tras larga agonía” en la que la autora Elena Cortés, señala que “La joven señora de quien se desconocen mayores datos llegó al Hospital General con alta fiebre, astenia, adinamia, falta de apetito exagerado, manchas muy marcadas y otros síntomas que ayudaron a descubrir el SIDA. Es la última de tres víctimas en el transcurso del año” (García, et al. 2009).

En 1985 comenzaron los estudios serológicos para detectar la presencia de VIH en donadores por paga y voluntarios, a quienes se les aplicaba cuestionarios con preguntas básicas. Fue también en ese año que en la Ciudad de México se probaron los primeros cuestionarios para conocer los comportamientos sexuales en Hombres que tienen Sexo con Hombres, HSH (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008).

En el año de 1985 el número de niños portadores del VIH era relativamente bajo, pero se estimaba que aumentaría drásticamente; la sociedad comenzó a reaccionar con inseguridad, miedo y prejuicio ante los llamados “niños sida” (García, et al. 2009).

Frente al crecimiento de la epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado internacional para la creación de comités en cada país para hacer frente al SIDA, en Febrero de 1986 se crea en México el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA, a su creación este comité logró establecer la realización obligatoria de pruebas de detección del VIH en la sangre y hemoderivados en todo el país, instalar la vigilancia epidemiológica y la producción de los primeros materiales educativos (Magis & Parrini, 2006).

García, et al.(2009) exponen que pese a la información acerca del VIH, como sus mecanismos de transmisión y que los datos epidemiológicos mostraban que no se trataba de un problema exclusivo de un grupo poblacional particular, ni resultado del ejercicio de una sexualidad distinta, la sociedad mexicana continuaba realizando acciones discriminatorias hacia las personas que vivían con VIH. Continuó el énfasis contra los hombres homosexuales culpabilizándolos por la propagación del virus.

Los actos de persecución hacia hombres homosexuales continuaban, entre éstos se encuentran los volantes que fueron distribuidos en diferentes partes de la ciudad de México en los que se afirmaba que el SIDA era transmitido 100% por homosexuales, de quienes era necesario cuidarse; y en los que se exhortaba a la población la notificación inmediata de cualquier caso de SIDA a la Secretaria de Salud (Ibídem).

Desde 1986 hasta finales de los años noventa la epidemia creció en número y se diseminó a nuevas poblaciones. Los migrantes mexicanos que regresaban a sus lugares de procedencia

esporádicamente o de manera definitiva, iniciaron con lo que se denominó la ruralización de la epidemia, a través de transmisión de VIH a sus parejas. Paralelamente el crecimiento de la comercialización de droga en la frontera norte del país hizo que aumentara el número de infecciones por VIH en usuarios de drogas inyectables (CENSIDA, 2009).

Entre 1987 y 1988 mediante cuestionarios se estudiaban los conocimientos, actitudes y prácticas, en la población general mayor de 15 años de la capital del país. Las primeras intervenciones se realizaron con la información obtenida de estos cuestionarios y gran parte de las preguntas en dichos cuestionarios se utilizaron para instaurar el Sistema de Vigilancia Centinela (SVC) de primera generación (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008).

En Agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA) como un órgano desconcentrado de la Secretaria de Salud cuyo objetivo principal era el de “promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del SIDA, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan” (Magis & Parrini, 2006).

En 1992 se pusieron en marcha diversas estrategias y materiales dirigidos a poblaciones vulnerables a la infección por VIH, entre ellas los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales, niños de la calle, migrantes, adolescentes y mujeres (Ibídem).

Magis y Parrini (2006) exponen que en 1993 se creó la Norma Oficial Mexicana de Sangre (NOM-003-SSA2-1993), con la finalidad de “uniformar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”.

Dichos autores mencionan que de 1988 a 1992 se llevó a cabo una investigación para identificar factores de riesgo para la transmisión del VIH en HSH y la evaluación de estrategias preventivas. Como resultado de esta investigación se fomentaron talleres de sexo seguro para HSH y en 1992 se elaboró el video “Sexo seguro” dirigido a esta población y distribuido en programas estatales y organizaciones civiles que trabajan con aquella población. Para 1993 se elaboró el video “De chile, de dulce y de manteca” dirigido a la población homosexual y bisexual. De 1994 a 1996 la principal estrategia implementada por CONASIDA para esta población fue la distribución de condones, carteles y trípticos.

El tratamiento que se ofrecía a las personas portadoras de VIH o SIDA entre los años 1987 y 1990 se limitaba al manejo de las infecciones oportunistas. El primer medicamento eficaz para el tratamiento del SIDA fue el Zidovudina conocido como AZT, éste llegó a México hasta 1991, y las instituciones de salud lo comenzaron a prescribir sólo a pacientes que ingresaban a protocolos clínicos (Magis & Parrini, 2006).

A partir de 1992 a 1997, las instituciones de salud adquirieron antirretrovirales (ARV), sin embargo, en ese tiempo el efecto benéfico era muy poco y los efectos secundarios demasiados; en 1996 se demostró que al combinar un nuevo grupo de ARV, conocidos como inhibidores de proteasa se lograba retrasar el daño al sistema inmunológico, este nuevo tratamiento logró detener las infecciones oportunistas en un 40% y disminuir el número de hospitalizaciones. (Magis & Parrini, 2006).

Entre 1997 y 1998 gracias al activismo integrado en su mayoría por personas que vivía con VIH las autoridades mexicanas aprobaron la compra de los fármacos antirretrovirales (CIENI en INERI, 2011).

Con el objetivo de que las personas de bajos recursos que vivían con VIH o con SIDA y que no tenían seguridad social o privada se creó en 1998 un fideicomiso llamado FONSIDA que costearía los antirretrovirales. Desde 2001 desaparece FONSIDA y la Secretaría de Salud asume la compra de los antirretrovirales y los distribuye de acuerdo a las necesidades de cada estado de la República Mexicana. A partir de 1996 México cuenta una política nacional de tratamiento antirretroviral gratuito para evitar la transmisión perinatal. En 1998, esta distribución de antirretrovirales se complementó con el aseguramiento del tratamiento postparto y la suspensión de la lactancia materna (Magis & Parrini, 2006).

Para 2005 se estimaba que con el Programa de Distribución Gratuita de ARV para población no asegurada y quienes cuentan con seguridad social, México tenía una cobertura del 100% de las personas registradas que vivían con SIDA (Magis & Parrini, 2006).

En la actualidad los tratamientos con antirretrovirales de alta efectividad impiden que el VIH se replique y provoque problemas graves a la salud de quien es portador, por lo que la infección se ha convertido en un problema que puede ser relativamente controlado, esto ha provocado la percepción de que la urgencia del SIDA y las medidas que se han puesto en marcha para darle respuesta pertenecen al pasado y son algo ajeno a nuestra realidad. Conocer la historia del SIDA en México brinda la posibilidad de apropiarse del pasado con la oportunidad para transformar aquello del presente que merezca ser modificado (García, et al. 2009).

## **1.2 ORIGEN DEL VIH**

Desde la aparición del VIH han surgido diferentes hipótesis que han tratado de explicar dónde, cuándo, cómo y por qué se originó este virus, algunas de ellas sin ningún fundamento científico y otras pudiendo ser consideradas seriamente. Dentro de las primeras conjeturas que se realizaron

para dar una explicación al origen del VIH se encuentra aquella donde la mayoría de las personas consideraron el origen del SIDA como un castigo de dios para los homosexuales (Miranda & Nápoles, 2009).

Otra de las primeras suposiciones que adquirió fama durante la época del surgimiento de los primeros casos fue donde el agente causal era el nitrato de anilo (Miranda & Nápoles, 2009), conocido como poppers, una sustancia de uso recreativo (Lazarrabal, 2011) utilizado con el fin de activar el proceso sexual; al diagnosticarse pacientes portadores del VIH que no usaban esta sustancia se descartó a los nitritos como agentes causales (Miranda & Nápoles, 2009).

Se sugirió también que era una enfermedad del antiguo Egipto, quizá proveniente de la tumba del rey Tut o tal vez una enfermedad bíblica. El que el sarcoma de Kaposi fuera una enfermedad endémica de algunas zonas de África dio origen a la hipótesis de que el virus había tenido como punto de inicio a dicho continente (Durham & Cohen, 1990).

Estados Unidos y la antes llamada Unión Soviética se culpaban entre sí, acusándose de haber creado el virus en sus respectivos laboratorios militares (Pérez, 2008).

Otra hipótesis que trataba de explicar la aparición del virus fue aquella en la que se decía que el virus se introdujo a través de la vacuna contra la poliomeilitis, elaborada en cultivos de células renales de chimpancés que fueran portadores del virus de inmunodeficiencia de simios (VIS) (Miranda & Nápoles, 2009).

En un estudio publicado en la revista *New Scientist* en 2006 se hace referencia que partiendo del análisis de diferentes tipos de virus y comparando su velocidad de mutación, se pudo encontrar un ancestro común, se sugiere que el VIH debió haber llegado a Estados Unidos en el año 1968; sin embargo se tiene registro del caso de un adolescente afroamericano, Robert R., de

San Luis Misuri que falleció a la edad de quince años debido a una extraña enfermedad, Robert R. cuando comenzó a ser tratado presentaba problemas respiratorios y dermatológicos, un número de glóbulos blancos inusualmente bajo y una infección de clamidia, síntomas asociados a lo que sería llamado SIDA, en 1987 se realizó una autopsia a los restos congelados y se identificaron nueve proteínas que componen el VIH, la aparición de este caso sugirió que el virus estaba presente en ese país antes de 1966, cuando Robert R. comenzó a tener sus primeros síntomas (Lazarrabal, 2011).

En Europa hubo la notificación del caso del noruego, Arvid Noe, quien de acuerdo con Larrazabal, falleció en 1976 a los treinta años de edad, como consecuencia del Sarcoma de Kaposi y tras haber manifestado dificultades motoras y demencia, su esposa e hija de nueve años murieron al año siguiente con síntomas similares. En 1988 muestras de su sangre fueron analizadas en el Hospital Nacional de Oslo y se detectó la presencia del VIH; se cree que Noe contrajo el virus en la década de 1960 en un viaje a la costa occidental de África por su trabajo como marinero.

Otro caso conocido en Dinamarca, menciona Lazarrabal (2011), es el de Margrethe P. Rask, cirujana danesa, quien durante los años 1972 y 1977 trabajó en dos hospitales de Zaire, África y desde 1974 padecía dificultades respiratorias, pérdida de peso e inflamación de los nódulos linfáticos, síntomas que se agravaron en 1977 lo que hizo que regresara a Dinamarca, fue diagnosticada con infección por estafilococo, candidiasis y neumonía por neumocistis, murió ese mismo año. Su sangre fue analizada en 1987 y se confirmó que fue portadora del VIH, es probable que su infección se debiera a las condiciones precarias en las que practicaba cirugías en Zaire y se haya visto expuesta a sangre y secreciones de pacientes africanos que portaban el virus aún desconocido.

El caso documentado más antiguo se remonta a una muestra de sangre de un varón conservada en Kinshasa desde 1959, actual capital de la república democrática del Congo, cuando la ciudad se llamaba Leopoldville, en esta muestra de sangre se encontraron diversas secuencias del genoma del VIH (Ibídem).

Un grupo de científicos de la Universidad de Oxford, en el Reino Unido, y de la Universidad de Lovaina, en Bélgica, han analizado las mutaciones del código genético del virus, ya que estos cambios en el genoma son marcas que no pueden borrarse, menciona Oliver Pybus, de la Universidad de Oxford; al leer las marcas generadas por esas modificaciones, los especialistas reconstruyeron el “árbol familiar” del virus y llegaron a sus orígenes (Gallagher, 2015).

El autor anterior menciona que para determinar el origen del virus se ha recurrido a innovadoras técnicas de arqueología viral, en la que se han analizado muestras de VIH preservadas que permitieron rastrear el código genético del virus y que han brindado evidencia que dirige los orígenes del virus a Kinshasa.

El análisis genético de los virus llevó a los expertos a determinar que éste debió infectar a los humanos por primera vez en 1880, en esta época Leopoldville, actual Kinshasa, era la ciudad más grande del Congo (Lazarrabal, 2011), para el año 1920 surgieron las condiciones necesarias que contribuyeron a la propagación del virus, rápido aumento poblacional, prostitución y el desarrollo del ferrocarril, otro aspecto que seguramente contribuyó fue el uso de agujas sin esterilizar en los hospitales (Gallagher, 2015).

En 1920, Leopoldville era una ciudad en rápido crecimiento, declara el anterior autor, llegaron gran cantidad de obreros varones hasta hacer que la población de hombres duplicara la de

mujeres, eventualmente se generó el desarrollo del comercio sexual; documentos médicos de la época informan que existía una alta incidencia de diversas infecciones de transmisión sexual.

Otro factor que contribuyó al esparcimiento del virus fue el uso de agujas sin esterilizar en los hospitales y el desarrollo del ferrocarril que permitió a la población moverse en el extenso territorio del país (Gallagher, 2015).

Los datos disponibles hasta ahora indican que origen del VIH es resultado de múltiples eventos de zoonosis, donde el Virus de Inmunodeficiencia de Simios (VIS) ha pasado a la especie humana, a través del contacto con la sangre y otros tejidos con el virus durante la cacería, el comercio y el consumo de primates (CENSIDA, 2009).

CENSIDA (2009), señala que existen dos grandes tipos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2. Como indica su análisis evolutivo, el VIH-1 parece haber surgido como resultado de tres eventos independientes de infecciones zoonóticas con el VIS (Virus de Inmunodeficiencia en Chimpancés, VIScpz), existen a su vez tres grandes ramas del VIH-1, denominadas M, N y O. Por su parte el VIH-2 se encuentra genéticamente más relacionado con el VISsm de los llamados monos verdes o sooty mangabeys en inglés; el VIH-2 se subdivide en ocho grupos que han sido identificados con las letras de la A hasta la H.

Los cambios demográficos y sociales, como la migración, los viajes intercontinentales, la liberación sexual, el uso compartido de jeringas y la distribución de sangre y hemoderivados favoreció la propagación mundial del VIH (Cobo, 2005).

### 1.3 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

El VIH ha sido encontrado en diferentes fluidos corporales como la sangre, el líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, orina, semen, secreciones vaginales y cervicales, leche materna, secreciones óticas y bronquiales de la persona que vive con VIH. Sin embargo la concentración del VIH en las células varía y sólo se transmite a través de aquellos fluidos con concentraciones importantes del virus. Los mecanismos de transmisión identificados son la vía sexual, la exposición parenteral a la sangre y hemoderivados y la transmisión perinatal; el VIH no se transmite a través de la saliva, el sudor, lágrimas, orina, aliento, apretones de manos (Cobo, 2005), por besos, abrazos o compartir alimentos o bebidas (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015).

La infección se produce cuando una cantidad suficiente de virus que se encuentra presente en fluidos como la sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna de personas que viven con el virus; ingresa en el torrente sanguíneo a través de heridas, pinchazos, lesiones en la piel, mucosa vaginal, mucosa anal o en la mucosa bucal. El VIH sobrevive poco tiempo fuera del organismo por lo que debe de acceder al torrente sanguíneo de la persona expuesta. La transmisión requiere de una cantidad mínima del virus para ocasionar la infección, por debajo de este umbral, el organismo logra librarse del virus y le impide alojarse en el cuerpo (StopSIDA, 2011a). Por debajo de <1500 copias/ml. de carga viral plasmática la transmisión del VIH es casi nula (Pachón, Pujol & Rivero, 2003).

### **1.3.1 TRANSMISIÓN VÍA SEXUAL**

La mayoría de las infecciones por el VIH en todo el mundo han sido adquiridas por vía sexual, y sobre todo en relaciones sexuales entre personas heterosexuales. Las relaciones sexuales no protegidas representan un alto riesgo de infección para el VIH (Cobo, 2005).

La penetración anal y vaginal sin condón tiene un riesgo elevado de infección para transmitir el VIH, tanto para quien realiza la penetración como para quien es penetrado(a) (StopSIDA, 2011a) a través del contacto de fluidos sexuales como el semen, el líquido vaginal, el moco de la vagina, el moco del ano y la sangre con las membranas mucosas de los genitales o el ano (Hernández & Martínez, 2013).

La posibilidad de infección por VIH aumenta si existen úlceras, llagas, desgarros o cortes microscópicos en el tejido genital, es decir en el recubrimiento de la vagina, el pene o el ano (Hernández & Martínez, 2013) o la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), especialmente la presencia de úlceras por sífilis, chancro blando o herpes (Cobo, 2005).

El sexo oral es una práctica de bajo riesgo, es probable que en la mayoría de las circunstancias la probabilidad de transmisión del VIH sea nula o casi nula, aunque esta aumenta si el semen, el líquido preseminal (Hernández & Martínez, 2013) o el flujo vaginal se mantiene en la boca y se tienen heridas en la mucosa de ésta o la faringe (StopSIDA, 2011a).

Es probable que el recibir sexo oral no tenga ningún riesgo, pues la saliva no es un medio por el cual se transmita el VIH; en general la boca es muy resistente a la infección, pero la presencia de cortes, llagas o encías sangrantes puede ser una vía para la transmisión del VIH (Hernández & Martínez, 2013).

### **1.3.2 TRANSMISIÓN VÍA SANGUÍNEA**

La exposición a través de la sangre es la responsable de la adquisición del VIH mediante transfusiones sanguíneas, hemoderivados como plasma y factores de coagulación, también se encuentra la transmisión entre usuarios de drogas inyectables (UDI) que comparten jeringas y es por este medio que los trabajadores sanitarios podrían adquirir el virus (Cobo, 2005).

Hoy en día la transmisión a través de transfusiones sanguíneas y hemoderivados es casi inexistente (Cobo, 2005), desde que todas las donaciones de sangre en países desarrollados están bajo control sanitario; las donaciones de órganos para trasplantes y donantes de semen actualmente también se encuentran controlados y vigilados (StopSIDA, 2011a), la transmisión del virus sólo es posible si el donante se encuentra en la fase de ventana de la infección por VIH (Cobo, 2005).

La infección del VIH en UDI se transmite a través de microtransfusiones de sangre que contiene el virus (ibídem), el hecho de compartir agujas, jeringas u otros instrumentos que tengan contacto directo con la sangre tiene un riesgo elevado de infección (StopSIDA, 2011a).

El contacto de la sangre u otro fluidos que pueden transmitir el virus con la piel intacta, con una herida cicatrizada, con una herida superficial no tiene riesgo de infección, incluso con una herida abierta, conlleva muy poca probabilidad de transmisión, se tiene que valorar el grado de exposición al fluido y la profundidad de la herida (Cruz Roja Española, 2008a).

Cobo (2005), señala que el riesgo de exposición accidental al virus en personal sanitario es muy bajo y la mayoría de infecciones por VIH en éstos se ha debido a otros mecanismos no relacionados con su trabajo. Pueden contraer el virus por pinchazos o cortes, por sangre visible en una aguja o bisturí, por aguja previamente insertada en arteria o vena o penetración profunda de

éstas. No existen casos de transmisión del VIH en personal de la salud por el contacto diario con pacientes o con el contacto rutinario con muestra de laboratorio.

Toda práctica que suponga un corte de la piel o la mucosa con presencia de sangrado supone un riesgo de transmisión del VIH (Cobo, 2005), por lo que es recomendable no compartir objetos que puedan implicar contacto con la sangre, como el cepillo de dientes u hojas de afeitar (StopSIDA, 2011a).

El VIH sobrevive a la intemperie mientras los fluidos en los que se encuentre presente, como en la sangre, semen o flujo vaginal estén frescos, el virus es muy sensible al medio ambiente y muere con facilidad (Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011).

El tiempo de supervivencia del virus fuera del cuerpo depende de diversos factores como la cantidad de VIH presente en el fluido y las condiciones a las que éste se encuentre sometido, como la temperatura y la humedad. La exposición al aire seca el fluido y eso destruye o descompone de un 90% a 99% del virus en pocas horas (San Francisco AIDS Foundation, 2016) o minutos (Cruz Roja Española, 2008b).

### **1.3.3 TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL O VERTICAL**

Las mujeres seropositivas embarazadas pueden transmitir el virus a su producto en cualquier momento del embarazo (CENSIDA, 2010a) y la lactancia, debido a diferentes características como el tipo de virus y la carga viral, así como circunstancias obstétricas que aumentan el riesgo de transmisión (Barrientos & Magis, 2009).

La transmisión del virus de la madre a su producto puede ocurrir según Barrientos y Magis (2009), In útero, a partir de la octava semana de embarazo existe la posibilidad de que hayan partículas virales del VIH en el tejido fetal a consecuencia del contacto de la sangre materna y la

sangre del feto durante el crecimiento de la placenta. Durante el trabajo de parto, esta forma de transmisión se debe al contacto tan cercano de la sangre materna con la del niño, el líquido amniótico y otros tejidos que contengan el virus. Posparto, la infección en este momento ocurre a través de la alimentación con leche materna, el riesgo de infección varía dependiendo de la carga viral de la madre, la duración de la lactancia, las lesiones orales del lactante, la presencia de lesiones en la glándula mamaria, entre otros. La lactancia materna en mujeres con VIH no es recomendable, siempre y cuando existan fórmulas lácteas para alimentar al bebé, de no ser así, se puede extraer la leche materna y hervirla por al menos cinco minutos y ser administrada al bebé por tiempos cortos.

En México el acceso al tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión vertical está disponible desde 1998, garantizando el tratamiento a la madre y a su hijo (Barrientos & Magis, 2009).

México muestra una tendencia favorable en la disminución de nuevos casos perinatales, aunque en menor medida, siguen habiendo nacimientos de niños seropositivos (CENSIDA, 2012). El uso de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y el parto, la cesárea electiva y la eliminación de la lactancia materna en mujeres que viven con VIH han logrado disminuir el riesgo de transmisión a un 2% si son seguidas esas recomendaciones (CENSIDA, 2015a).

La Organización Panamericana de la Salud (2015) en su reporte “Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis en las Américas, 2015” ubica a México como un país en progreso hacia la meta de eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH.

## 1.4 PRUEBAS DE DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DEL VIH

La única forma de conocer el estado serológico es realizándose una prueba de detección del VIH (InfoSIDA, 2012) éstas muestran si una persona ha contraído este virus, pero no pueden determinar por cuánto tiempo lo ha tenido (InfoSIDA, 2015).

Cuando se ha producido la infección por VIH hay una fase que se denomina periodo de ventana de una duración aproximada de 3-6 semanas aproximadamente, aunque puede durar hasta 36 semanas, donde no es posible detectar los anticuerpos contra el VIH (Cobo, 2005).

Un resultado negativo indica que la persona es seronegativa, con un resultado positivo es necesario hacer pruebas de confirmación para descartar posibles errores (Stop SIDA, 2011b).

Las pruebas del VIH que comúnmente se realizan detectan los anticuerpos que produce el sistema inmunitario como respuesta al virus, ya que son más fáciles de detectar que el propio virus y el gasto económico de la prueba es menor, en la mayoría de las personas, los anticuerpos tardan tres meses en desarrollarse, en casos poco comunes pueden tardar seis meses (ONUSIDA, 2008a). Los anticuerpos contra el VIH son proteínas producidas por el cuerpo que combaten a la infección por este virus (Info SIDA, 2015).

Hay varias pruebas del VIH, unas son utilizadas para la detección del virus y otras para dar seguimiento o confirmación del resultado si este es positivo, se utiliza una muestra de sangre o saliva para análisis y detección del virus (InfoSIDA, 2015).

Dentro de las pruebas utilizadas para la detección del VIH se encuentran el test llamado ELISA por sus siglas en inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay o Ensayo de Inmunoabsorción Ligado a Enzimas, éste detecta los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus (StopSIDA, 2011b).

Las técnicas de ELISA de cuarta generación detectan simultáneamente anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2 y el antígeno p24 del VIH-1 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). El antígeno p24 es una proteína encontrada en el VIH (Clínica DAM, Prueba del VIH den antígeno p24, 2015).

Con la ELISA de cuarta generación un resultado que es negativo a partir de la sexta semana se considera que no existe infección por VIH, con la ELISA de tercera generación un resultado se considera así a partir de los tres meses (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Esta prueba tiene una sensibilidad del 99.9%, lo que reduce la posibilidad de un falso negativo, un resultado negativo no requiere confirmación ni seguimiento serológico y reduce el periodo de ventana de 13-15 días (Álvarez, Bernal, Chueca, García, Guillot, 2011).

Si se obtiene un resultado positivo con esta prueba debe verificarse para eliminar cualquier posibilidad de error (StopSIDA, 2011b).

Otro medio para la detección del VIH son las conocidas como pruebas rápidas para la detección de anticuerpos, utilizadas en la detección de la infección por VIH-1 o VIH-2 a través de la saliva, suero, sangre, plasma u orina. Son técnicamente iguales a la prueba ELISA, con la ventaja de que son fáciles de aplicar, pues no requieren de laboratorio y el resultado está disponible en pocos minutos (CENSIDA, 2010b).

Un resultado negativo obtenido antes de los tres meses de la posible infección por VIH, no es concluyente y la prueba debe de realizarse pasado este tiempo para considerarla negativa de manera definitiva. Si la prueba rápida es de cuarta generación, un resultado negativo obtenido a partir de cuarenta y cinco días o un mes y medio después de la práctica de riesgo tiene un 95% de

fiabilidad y requiere de la repetición de la prueba noventa días posteriores a la posible infección para considerarlo definitivo. Cualquier resultado positivo requiere de confirmación (Cruz Roja Española, 2008c).

Las pruebas de confirmación para la infección por VIH como su nombre lo indica tienen la finalidad de confirmar la presencia del VIH en una persona con una prueba presuntamente positiva, por lo que tienen alta especificidad, sus resultados se basan en la presencia de anticuerpos contra el virus o componentes de éste (Álvarez, Bernal, Chueca, García & Guillot, 2011).

Las técnicas de confirmación más utilizadas son el Western Blot (WB) y el Inmunoblot Recombinante (LIA), estas técnicas permiten detectar anticuerpos específicos frente a las diferentes proteínas del virus. Se recomienda que estas pruebas puedan diferenciar entre las infecciones producidas por el VIH-1 o por el VIH-2, debido a su patogenicidad y el tratamiento de ambos virus (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

La técnica de determinación del VIH mediante reacción de amplificación genómica por reacción en cadena de polimerasa (PCR), busca parte del genoma del virus a partir de una muestra de sangre (Cobo, 2005), es un método que se basa en la detección de ácidos nucleicos del virus (Sardiñas, 2010).

Sólo se considera que una persona tiene la infección por VIH cuando el resultado de la prueba de confirmación es positivo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) y un resultado negativo indica que la persona es seronegativa (StopSIDA, 2011b).

La finalidad de la realización de una prueba de detección del VIH, es saber si se tiene el virus en el cuerpo, y recibir tratamiento de manera oportuna, para no vivir en la angustia de la

incertidumbre, para ejercer la vida sexual de manera plena y responsable y tener cuidados para la conservación de la salud (CENSIDA, 2015b).

Las pruebas de detección deben de realizarse en lugares como consultorios médicos, centros de salud, hospitales o sitios habilitados para la realización de éstas, proporcionando asesoramiento y garantizando la confidencialidad de los resultados de las pruebas (ONUSIDA, 2008a).

Si la prueba tiene un resultado negativo significa que la persona no tiene el virus en su organismo y para continuar así debe de ejercer su sexualidad con responsabilidad, evitando prácticas sexuales de riesgo y usando condón en sus relaciones sexuales (CENSIDA, 2015b).

Si el resultado es positivo, significa que es una persona que vive con VIH, que debe cuidar de su salud para que el virus no la afecte, siguiendo el tratamiento para evitar enfermedades que puedan llegar a ser graves, utiliza condón en sus relaciones sexuales para evitar la transmisión a sus compañeros y realizarse periódicamente pruebas para conocer su estado de salud y la efectividad de su tratamiento (CENSIDA, 2015b).

## **1.5 FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH**

La mayoría de las personas que han contraído el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. (ONUSIDA, 2008b). La infección por VIH se caracteriza por una serie de fases clínicas con sus respectivas manifestaciones, una de las cuales es el SIDA, que es el estadio final de la infección por este virus (Lamotte, 2004).

La Secretaria de Salud, la Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2012), identifican tres fases en la infección por VIH, la fase aguda, la fase crónica y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

### **1.5.1 FASE AGUDA**

En esta fase el virus llega al organismo y se caracteriza clínicamente por dos situaciones, puede ser asintomática, como ocurre en el mayor número de casos o sintomática en donde el cuadro clínico se presenta con diversos y variados síntomas (Sardiñas, 2010).

Tras la infección por VIH hay altos niveles del virus en el cuerpo, sin embargo no es posible la detección de anticuerpos, en esta fase el virus se disemina e invade muchos tejidos y órganos, principalmente el tejido linfoide, los ganglios linfáticos y el sistema nervioso (Cobo, 2005).

Cuando hay presencia de síntomas en esta fase, según Sardiñas (2010), se presentan síntomas de carácter general como fiebre, faringitis, linfadenopatías, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso. Dermatológicos, como exantema eritematoso maculopapular, urticaria difusa y alopecia. Síntomas gastrointestinales, entre los que se encuentran, náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas y síntomas neurológicos como cefalea, dolor retrobitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain.

La Secretaría de Salud, la Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2012) menciona que el cuadro de la infección se caracteriza por fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito.

La gran mayoría de personas seropositivas no son diagnosticadas en esta fase, ya que los síntomas son compartidos por varias enfermedades. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus y desaparece pocos días después (Ibídem).

Se produce una respuesta del sistema inmunológico contra el VIH, sin embargo esta respuesta inicial no es suficiente para su eliminación (Lamotte, 2004), no es posible detectar anticuerpos específicos contra el VIH, pero existe una respuesta citotóxica, es decir, que el sistema inmunológico impide la replicación del virus (Codina, Ibarra & Martín, 2002, en Gamundi, 2002). La aparición de anticuerpos frente al VIH ocurre alrededor de 1 a 3 meses después de la llegada del virus al cuerpo (Cobo, 2005).

Durante esta fase las pruebas tradicionales de detección del VIH darán negativo, debido a que detectan anticuerpos contra el VIH, por el contrario hay una elevada cantidad del virus durante la fase aguda de la infección (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012)

La mayoría de las personas experimenta una mejora progresiva hasta quedar totalmente asintomáticos, entran a un periodo llamado latencia clínica que puede durar años (Cobo, 2005).

### **1.5.2 FASE CRÓNICA**

La fase crónica de la infección por VIH se llama también fase de latencia clínica porque la persona que vive con el virus se encuentra asintomática, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección, esto no quiere decir que el virus esté inactivo. (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012). La cantidad de virus en el organismo disminuye respecto a la primera fase de la infección, pero el virus continúa replicándose, sobre todo en el tejido linfoide (Codina, Ibarra & Martín, 2002, en Gamundi, 2002).

La Secretaría de Salud, la Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2012), refieren que durante esta fase diariamente se

producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Las personas se encuentran asintomáticas gracias a la capacidad del sistema inmunológico para regenerar las células destruidas por el virus, o pueden llegar a presentar adenopatías, es decir, inflamación de los ganglios linfáticos.

Sardiñas (2010) y Lamotte (2004), señalan la existencia de una fase intermedia entre la fase crónica y el SIDA, y la identifican con el nombre de Fase de complejo relacionado con el SIDA.

También se le conoce como pre-sida o SIDA menor, aparecen síntomas menos graves que en la siguiente etapa (Lamotte, 2004) y se pueden presentar los siguientes, malestar general, fatiga persistente, fiebre de origen desconocido, pérdida de peso, anemia, disminución en el número de plaquetas en la sangre, tos seca persistente, diarrea, candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recurrente anal o genital, verrugas genitales, disminución en la capacidad para moverse o sentir, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica (Sardiñas, 2010).

Durante esta fase hay un aumento en la replicación viral y disminución de las funciones de sistema inmunológico del organismo (Lamotte, 2004).

En ausencia de tratamiento el virus termina por desgatar al sistema inmunológico y alrededor de cinco a diez años las personas que viven con VIH desarrollan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012).

### **1.5.3 FASE DE SIDA, FINAL O DE CRISIS**

En esta fase de la infección por VIH, la persona seropositiva posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4 (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012) y una alta replicación del virus, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico (Sardiñas, 2010).

Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros (Lamotte, 2004), que lo pueden llevar a la muerte, la neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que pueden desarrollar las personas que viven con VIH y que desarrollan SIDA (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012).

Sin tratamiento antirretroviral se estima que 50% de las personas que viven con VIH desarrollarán SIDA en 10 años, cerca del 20% en 5 años y un 10% no habrá progresado a esta fase de la infección en 20 años (Cobo, 2005).

Incluso en esta fase de la infección, ésta puede ser controlada a través del tratamiento antirretroviral. Los antirretrovirales brindan una mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012).

### **1.6 EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL Y NACIONAL DEL VIH Y EL SIDA**

La Organización Mundial de la Salud (2015) menciona que el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA (2016) refiere que en 2015 el número global de personas que vivían con

VIH era de más de 36 millones, en ese año se registraron 2.1 millones de personas que se infectaron con el virus, de los cuales 1.9 millones fueron mayores de 15 años de edad y 150, 000 de 0 a 14 años de edad. A diciembre del 2015, 17 millones de personas tenían acceso al tratamiento antirretroviral y en ese mismo año fallecieron 1.1 millones de personas a consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA.

En América Latina para el año 2015, 2 millones de personas vivían con el VIH, se estima que en ese año se produjeron más de 100, 000 mil nuevas infecciones, de las cuales entre 84, 000 y 120,000 se dieron en personas mayores de 15 años y alrededor de 2, 100 infecciones en personas de 0 a 14 años de edad. En esta región hubo 1.1 millones de personas con acceso al tratamiento antirretroviral y 50, 000 muertes relacionadas con el SIDA (ONUSIDA, 2016).

Al 30 de junio de 2016 el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA, CENSIDA (2016a) reportó que en México 60, 990 personas viven con VIH y 71, 060 con SIDA, para 2015 se reportaron 6, 436 nuevos casos diagnosticados de VIH y 5, 621 de SIDA, a la fecha del reporte, junio de 2016, se encuentran registrados 2, 792 nuevos casos de VIH y 2, 138 de SIDA. Según los casos diagnosticados en 2016, el 81.7% de VIH y el 84.2% de SIDA corresponde a hombres (CENSIDA, 2016a).

En la Ciudad de México del año 1984 al 2016, 11, 886 personas se encuentran registradas como seropositivas, de las cuales, 10, 562, son hombres y 1, 324, son mujeres. Para el año 2015, se encontraron registrados 883 casos de VIH en la Ciudad de México, de los cuales 807, fueron hombres y 76 mujeres. A la fecha del reporte hay 337 casos registrados como positivos al VIH, donde 309 son hombres y 28 mujeres (CENSIDA, 2016a).

En México del año 1984 al 2016 se encuentran registrados 59, 032, casos de personas que continúan como seropositivas que adquirieron el virus por vía sexual, 20 casos por vía sanguínea, 665 por drogas inyectables y 951 casos por vía perinatal, de éstos totales, en 2015 se registraron 6, 324, por vía sexual, 0 por vía sanguínea, 51 por drogas inyectables y 26 por vía vertical, al 2016 se han registrado 2, 716, 0, 52, y 14 casos respectivamente por categoría de transmisión (CENSIDA, 2016a).

Del año 1983 al 2016 se encuentran registrados 27, 099 personas con SIDA, 624 ocurrieron en 2015, de las cuales, 555 fueron hombres y 69 mujeres, para la fecha del reporte en el año 2016 se registraron 172 casos de SIDA, donde 155 fueron hombres y 17 mujeres. Para el año 2014 hubo 4, 763 defunciones relacionadas con el SIDA en el país (CENSIDA, 2016a).

Según el Informe Mundial del ONUSIDA (2013), los hombres que tiene sexo con hombres (HSH) representa la población con el mayor número de infecciones nuevas en América Latina, en todo el mundo la prevalencia de VIH en este sector de la población parece haber aumentado en los últimos años. La infección del VIH en los HSH suele ser cuando son muy jóvenes, en una edad menor a los veinticinco años (ONUSIDA, 2013).

En México la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, este tipo de transmisión ha causado el 95% de los casos acumulados del VIH y del 98% de los nuevos casos diagnosticados en 2014 (CENSIDA, 2016b).

En México entre las poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que se dedican al trabajo sexual (PTS), especialmente en hombres trabajadores sexuales (HTS) y las personas que usan drogas inyectables (UDI) (CENSIDA, 2012). El Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y

el SIDA del CENSIDA (2016b) reporta que para el 2014 del total de los casos nuevos reportados el 54% estuvo relacionado con el grupo de hombres que tienen sexo con hombres.

## **CAPÍTULO II**

En este capítulo primero se abordará qué son las actitudes y diferentes definiciones de ellas, se tomará la perspectiva que plantea que las actitudes son la interacción de tres componentes, el cognitivo, afectivo y el conductual, y en este proyecto se hará énfasis en las relaciones de éstos tres factores. También se expondrán algunos modelos psicosociales para la promoción de la salud, como el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de la Motivación a la Protección y la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada, ya que estos modelos a través de los diferentes factores que presentan cada uno, han sido utilizados para poder explicar y predecir la conducta en salud sexual, ayudando a entender las necesidades, motivaciones y comportamientos. Dentro de los componentes que presentan se encuentra la percepción de riesgo, que se estudiará como un elemento primordial para la explicación y la predicción de comportamientos sexuales.

### **2.1 ACTITUDES**

Briñol, Falces y Becerra (2007, en Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado, 2007) señalan que la importancia del estudio de las actitudes radica en que éstas son relevantes en la comprensión de la conducta, entre las razones que ellos señalan se encuentran las siguientes:

Las actitudes se encuentran estrechamente relacionadas con la conducta, pues estas influyen en la forma en que las personas piensan y actúan, entonces, el mayor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta y sus cambios.

También las actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a las que pertenecen los individuos, distintos grupos sociales pueden tener diferentes actitudes hacia cuestiones o asuntos, en los que las actitudes pueden ser compartidas por los integrantes que forman parte de estos grupos.

Asimismo estos autores mencionan que el cambio en las actitudes puede modificar el contexto, ya que si un gran número de personas cambian de actitudes, posiblemente las normas sociales puedan también cambiar, por eso el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases para cambios más extensos.

Briñol (et al. 2007, en Morales, et al. 2007) han definido a las actitudes como las evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas, que se denominan objetos de actitud, estas evaluaciones pueden ser positivas, negativas o neutras, variando en su grado de polarización, las personas pueden tener actitudes hacia cualquier objeto de actitud, como materiales, personas, situaciones o ideas.

Eagly y Chaiken (1998, en ibídem) se refieren a las actitudes como el grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, denominando a éste como objeto de actitud.

Berkowitz (1972, en Vargas, 2006) hace una categorización de cómo se ha definido a las actitudes. En la primera se encuentran aquellas definiciones en las que la actitud es una evaluación o una reacción afectiva, es decir, sentimientos favorables o desfavorables hacia un objeto. Según Edwards (1957, en Hogg & Vaughan, 2010) una actitud es el grado de afecto positivo o negativo que se asocia a algún objeto.

En la segunda categoría que expone Berkowitz (1972, en Vargas, 2006) se encuentran aquellas en las que la actitud es la tendencia a actuar de cierta forma. Hogg y Vaughan (2010) menciona que una actitud es una predisposición que ejerce influencia y guía las respuestas o juicios de evaluación, es algo dentro de las personas que influye en la decisión acerca de lo que es bueno o malo, conveniente o inconveniente.

Finalmente para Berkowitz (1972, en Vargas, 2006) se encuentran aquellas que consideran a la actitud como una combinación de tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual, siendo el más utilizado en la actualidad para el estudio de las actitudes.

En los estudios de salud sexual y reproductiva, las actitudes suelen estudiarse dentro de su interacción con el conocimiento y las prácticas de una persona, no quiere decir que es una relación unidireccional entre estos elementos, ya que cada uno de ellos tiene una manera de funcionar, una dinámica determinada y ésta a su vez determina a los otros dos componentes, este proceso no ocurre en el vacío, se encuentra inmerso en un determinado contexto social e histórico (Vargas, 2006).

### **2.1.1 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES**

Forcelledo, Suárez y Tamargo (2009) señalan, como se mencionó anteriormente, que las actitudes tienen un carácter multidimensional, ya que están integradas por tres componentes, el elemento cognitivo, el afectivo y el conductual, los cuales describen de la siguiente manera.

El componente cognitivo corresponde a la información e ideas que se tienen del objeto actitudinal, es decir, lo que se conoce de dicho objeto, se puede identificar a través de las expresiones verbales que realiza una persona, indicativas de sus creencias. Las creencias constituyen conocimientos fundamentados o apoyados por la realidad, por tanto su grado de veracidad es considerable.

En el elemento afectivo se hace referencia a los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal, es lo que se siente acerca del objeto de actitud y se expresa en el sentimiento de simpatía o antipatía, de aceptación o rechazo. Este es el aspecto central de toda actitud ya que se encuentra muy ligado a la evaluación que la persona hace. Se puede conocer a través de las

expresiones verbales indicativas de afecto y respecto al volumen e intensidad de las valoraciones puede tener distintos grados e ir en un continuo de lo positivo a lo negativo.

El componente conductual se encuentra formado por el comportamiento del sujeto respecto al objeto actitudinal, es el sistema de acciones exteriormente observable, mediante las cuales se expresa la actitud, el contenido de este elemento se puede conocer a partir del análisis de la conducta, la actividad y las expresiones verbales indicativas de conducta. La constatación de este sistema de acciones permite evaluar la existencia de la actitud.

Las actitudes poseen una gran consistencia interna, que se revela a partir de la relación entre sus tres componentes, para evaluar un objeto (componente afectivo), se necesita tener algún conocimiento de él (componente cognitivo), lo que quiere decir que se llega a una evaluación positiva o negativa, a través de la información, opiniones y creencias respecto del objeto y como consecuencia el comportamiento (componente conductual) es una expresión de los que se conoce y se siente respecto al objeto actitudinal. Por lo cual el conocimiento y el sentimiento acerca del objeto determinan las conductas del sujeto a favor o en contra del mismo (Rodríguez, 2006, en Forcelledo, et al. 2009).

Existe un fenómeno conocido como “La paradoja de La Piére”, la cual expone que las relaciones entre el componente afectivo y el conductual no son siempre lineales, es decir, no siempre las actitudes y la conducta se corresponden entre sí (Beccaría, 2007, en Forcelledo, et al. 2009).

Dentro del estudio del cambio de comportamiento se encuentran aquellos modelos que derivan de la Psicología Social, que para explicar la modificación de la conducta toman en cuenta diferentes aspectos como las actitudes, las percepciones y el contexto social.

## 2.2 MODELOS PSICOSOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el campo de la prevención, la educación y la promoción de la salud, los avances teóricos que respaldan tanto las investigaciones como las intervenciones prácticas, son resultado de la aplicación directa o indirecta de teorías y modelos desarrollados en múltiples disciplinas, áreas del conocimiento y campos profesionales, en las que destaca la psicología con los modelos de cognición social para estudiar e intervenir en el cambio de comportamientos relacionados con la salud (Cruz, Coronel, Pavón-León, Gogeochea-Trejo, De San Jorge, Blázquez-Morales, Beverido & Ramírez, 2010).

El uso de una teoría o de un modelo ayuda, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y comportamientos de las personas, así como características y dinámica del contexto en que tienen lugar (Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001).

Cabrera et al. (2001) señalan que teniendo en cuenta que muchas de las causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de estas se encuentran relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos en el área de la prevención y promoción de la salud, es poseer un marco referencial que ayude a explicar por ejemplo, cómo las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa.

Los anteriores autores mencionan que el comportamiento individual o colectivo es resultado de la interacción de múltiples factores, como aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales que afectan el comportamiento de las personas, lo que arroja que una sola teoría o modelo no pueda explicar las prácticas que afectan la salud.

En el estudio de los comportamientos de riesgo, como algunas conductas sexuales, los modelos y teorías desarrollados han permitido obtener información y herramientas teóricas y metodológicas que representan un recurso valioso en la elaboración de programas de intervención, proporcionando una estructura sólida sobre la que se apoya la planeación, ejecución y evaluación de éstos (Cruz, et al. 2010).

Entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud están la del modelo de creencias en salud, la teoría de acción razonada y conducta planeada (Cabrera et al. 2001) y la teoría de motivación a la protección.

### **2.2.1 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD**

Este modelo se desarrolló en la década de los 50 en Estados Unidos de América por los psicólogos sociales Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels, Hugh Leventhal e Irwin Rosentock, quienes hicieron la estructura y descripción original del Modelo de Creencias en Salud MCS (Cabrera, et al. 2001).

El MCS se ha utilizado para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad, es un modelo de inspiración cognitiva que considera a estos comportamientos como el resultado de creencias y valoraciones internas que la persona atribuye a una situación determinada (Moreno & Gil, 2003).

En los inicios, este modelo se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerándolo como el resultado de la interacción de ciertas creencias de las personas, posteriormente fue utilizado en las respuestas que las personas presentan ante la manifestación de síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos, también ha sido utilizado por la Psicología de la Salud para

comprender los comportamientos de riesgo para la salud en general y para la salud sexual en particular (Cruz, et al. 2010).

Los anteriores autores señalan que la hipótesis original del modelo es que una persona llevará a cabo un comportamiento de salud, de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación, si tiene niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea a sí mismo como potencialmente vulnerable y perciba la enfermedad en cuestión como amenazante, se encuentre convencido de que la intervención es eficaz y encuentre pocas dificultades al poner en práctica la conducta de salud.

Según lo anterior, es más probable que una persona tome medidas preventivas o controle una enfermedad si piensa que ésta tiene consecuencias potencialmente graves o si los costos de las medidas preventivas son menores a sus beneficios (Cruz, et al. 2010).

Los componentes del MCS se basan en la hipótesis de que la conducta en salud de las personas es resultado de dos variables, la primera es el deseo de evitar la enfermedad, o si se está enfermo recuperar la salud y la segunda, la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad, o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud (Moreno & Gil, 2003).

Para Rosentock (1974, en Moreno & Gil, 2003) las dimensiones del MCS son, la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

La susceptibilidad percibida es la percepción subjetiva que tiene cada persona sobre el riesgo de padecer una enfermedad, hay grandes diferencias individuales al respecto, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la

probabilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que está convencido de estar en peligro de contraer una enfermedad (Moreno & Gil, 2003).

La severidad percibida, se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad, la probabilidad de verse afectado por ésta o no tratarla una vez que se ha contraído, contempla dos tipos de consecuencias tras la pérdida de salud, por un lado, las consecuencias médico-clínicas, como la muerte, incapacidad, o dolor y por otro lados las posibles consecuencias sociales, como los efectos en las relaciones sociales, laborales y familiares (Ibídem).

Los beneficios percibidos son aquellas creencias que la persona tiene respecto a la efectividad que poseen las conductas saludables al enfrentarse con la enfermedad (Moreno & Gil, 2003), se refieren a la estimación que hace la persona de los beneficios que obtendría si realiza determinada conducta saludable frente a los costes o barreras inmersos en ello, como los gastos económicos o posibles efectos secundarios (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004), una persona puede ver determinada conducta efectiva pero considerarla negativa, desagradable o dolorosa, estos aspectos negativos de la conducta funcionarían como barreras para poner en marcha la conducta (Moreno & Gil, 2003).

Algunos autores han expuesto la necesidad de considerar otros estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, a los que han llamado claves para la acción (Janz & Becker, 1984 en Moreno & Gil 2003), en el ámbito de la salud éstas pueden ser internas, como los síntomas físicos o externas, como las recomendaciones de los

medios de comunicación, recordatorios de los servicios de salud o consejos de amigos, entre otros (Moreno & Gil, 2003).

Existen también otros factores como las variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales que pueden afectar la percepción del individuo y de esa forma influir en sus conductas de salud (Janz y Becker, 1984, en Moreno & Gil, 2003).

De acuerdo con este modelo, la conducta de salud o preventiva de la enfermedad puede ocurrir cuando una persona se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y considera que la acción que puede realizar será beneficiosa y poco costosa (Weistein, 1993, en Moreno & Gil, 2003). Tal como se aprecia en la figura 2.

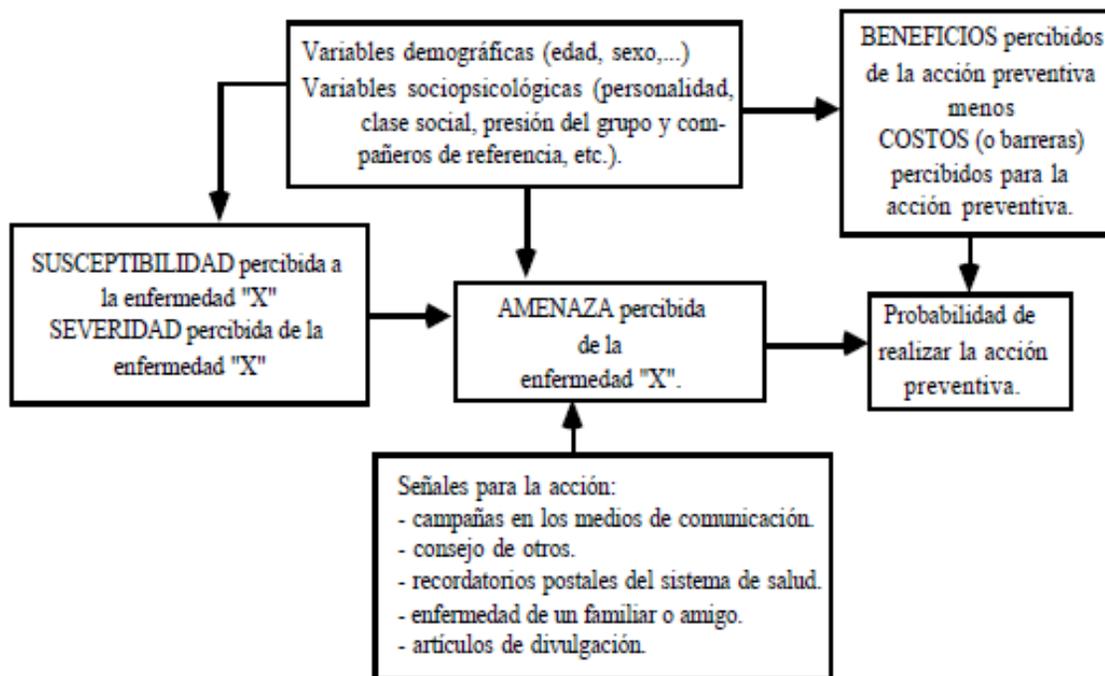


Fig. 2 Aplicación del Modelo de Creencias en Salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva según Becker y Maiman (1975, en Moreno & Gil, 2003, pp. 96).

### **2.2.2 TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN A LA PROTECCIÓN**

La Teoría de la Motivación a la Protección fue propuesta por Rogers en el año de 1975 y Harris y Middleton, menciona que el miedo a las consecuencias de hacer o no determinadas conductas relacionadas con la salud es uno de los factores que determina la motivación que lleva a las personas a protegerse de cualquier daño (León, et al. 2004).

Esta teoría propone que se puede aumentar significativamente la probabilidad de que una persona tenga la intención de realizar una conducta de salud si ésta percibe que su salud está seriamente amenazada, pero que puede tener distintas alternativas eficaces y a un coste muy bajo para reducir su riesgo a enfermar, una vez establecida esta motivación protectora actuaría previniendo la enfermedad a través de la realización de diferentes comportamientos relacionados con la salud, evitando el riesgo (Ibídem).

Según Salamanca y Giraldo (2012) en esta teoría la conducta de precaución se llevará a cabo debido a la combinación de dos evaluaciones:

La primera es la evaluación de la amenaza (miedo como incentivo de la conducta), conformada por la percepción de severidad (qué tanto daño puede causar) y la percepción de susceptibilidad (en qué nivel de riesgo se encuentra la persona) (Norman, et al. 2003; Umeh, 2004; Waters, et al. 2010 en Salamanca & Giraldo, 2012).

El segundo componente es la evaluación de la conducta de afrontamiento, que se refiere a la percepción de éxito que la persona hace respecto a las conductas que puede realizar para afrontar la amenaza y está compuesta por la percepción de la eficacia de la respuesta (reducción de la amenaza como una medida de prevención) y la autoeficacia (capacidad del individuo para realizar las medidas preventivas) generando así una perspectiva de los costos o beneficios de

poner en marcha una conducta (Milne et al, 2002; Norman et al. 2003; Umeh, 2004 en Salamanca & Giraldo, 2012). Este modelo se ilustra en la figura 3.

El uso de esta teoría en el ámbito de la intervención tiene importantes implicaciones, dentro de las que destacan el uso del énfasis en el riesgo, pudiendo ser éste en determinadas circunstancias tan eficaz como el facilitar información a las personas (León, et al. 2004).

Se ha demostrado que no necesariamente niveles elevados de miedo originan la conducta preventiva, sin embargo, deben de ser considerados como parte de los factores que hacen que dichas conductas se pongan en marcha (Milne et al. 2002; Umeh, 2004 en Salamanca & Giraldo, 2012).

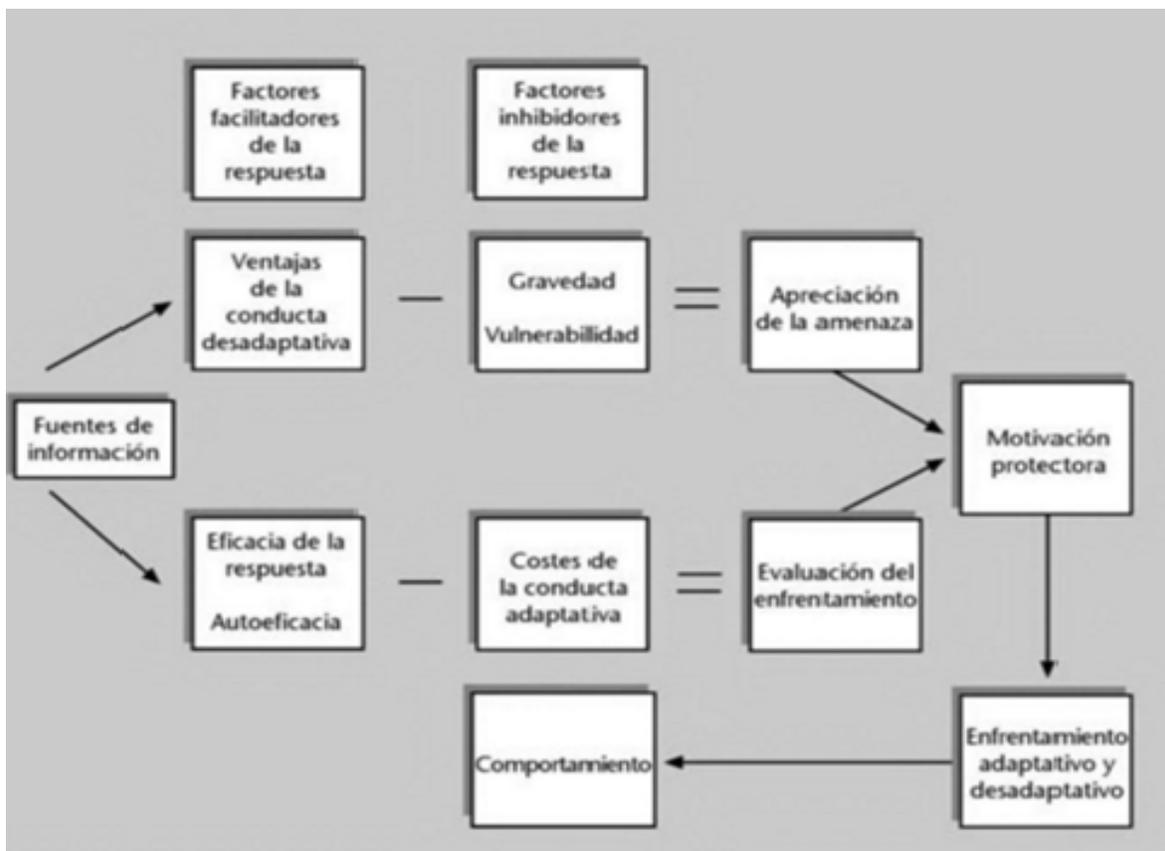


Fig. 3 Teoría de la Motivación a la Protección (en León, et al. 2004)

### **2.2.3 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LA CONDUCTA PLANEADA**

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) fue propuesta por Ajzen y Fishbein (1980, en Stefani, 2005) y se basa en la noción de que la mayoría de los comportamientos relevantes están bajo el control voluntario de la persona y ya que el ser humano es un ser racional que procesa la información que posee de manera sistemática, utiliza esta información estructurada para formar la intención de realizar, o no, una conducta específica (Stefani, 2005).

La autora anterior señala que la intención hace referencia a la decisión de ejecutar o no un comportamiento en particular, éste es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano y es considerado el elemento más importante para la predicción de una determinada conducta.

Según Rodríguez González (1989, en Méndez, 2007) el conocer las intenciones de una persona, brindará información suficiente para predecir su conducta, es decir, casi cualquier conducta humana está bajo el control voluntario de quien la realiza, siendo el factor que determina una conducta, la intención de realizarla o no.

Esto no significa que exista siempre una relación de perfecta correspondencia entre la intención y el comportamiento, sino que una persona actúa generalmente de acuerdo a su intención, salvo que se presenten acontecimientos imprevistos (León, et al. 2004).

Siguiendo la línea de los anteriores autores la intención de realizar o no conducta está determinada según la Teoría de la Acción Razonada, por dos factores, uno personal y otro de carácter social o cultural.

El factor personal hace referencia a las actitudes hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona realiza respecto a la realización del comportamiento y los

resultados obtenidos, es el juicio que emite el individuo acerca de si considera bueno o malo llevar a cabo la acción (León, et al. 2004).

El segundo factor es denominado norma subjetiva y es la percepción que la persona tiene acerca de las presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no el comportamiento en cuestión, se supone que las personas intentan realizar algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que debería hacerlo (Ibídem).

La TAR expone que cuando la actitud hacia la conducta coincide con la norma subjetiva, la persona definirá claramente su intención de llevar a cabo dicha conducta y actuará de acuerdo con su intención. Si la actitud hacia la conducta es positiva y la norma subjetiva también lo es, la persona formará una intención positiva hacia la conducta y la llevará a cabo. En el caso de que la actitud hacia la conducta sea negativa y la norma subjetiva también lo sea, la persona formará una intención negativa hacia la conducta y no lo llevará a cabo (Méndez, 2007).

Ya que para algunas de las intenciones las consideraciones personales pueden ser más importantes que las normativas, o a la inversa, esta teoría señala que cada uno de los factores tiene un peso relativo (León, et al. 2004).

Según Méndez (2007), en función del valor que cada aspecto posea para la persona se producirá o no la acción, es decir, si la actitud es positiva y la norma subjetiva es negativa o viceversa, la persona tendrá que considerar cuál de los elementos tiene mayor peso para ella y a partir de esto definir su intención hacia la acción; el valor asociado a cada uno de los factores explica porque dos personas en las misma situación y con el mismo grado, positivo o negativo, de actitud conductual y norma subjetiva, actúen de diferente forma.

Stefani (2005) menciona que el factor personal, actitud hacia la conducta y el factor social, norma subjetiva, está en función de las creencias conductuales y de las creencias normativas respectivamente.

Las creencias conductuales son las creencias que la persona tiene acerca de la probabilidad de que la realización de una conducta específica da como resultado ciertas consecuencias y la evaluación subjetiva de estos resultados, cuando la mayoría de las creencias sobre el comportamiento y sus consecuencias son positivas, la actitud es favorable y es desfavorable cuando dichas creencias se fundamentan en efectos negativos (León, et al. 2004).

Las creencias normativas son aquellas que el sujeto tiene sobre la opinión de que determinadas personas o grupos significativos para ella esperen que desempeñe o no la conducta en cuestión, y por otra parte la motivación individual para cumplir con las expectativas percibidas (Ibídem).

Los anteriores autores señalan que cuando una persona cree que la mayoría de sus referentes sociales significativos piensan que debería cumplir cierto comportamiento esto tendrá cierta influencia que lo llevará a ejecutar dicho comportamiento, o a la inversa, si la norma subjetiva o social, piensa que la conducta en cuestión debe de ser evitada por el sujeto, éste será presionado para evitarla.

En la TAR las creencias acerca de un objeto proporcionan la base para la formación de una actitud, es así que Ajzen y Fishbein (1975, en Reyes, 2007) mencionan la formación de tres tipos de creencias que se postulan a continuación.

Creencias descriptivas: Estas creencias se forman a partir de la observación o del contacto directo con los objetos, se conservan con grado de certeza máxima pues son el resultado de la experiencia y contacto directo con el objeto, tiene una certeza subjetiva que no tiene que coincidir

con la realidad, pero debido a la forma en que se adquieren tienen un peso importante en las actitudes de las personas (Méndez, 2007).

Creencias inferenciales: Para Méndez (2007), son aquellas que se forman a partir de relaciones previamente aprendidas o a través del uso de sistemas formales de codificación cuya base son las creencias descriptivas.

Por último se encuentran las creencias informativas que para la anterior autora, son las creencias que se forman a partir de la información procedente de otras personas o dada a conocer por cualquier medio de comunicación externo, con la sola exposición a la información se forma este tipo de creencia y si además la persona acepta dicha información la creencia se convierte en informativa. El modelo se ilustra en la figura 4.

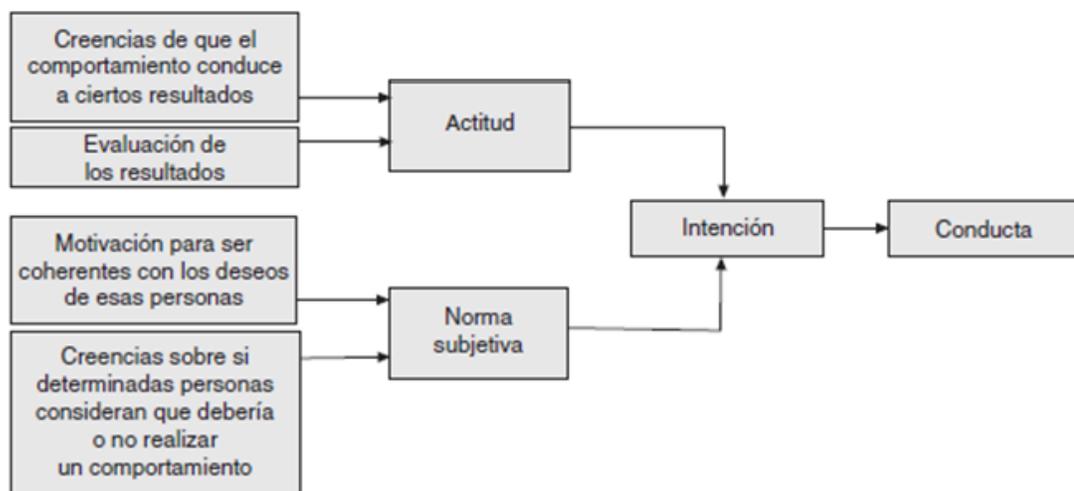


Fig. 4 Teoría de la Acción Razonada TAR de Ajzen y Fishbein (1980, en Rueda, Fernández-Laviada & Herrero, 2013, pp. 144).

En general, una persona tendrá la intención de llevar a cabo un comportamiento dado cuando tiene una actitud positiva hacia su propio desempeño en ella y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo (Fishbein, 1990, en Stefani, 2005).

Posteriormente Ajzen (1985, en Méndez, 2007), amplió la TAR hacia una nueva teoría que se denomina Teoría de la Acción Planeada o de la Conducta Planeada o Planificada, en la que se agregó un tercer predictor de las intenciones y el comportamiento, al mismo nivel que la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, al que se le llamó control comportamental percibido o grado de control percibido.

El control percibido hace referencia a la percepción de los obstáculos internos, como la falta de habilidades o de competencias, y obstáculos externos o situacionales, como la poca accesibilidad o la no colaboración de otros (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2005, en Páez, Fernández, Ubillos y Zubieta, 2005).

El control conductual percibido se basa en las creencias de control, donde la persona establece si posee o no las capacidades o recursos necesarios para llevar a cabo la conducta y si existen las oportunidades adecuadas para realizarla (Morales, Reboloso y Moya, 1994, en Méndez, 2007).

La Teoría de la Conducta Planeada señala que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable, es necesario, además de una actitud positiva y de la presión social, que se sienta capaz de llevar a cabo dicha conducta y que tenga garantías de que este comportamiento le ayudará a obtener el resultado deseado, este modelo es mostrado en la figura 5.

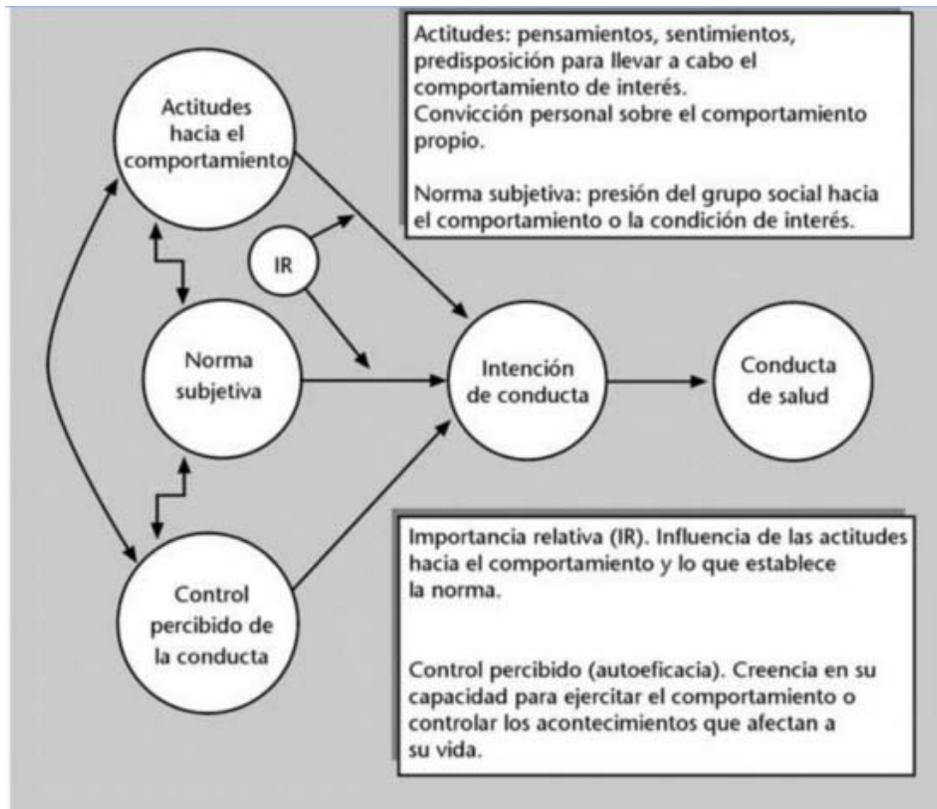


Fig. 5 Teoría de la Conducta Planeada (en León, et al. 2004).

Los modelos anteriormente expuestos han tratado de dar respuesta a problemáticas de salud-enfermedad como la transmisión del VIH, a través del estudio de las creencias, las actitudes, la motivación, la percepción de riesgo, la autoeficacia; evaluándolas, describiéndolas y realizando la posible predicción de comportamientos para poner en marcha acciones hacia la modificación de éstos, actitudes y otros elementos que los conforman.

### 2.3 PERCEPCIÓN

El estudio de la percepción es antiguo y diverso, los filósofos griegos, los pensadores anteriores al renacimiento, los estudiosos árabes, los académicos latinos, los primeros empiristas británicos, entre otros, consideraban cuestiones fundamentales a los procesos inmersos en la percepción (Coren, Ward & Enns, 2001).

Según Bartley (1973, en Colín, 2001) fue frecuente que filósofos y personas instruidas creyeran que todo el conocimiento humano llegaba a través de los sentidos, como la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto, es decir sensaciones, las percepciones eran denominadas experiencias sensoriales, se consideraba a las sensaciones componentes de las percepciones; se pensaba que las sensaciones eran simples y elementales, pero que las percepciones eran complejas y eran el resultado de la elaboración y organización que se desarrollaba en el sistema nervioso central.

La percepción ha sido estudiada por la Psicología como un proceso, mediante el cual el organismo se relaciona con su medio, al percibir, las personas interpretan, discriminan e identifican objetos que son experimentados como existentes en el ambiente (Colín, 2001).

La American Psychological Association (2010) define la percepción como el proceso o resultado de cobrar consciencia de los objetos, las relaciones y los sucesos por medio de los sentidos, lo que incluye actividades como reconocer, observar y discriminar. Estas actividades permiten que los organismos organicen e interpreten los estímulos recibidos en conocimientos significativos.

La Percepción es para Schiffman (2007) el producto de procesos psicológicos en los que están implicados el significado, las relaciones, el contexto, el juicio, la experiencia pasada y la memoria; la percepción implica organizar, interpretar y dar significado a aquello que procesan los órganos de los sentidos.

Vargas (1994) la define como un proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación de las sensaciones obtenidas del medio ambiente físico o social

para la elaboración de juicios, en el que intervienen otros procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

Para la anterior autora la percepción no es proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, se encuentran en constante interacción una serie de procesos, donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares según el grupo social al que pertenecen.

Para Vargas (1994) la percepción es biocultural, porque depende, primero de los estímulos físicos y sensaciones implicadas y segundo de la selección y organización de éstas, dichas experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado, moldeadas por determinadas pautas culturales e ideológicas aprendidas desde la infancia.

Dentro del proceso de la percepción interfieren referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad, que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para organizarlas y transformarlas (Ibídem).

La forma de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales, la cultura de pertenencia, el grupo del que se forma parte dentro de la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales; por tanto la percepción expone el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente (Vargas, 1994).

Siguiendo a la anterior autora las distintas sociedades manifiestan la forma en que se organiza la percepción, es decir, lo que selecciona, lo que codifica, la interpretación que se le asigna, los valores que se le atribuyen, las categorías normativas, entre otras, las personas que forman parte de la sociedad aprenden estos referentes y los transmiten a las siguientes generaciones, de modo

que la información del ambiente se recoge y elabora mediante filtros aprendidos desde la infancia, esta habilidad perceptual queda subjetivamente orientada hacia lo que socialmente está “permitido” percibir.

Para Vargas (1994) la percepción es un proceso cambiante, lo que permite la reformulación tanto de las experiencias como de las estructuras perceptuales, la percepción se debe de comprender a partir de la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias que incorporen otros elementos a las estructuras perceptuales previas, para así, modificarlas y adecuarlas a las situaciones, es una constante construcción de significados en el tiempo y espacio.

Al ser la percepción humana un proceso influenciado por la sociedad se ha estudiado en diferentes marcos, uno de ellos es el de la salud-social, analizando la percepción de riesgo en la transmisión del VIH.

### **2.3.1 PERCEPCIÓN DE RIESGO**

Los principales aportes para comprender y estudiar la percepción de riesgo provienen de la Psicología Social Cognitiva, y dentro de los más importantes se encuentran el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada y la Teoría de la Motivación a la Protección (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Arrivillaga y Salazar, 2005; García del Castillo, 2012, en Orcasita, Palma y Munévar, 2013).

La importancia de estudiar la percepción de riesgo de enfermarse es importante para entender por qué la gente lleva a cabo comportamientos que ponen en riesgo su salud o por el contrario conocer qué factores los motivan para el cuidado de ésta (López, 1999, en González, 2006).

La percepción de riesgo ha sido identificada como un predictor primordial en las conductas de riesgo (Thompson, 2002 en Gaviria, Quinceno, Soto & Vinaccia, 2007) y según González (2006) se espera que el reconocer el riesgo de infección sería un elemento que favorecería la disminución de las relaciones sexuales sin el uso del condón.

Se cree que las personas modificarán su conducta si tienen conocimiento de la enfermedad, las formas de transmisión y su propensión a ella, esta evaluación del riesgo está vinculada a los conocimientos y creencias acerca de la transmisión de la enfermedad y esto llevará a los individuos a evaluar sus conductas y la puesta en marcha de medidas preventivas (González, 2006).

Barzaga (2010) ha definido la percepción de riesgo como la vulnerabilidad percibida por la persona de considerarse en riesgo o no de enfermar. Por su parte Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002) la conceptualizan como la probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto.

Para Pastor (2000, en Orcasita et al. 2013) la percepción de riesgo es un proceso cognitivo en el que la persona de manera inmediata organiza un juicio de valor desde diferentes fuentes de información, la historia personal, el contexto, sus creencias y actitudes, los estereotipos y motivaciones, y a su vez este juicio condicionará el comportamiento.

En ámbitos de la transmisión del VIH Aragón (2003) la define como la autopercepción que se tiene de poder infectarse y transmitir el VIH, si se realizan prácticas o conductas riesgosas que favorezcan la adquisición o transmisión del virus.

Mora (2009, en Orcasita, et al. 2013) ha definido la percepción del riesgo al VIH como la exposición percibida hacia contraer el virus y a las situaciones que se tejen entre el individuo y la sociedad que crean esta exposición mencionada.

El anterior autor menciona que este riesgo debe estudiarse en diferentes niveles, el individual (la información con la que cuenta la persona y la percepción de su capacidad para ejercer conductas de prevención), a nivel social (los significados alrededor de la enfermedad, las redes de apoyo de la persona, las relaciones de género, creencias religiosas, etc.) y a nivel pragmático, es indispensable analizar los recursos percibidos, el acceso a los servicios de salud y a programas de prevención y monitoreo.

Para Slovic (1987, en Orcasita, et al. 2013) se debe poner atención en las variables sociales y culturales, ya que en la interacción con el grupo de pares, la familia y otros grupos sociales a los que pertenecen, las personas construyen lo que consideran riesgoso o no. Estas variables sociales influyen en la forma en que el riesgo es significado y percibido (Gil, et al. 2010, en Orcasita, 2013). Sin embargo menciona García del Castillo (2012, en Orcasita, 2013) que aunque la percepción subjetiva del riesgo es influenciada por aspectos contextuales y colectivos es finalmente el sujeto quien lo valora y actúa.

A lo largo del tiempo y de la evolución del VIH se ha concebido y estudiado el riesgo desde diferentes perspectivas como la epidemiología, las ciencias sociales, las ciencias de la salud (Orcasita, et al. 2013). Se han descrito tres enfoques para estudiar el riesgo frente al VIH, tomando en cuenta las condiciones históricas, sociales y culturales que han influido para que se ponga énfasis en ciertos aspectos del riesgo (Estrada & Vargas, 2011; Sevilla & Sevilla, 2004;

Palma, Abarca & Moreno 2002 y Herrera & Campero, 2002, en *Ibíd.*). Los anteriores autores describen cada enfoque de la siguiente manera.

El primero apareció en la época del surgimiento del VIH y se identifica como enfoque epidemiológico conductual, en este momento los discursos médicos estaban dirigidos a señalar aquellos comportamientos sexuales normales de los que lo no eran, ya que en este momento de la historia del VIH se creía que la propagación del virus se debía a la realización de comportamientos sexuales “desviados”. Desde esta perspectiva se creó la representación de que existían “grupos de riesgo” y se excluyó a la población heterosexual como vulnerable al VIH. En este enfoque se creía que los conocimientos y las actitudes que poseían las personas tenían una relación lineal y repercutían directamente en sus prácticas sexuales, es por esto que la manera de intervenir en este momento fue el fomento y la difusión de información de las prácticas sexuales seguras y de los mecanismos de transmisión del VIH.

En la década de 1990 se comenzaron a tomar en cuenta otros factores además de la información, que si bien es un aspecto que influye de manera importante en las conductas sexuales de riesgo de un persona, hay otros aspectos como los contextuales y culturales que tienen un papel importante, es así como nace el enfoque antropológico-conductual, que hace énfasis en las representaciones y significados que las personas les otorgan sus prácticas sexuales y preventivas, ubicándolas en un momento histórico y social específico, es en esta época cuando se empieza a hablar de “comportamientos de riesgo”.

El tercer enfoque es denominado político-económico y pone acento en los aspectos políticos y sociales del riesgo y parte de la idea que la epidemia del VIH y el SIDA e incluso el riesgo al que se exponen las personas está condicionado por las desigualdades económicas, políticas y

culturales. Desde este enfoque las personas le dan un significado al riesgo no sólo desde la información que poseen y las actitudes individuales, sino también desde la estructura simbólica y cultural en la que se encuentran inmersas y desde la estructura social y el lugar que ocupan en ella.

Orcasita et al. (2013) señala que el sentido que se le da a las prácticas sexuales de riesgo y a las conductas consideradas como riesgosas o no, se construye socialmente y es resultado de la racionalidad, esto es conocido como análisis construccionista del riesgo.

La percepción de riesgo es un proceso cognitivo individual que se encuentra en el plano de lo subjetivo y dentro de los factores que se encuentran incluidos en su configuración están, las percepciones, la historia personal o experiencias, la cantidad y calidad de información, las creencias y las actitudes, los estereotipos y la motivación, como se ilustra en la Figura 6 (García del Castillo, 2012).

Durante el proceso de una decisión final, la persona se encuentra inmersa entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición frente al problema, la información con la que cuenta puede venir de fuentes fidedignas y comprobadas y de otras que tienen poca credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal conformarán las creencias y las actitudes, así como las motivaciones, que lo pueden llevar a una acción determinada (Ibídem).

Hay algunos factores según Barzaga (2010) que hacen que la percepción de riesgo disminuya e incluso desaparezca y este autor los define como, la infravaloración de riesgo personal, que es la tendencia a atribuirnos menos riesgo a nosotros mismo que a los otros, sin tener razones para ello; habituación al riesgo, que se produce al realizar, de manera habitual comportamientos de

riesgo sin que tengan consecuencias negativas, por lo que acaba por no parecer arriesgados y la ilusión de invulnerabilidad, favorecida por la habituación al riesgo, supone creerse a salvo del peligro de manera infundada.

Según Morrison y Bennett (2008) las personas suelen tener conductas de riesgo o no saludables porque no se considera en riesgo o no lo consideran de manera precisa. Weinstein (1984, en *Ibídem*) ha descubierto que esta forma de optimismo sesgada es habitual y la ha denominado optimismo irreal-irreal, porque nadie puede correr un riesgo reducido, este autor ha encontrado que las persona hacen comparaciones sociales que los posicionan en el mejor lugar posible (sesgo optimista u optimismo comparativo), por ejemplo, respecto al riesgo de contraer VIH “puede que a veces me olvide de utilizar preservativo pero, al menos, lo utilizo más que mis amigos”.

Siguiendo los planteamientos del anterior autor, éste ha encontrado que se presta más atención a la conducta negativa de los iguales cuando se lleva a cabo este tipo de juicios de valor que la que se presta a la conducta de salud positiva de estos mismos compañeros, surgiendo una valoración positiva sobre el riesgo personal.

Weinstein (1987, en Morrison & Bennett, 2008) identificó cuatro factores que se encuentran relacionados con este optimismo irreal:

- 1) Falta de experiencia personal sobre la conducta o problema en cuestión.
- 2) Una creencia de que las acciones del individuo pueden prevenir el problema.
- 3) La creencia de que si el problema no ha surgido todavía es improbable que surja en el futuro.
- 4) La creencia de que el problema es infrecuente.

Según García del Castillo (2012) se ha demostrado que el optimismo ilusorio u optimismo irreal, hace que el riesgo hacia la salud se perciba de menor manera aumentando la confianza de las personas a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables.



Fig. 6 Configuración de la Percepción de Riesgo (Modificado de García del Castillo-López, 2011 en García del Castillo, 2012, pp. 140)

Es importante señalar que dentro de la percepción de riesgo, éste puede ser comprendido desde dos planos distintos el real y el subjetivo y se puede valorar desde una vertiente individual y otra colectiva (García del Castillo, 2012).

Orcasita et al. (2013) señalan que desde el plano real del riesgo se ubican los aspectos que poseen indicadores objetivos, como los aspectos biológicos, químicos, genéticos y las características sociales y culturales que hacen vulnerable a un sujeto o colectivo, en el plano

subjetivo se encuentran las creencias, representaciones y significados presentes en un grupo o en una persona y mediante el cual el riesgo es percibido y valorado.

## **CAPÍTULO III**

En este capítulo se hace una revisión de qué es la sexualidad, para poder comprender algunos de los elementos que son parte de ella, como la orientación sexual e identidad sexual, ya que dentro de ambos se hace referencia a la atracción emocional, afectiva y sexual que se tiene hacia diferentes personas, de esto se derivan aquellos hombres que tienen sexo con hombres, dentro de los cuales se incluye a hombres homosexuales, bisexuales o heterosexuales que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, finalmente se hace una breve exposición de diferentes hipótesis que explican los contactos sexuales entre varones.

### **3.1 SEXUALIDAD**

La Organización Mundial de la Salud, OMS en su texto *Defining sexual health* (2006), precisa a la sexualidad como un aspecto central en el ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, sin embargo, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores, biológicos, psicológicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad es esencial, constitutiva e innata en todos los seres humanos, independientemente de su condición física o mental. Todas las personas viven en un cuerpo sexuado, por lo que su sexualidad se vive y expresa desde que está en el útero y hasta la muerte. No sólo se trata de las relaciones sexuales, también implica las dimensiones afectivas, emocionales, biológicas, psicológicas, sociales, culturales, éticas, legales, históricas y

espirituales, presentes de manera diferente durante todo el ciclo vital de la persona y que la hacen desempeñarse y relacionarse con una determinada identidad (OMS, 2006, en Mella, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud señala que la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Sánchez, 2013).

Por su parte Cerruti (2004, en Vargas-Barrantes, 2014) define la sexualidad como un elemento de la personalidad que constituye a los seres humanos, vinculada estrechamente con la vida afectiva, emocional y familiar de las personas, expresada en las relaciones sociales y en los vínculos que se establecen en determinado momento histórico, económico, social y cultural determinado.

La integran diversos componentes como el deseo, el sentimiento, la actitud, la identidad, los placeres y miedos, todos ellos influenciados por el momento histórico y el grupo social al que pertenezca la persona (Muñoz, 2009, en Vargas-Barrantes, 2014).

La sexualidad se encuentra formada por el sexo, las relaciones de género, la identidad sexual, los roles sexuales, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, la reproducción. Se vivencia y se experimenta en pensamientos, fantasías, valores, deseos, creencias, actitudes, prácticas, roles y relaciones, todos estos elementos interactúan y cambian permanentemente (Ministerio de Salud y Desarrollo Social en Venezuela, 2004, en Marcano, 2014), involucra factores biológicos, psicológicos, sociales, políticos, económicos, culturales, religiosos y espirituales (Misle, 2009 en Marcano, 2014).

Existen diferentes modelos que han tratado de explicar la sexualidad, como el modelo psicoanalítico, el sociológico y el sistémico de los cuatro holones (Lamas, 2001).

En el modelo psicoanalítico, la sexualidad es la fuente que motiva la conducta sexual, tiene bases en lo biológico y su objetivo es la búsqueda del placer, este deseo puede sublimarse, reprimirse, sufrir fijaciones, regresiones, desplazamientos, entre otros. La búsqueda del placer a través de las pulsiones sexuales se ve mediada por el principio de la realidad, en donde ésta satisface los deseos. La renuncia más significativa es la aceptación del tabú del incesto, donde se renuncia a poseer sexualmente al progenitor de sexo opuesto (Lamas, 2001).

La autora anterior menciona que el desarrollo según este modelo sigue una serie de etapas, oral, anal, fálica, de latencia y genital, éstas se caracterizan por tener una determinada zona de satisfacción, conflictos determinados y una organización específica de la personalidad. Freud señala que la libido es una energía capaz de desplazarse en este desarrollo de etapas a diferentes zonas corporales, comenzando en la boca para finalizar en la zona genital.

Otro de los modelos que expone Lamas (2011) es el sociológico, éste parte del concepto de guión sexual, propuesto por Simon y Gagnon (1984, en *ibídem*) que es un especie de código compartido por los miembros de un grupo, constituido por roles o papeles sociales. Propone entender la sexualidad como el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de las conductas de excitación erótica y las respuestas genitales.

Para explicar la complejidad de la sexualidad, Eusebio Rubio (1996, en García, 2005), plantea el Modelo de los cuatro holones sexuales, basado en la Teoría del Sistema General, ésta plantea la idea que todos los sistemas están compuestos por elementos en interacción y que estos elementos son a su vez sistemas. Se les denomina holones, del griego todo, para enfatizar que son partes constituyentes de un sistema, pero que en sí mismos poseen un grado de complejidad e integración. Los holones sexuales, elementos o subsistemas de la sexualidad deberán ser

conceptos susceptibles de investigación por diversas disciplinas científicas como la antropología, sociología, psicología y biología.

Rubio (1994, en Lamas, 2011) aplica el concepto de holones en el estudio de la sexualidad, a la que define como el resultado de cuatro potencialidades humanas, que dan origen a los cuatro holones o subsistemas sexuales, la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal.

Cada elemento es individual y autónomo pero no puede comprenderse sin la integración de todos los elementos, esta interacción estaría regulada por los procesos psicológicos con base en las características biológicas y reguladas por la sociedad y el contexto en que se vive (Rubio, 1996 en García, 2005).

- El holón de la reproductividad se refiere según Rubio (1994, en Lamas, 2001), tanto a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, como a las construcciones mentales que se producen en torno a esta posibilidad, trae consigo connotaciones biológicas, psicológicas y sociales, no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto, trasciende al hecho de la función de la paternidad y la maternidad. La función reproductiva no termina con el nacimiento de un nuevo ser, la paternidad y la maternidad se prolongan por muchos años para poder considerar terminado el evento reproductivo (Rubio, 1994, en Asociación Mexicana para la Salud Sexual, s.f.).

Este holón tiene que ver también con los factores sociales que implican la concepción y la anticoncepción, las repercusiones en la sociedad de las decisiones políticas acerca de

la reproducción y los fenómenos demográficos, pues son expresiones de fenómenos socioculturales (Sánchez, 2013).

La reproductividad se manifiesta también a través de la maternidad y paternidad en adopción (Rubio, 1994, en Asociación Mexicana para la Salud Sexual, s.f.) o en actividad que contribuyen positivamente en el desarrollo de otro ser humano y su educación (Roque, 2015).

- El holón del género según Rubio (1994, en Asociación Mexicana para la Salud Sexual, s.f.) tiene como base la interpretación social de la diferenciación biológica entre los sexos. Rubio (1994, en Lamas, 2011) expone que el género es la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no de los seres humanos a las categorías masculino o femenino. Este holón se encuentra presente en toda la existencia humana, en lo biológico en la diferenciación sexual, en lo psicológico en la formación de la identidad individual y en lo social, en la institucionalización de los papeles, guiones o roles de género.

- El holón del erotismo, Rubio (1994, en Lamas, 2001), lo define como el componente placentero de las experiencias corporales, individualmente vividas o en interacción con otro, en la que se presentan los procesos de activación de la respuesta genital y corporal. Dentro del erotismo se encuentran los procesos de la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, los resultados de estas experiencias vividas y las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

El erotismo cuenta con manifestaciones tanto biológicas, como psicológicas dentro de las que se encuentran las representaciones y simbolizaciones, tiene significados sociales y es esta quien lo regula (Rubio, 1994, en Asociación Mexicana para la Salud Sexual, s.f.).

Sánchez (2013) señala que el erotismo es permeado por la cultura, impidiendo o no su expresión de una manera abierta y sin prejuicios.

- En el holón de la vinculación afectiva interpersonal Rubio (1994, en Lamas, 2011), define este término como la capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que surgen de ellos, la vinculación entre seres humanos se debe a que los afectos por los otros son suficientemente intensos como para mantenerlos o evitarlos.

Se han vuelto temas centrales de estudio de la vinculación, la experiencia del amor, el apego, el establecimiento de una pareja (Rubio, 1994, en Lamas, 2001), así como la disolución de ésta, los fenómenos demográficos como las migraciones, estudiados por la psicología, la sociología y la antropología (Rubio, 1994, en Asociación Mexicana para la Salud Sexual, s.f.).

Como se ha mencionado las definiciones de sexualidad dan cuenta de la multidimensionalidad de ésta, que abarca desde el mero contacto corporal hasta su representación mental (Montoya, 2006). La sexualidad es un fenómeno complejo y profundo, determinado por los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales implicados en ella, es por esto que acompaña al ser humano desde el nacimiento y hasta la muerte, va cambiando y evolucionando en todo el desarrollo vital influenciado por la sociedad y la cultura (García, 2005). El estudio de la Sexualidad contribuye a la comprensión integral de la persona, la cual engloba, como se mencionó anteriormente, su orientación sexual. (Olvera, 2014).

### 3.2 ORIENTACIÓN SEXUAL

El estudio de la orientación sexual se sustenta en el interés por comprender la forma en la que los seres humanos deseamos y amamos, entender por qué existen diferencias respecto de las personas que deseamos sexualmente y al existir problemáticas sociales como la homofobia y el riesgo de que personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual puedan contraer infecciones de transmisión sexual, esto hace necesario el estudio de deseo sexual humano, con el fin de implementar políticas para reducir la discriminación social y/o la exposición a las infecciones de transmisión sexual (Annicchiarico, 2009).

La American Psychological Association (APA) (s.f.), define la orientación sexual como una atracción duradera hacia otra persona en el plano de lo emotivo, romántico, sexual y/o afectivo. La orientación sexual es diferente del comportamiento sexual porque se refiere a los sentimientos de una persona y a la imagen que tiene de sí misma. La orientación sexual existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad.

La APA (2012) menciona que la orientación sexual generalmente se clasifica en tres categorías:

- Orientación heterosexual: Tener atracciones emocionales, románticas y sexuales hacia miembros del sexo opuesto.
- Orientación homosexual: Tener atracciones emocionales, románticas y sexuales hacia miembros del mismo sexo.
- Orientación bisexual: Tener atracciones emocionales, románticas y sexuales hacia hombres y mujeres.

Para la ONUSIDA (2011) la orientación sexual es la atracción emocional y sexual que hace que cada persona tenga el deseo de intimar y tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo contrario o ambos.

La orientación sexual es la dirección de los intereses eróticos hacia otras personas, se refiere a un patrón excitación física, interés emocional, romántico y sexual que involucra también fantasías, imaginación y sueños de contenido sexual o erótico (González, Martínez, Leyton & Bardi, 2004).

La orientación sexual es multidimensional, no sólo incluye el comportamiento sexual explícito sino también la autoaceptación, atracción romántica, sueños, fantasías en relación con el sexo de la persona que produce esos deseos eróticos (Sell, 1997, en Campo-Arias, Díaz-Martínez & Ceballos-Ospino, 2009).

Montoya (2006) concuerda con los anteriores autores y señala que a la orientación sexual la integran el comportamiento, las fantasías, los vínculos emocionales y la identidad sexual personal.

Hay algunos autores que hablan de preferencia sexual, sin embargo es más apropiado hablar, de orientación sexual, ya que el término preferencia puede hacer referencia a que se asume una decisión consciente y deliberada (Madrigal, Lacadena, Domínguez, Martínez, Carrasco, Jódar, González, García-Baró & de la Torre, 2008). Hernández (1998) concuerda con los anteriores autores al decir que la orientación sexual difiere de la preferencia sexual ya que ésta implica un proceso de elección y ningún individuo elige ser hetero, homo o bisexual, según sea el caso.

Uno de los enfoques más aceptados para explicar el origen de la orientación sexual es el de la interacción secuencial de Jonh Money, en la que según este autor se da una interacción entre

estructuras cerebrales, factores hormonales y estímulos sociales que, finalmente, terminan expresando la orientación sexual (Montoya, 2006).

El anterior autor expone que no se ha demostrado que alguna de las orientaciones sexuales obedezca a una elección voluntaria individual, no se ha encontrado que la orientación sexual sea resultado de un solo factor, ya sea genético, anatómico o conductual.

González, Martínez, Leyton y Bardi (2004) comparten la idea del anterior autor, ellos exponen que la orientación sexual no es una opción, es decir, no se elige ser homosexual o heterosexual y que ésta no está determinada por un solo factor.

En México se ha podido identificar y describir la existencia de una amplia gama de orientaciones del deseo sexual que se cristalizan en la formación de la identidad sexual, que involucra roles, conductas, el deseo y la autodefinition (Lozano & Díaz-Loving, 2010).

### **3.3 IDENTIDAD**

En la sociedad actual y compleja no se puede hablar de una identidad única y estable, sino que se debe de hablar de una pluralidad de ámbitos de identificación, esto da como resultado identidades cambiantes, con diferentes significados e influenciadas por las relaciones sociales de la persona. Un mismo individuo puede tener distintas identidades, en función del momento que esté atravesando o del contexto en que se halle inmerso (Enguix, 2000).

Mediante los procesos de socialización se lleva a cabo la asignación e incorporación de la cultura dominante, así, se considera a una persona perteneciente a un grupo social o a otro y al mismo tiempo se le incluye o excluye, en ese contexto se forma la identidad como resultado de la integración de las representaciones sociales de lo que es igual y lo que es diferente (Granados & Delgado, 2007).

Los anteriores autores señalan que la identidad es un sistema de representaciones en la cual se le brinda a las personas un marco de referencia en cuanto a su pertenencia a diferentes grupos, a través de la identidad se sabe diferente a unos y similar a otros.

La identidad no se puede ver separada de la cultura, ya que las identidades sólo pueden formarse a partir de las diferentes culturas y subculturas a las que se pertenece o en las que se participa (Giménez, 2004, en Vera & Valenzuela, 2012).

Jenkins (2004, en Vera & Valenzuela, 2012) mencionan que la identidad es la comprensión de quiénes somos y quiénes son los demás, y recíprocamente, la comprensión que los otros tienen de sí mismos y de los demás, desde esta perspectiva la identidad es el resultado de acuerdos y desacuerdos, es negociada y siempre cambiante.

Beristain y Rivera (1992, en Zambrano & Pérez-Luco, 2004) definen la identidad como la imagen y el concepto que se tiene de uno mismo, es una imagen que se forma a lo largo del ciclo vital, su construcción no es un procesos individual, se desarrolla en la interacción con diversos espacios y entidades, la familia, los pares y la comunidad.

Salinas (2008) define la identidad como la reelaboración e interiorización de algunos elementos de la cultura, en una situación relacional, pues la identidad se da en relación con el otro, realizada en determinados marcos sociales que determina la posición de los actores y reconocida por otros para poder existir socialmente.

Dentro de la identidad no es suficiente que las personas se perciban distintas en algún aspecto, sino que también deben de ser percibidas y reconocidas como tales, toda identidad, individual o colectiva debe de tener reconocimiento social para que exista social y públicamente (Giménez, 2000 en Salinas, 2008).

La identidad se encuentra siempre en constante construcción y está formada por infinidad de elementos correspondientes a las múltiples pertenencias sociales, como la familia, la nación, la religión, la etnia, entre otras (Amin Maalouf, 2002 en Zambrano & Pérez-Luco, 2004).

La identidad es socialmente construida basada en un elemento colectivo y en uno individual. El colectivo se refiere a los elementos simbólicos elaborados a lo largo de la historia, mediante la aprobación social o la imposición, donde se indica el “deber ser” y el “no deber ser”, su reconocimiento y su castigo, es también colectiva porque al llegar el nuevo ser, ingresa a un mundo construido previamente (Granados & Delgado, 2007).

Es individual en el hecho de que las personas no son sujetos en los que se les ha de depositar la cultura, son capaces de reflexionar sobre su circunstancia, para lo cual modifican el orden social mediante la transgresión o la resistencia, esto quiere decir que no se trata de una incorporación unidireccional de la representaciones, la identidad se expresa en un cuerpo con una mente propia, en la que puede reflexionar acerca de su acuerdo o desacuerdo con las reglas sociales y actuar en consecuencia (Ibídem).

Aguado y Portal (1991, en Granados & Delgado, 2007), refieren que la identidad consta de tres elementos, la permanencia, dada por la necesidad de conservación; la distinción frente al otro, con el objetivo de conseguir individualidad al saberse únicos y la semejanza, que permite la vinculación con un grupo, otorgando un sentido de pertenencia social.

Por su parte Hall (2002, en Laguarda, 2004) destaca dos elementos constitutivos de la identidad, un elemento histórico y uno de identificación, en el que, quien se asume como parte de una colectividad debe de reconocer el origen común de sus miembros, la existencia de características compartidas de quienes pertenecen a él o un ideal en común.

La reproducción de la cultura dominante implica inclusión y exclusión social, donde se incluye lo semejante y se excluye lo diferente, existen referentes identitarios culturalmente más aceptados que otros (Granados & Delgado, 2007).

Brewer (2001, en Vera & Valenzuela, 2012) señala diferentes usos para el concepto de identidad, utilizada en el autoconcepto, como la identidad de género, la identidad racial, étnica y la identidad cultural; las identidades que surgen de los roles sociales; aquellas identidades que se refieren a la percepción del Yo como parte integral de una unidad social o grupo amplio, es decir, la identidad deriva de la pertenencia al grupo, como la afición a un equipo deportivo y la identidad formada a partir de la participación activa del individuo en la construcción de la identidad de la unidad o agrupación, por ejemplo la participación en algún proyecto que unifique a un colectivo.

### **3.3.1 IDENTIDAD SEXUAL**

Otro de los usos que se le ha dado al término de identidad es el de Identidad sexual, Montoya (2006) la define como la aceptación individual de la condición de ser hombre o mujer, con todas las consecuencias que conlleva en las relaciones humanas. Granados y Delgado (2007) la conceptúan como el reconocimiento personal de saberse hombre o mujer.

Según Reinsfeld (2006, en Lozano & Díaz-Loving, 2010) la identidad sexual implica un análisis de los propios deseos y conductas, así como identificarse con una subcultura y grupo específico.

Dentro de la identidad sexual se debe de tener conciencia y claridad sobre el acto, es decir, la conducta erótica o sexual; el deseo, ese sentimiento de vinculación con otro, no siempre se es consciente de los deseos, según esta autora; el amor, el deseo acompañado de una atracción

sexual, éstos elementos internalizados culminarán en una autodefinición (Castañeda, 1999, en Lozano & Díaz-Loving, 2010).

Toro-Alfonso y Varas-Díaz (2006, en Lozano & Díaz-Loving y, 2010) señalan que la identidad sexual se construye tomando en cuenta la orientación de las conductas, los deseos, el amor y la forma en que asumimos o no esas características.

Santrock (2006) refiere que la identidad sexual es el hecho de que una persona sea homosexual, heterosexual o bisexual.

La identidad sexual es para Campo-Arias (2010) multidimensional, incluye a la identidad de sexo, la identidad erótica u orientación sexual, la identidad de género y la identidad sociosexual.

Campo-Arias (2010) describe los elementos que forman parte de la identidad sexual de la siguiente manera:

**Identidad de sexo:** Se refiere al nivel de aceptación o rechazo que se siente o se expresa acerca de las características biológicas específicas de su sexo. Generalmente las personas que manifiestan malestar con las características biológicas primarias y secundarias de su sexo biológico y desean el fenotipo del sexo opuesto se les conoce como transgénero o transexual.

**Identidad de género:** Es el grado de aceptación o malestar con las características emocionales y de comportamiento que se esperan de una persona en interacción con otros individuos de acuerdo a su sexo biológico. El patrón de comportamiento según el género varía sustancialmente de un contexto social y de una cultura a otra, este comportamiento de géneros se construye dentro de un contexto social, por lo que la feminidad es habitualmente esperada en mujeres y la masculinidad en hombres, es puramente una construcción social compleja. Un concepto

estrechamente relacionado con la identidad de género es el de rol de género que se refiere sólo a las conductas observables comúnmente consideradas como femeninas o masculinas en una cultura o sociedad determinada. Tradicionalmente la gente espera concordancia entre el sexo biológico y el género, sin embargo, algunas personas pueden querer tener características del género del sexo opuesto y sólo usar su la ropa, incorporar gestos y actitudes, sin presentar alguna molestia con las características fenotípicas de su propio sexo y sin desear cambiarlas de forma permanente, quienes muestran estas conductas son conocidos como travestis.

Identidad erótica u orientación sexual: Se refiere a la atracción, deseos, sueños, fantasías eróticas o sexuales, que tiene una persona respecto a otra, como categoría, la orientación sexual puede ser, heterosexual (atracción hacia personas del sexo opuesto), bisexual (atracción hacia personas del mismo sexo y del sexo opuesto) y homosexual (atracción hacia personas del mismo sexo). La identidad erótica es el componente más íntimo o privado de la identidad sexual y no necesariamente se manifiesta en comportamientos sexuales evidentes, específicos y coherentes. La manera en que cada persona expresa su orientación sexual se encuentra relacionada con los aspectos sociales, culturales, políticos y religiosos en los que se desarrolla.

Identidad socio-sexual: La identidad socio-sexual distingue el grupo social con la que una persona se identifica mejor si se toma como base su orientación sexual. Implica un estilo de vida, una cultura y connotaciones sociales, con implicaciones en el activismo político en defensa de los derechos civiles de persona no heterosexuales. Factores sociales influyen en el proceso de identificación con un grupo social. Esta incorporación o afiliación a un determinado grupo social tiende al fortalecimiento de la autoestima, como en los grupos minoritarios, tal es el caso de mujeres y hombres parte del colectivo LGBTTTI (lésbico, gay, bisexual, travesti, transgénero, transexual e intersexual) que pueden sentirse miembros de este grupo.

La construcción de las identidades sexuales puede estar matizada por vivencias individuales, el contexto histórico, social, cultural, político y económico, es decir la manera de identificarse no es única, pueden ser varias y cambiantes, ejemplo de éstas identidades sexuales son los hombres que tienen sexo con hombres (Carrier, 2001; Núñez Noriega, 2005 en Lozano & Díaz-Loving, 2010), los que se definen como bisexuales, homosexuales o heterosexuales, permitiéndose entablar conductas sexuales tanto con hombres como con mujeres (Castañeda, 2006; Reisenfeld, 2006, en Lozano & Díaz-Loving, 2010).

### **3.4 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)**

La categoría de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) surgió a mediados de la década de los noventa, en Atlanta, Estados Unidos de Norteamérica, como respuesta a la necesidad de priorizar fondos económicos en poblaciones con alta vulnerabilidad a la infección por VIH, sin agravar su identidad (Estrada-Montoya, 2014), representando los casos de hombres cuya conducta, no necesariamente su identidad, es diferente a la norma heterosexual (Freda, 2001, en Toro-Alfonso, 2005).

El uso de este término en la literatura científica producida en habla inglesa comenzó en el año de 1997, bajo la sigla MSM (men who have sex with men). En Latinoamérica la categoría de HSH comenzó a ser divulgada en estudios y publicaciones científicas sólo hasta finales de la década de los noventa, a partir del año 2000 diversas y numerosas fuentes utilizan esta categoría (Estrada-Montoya, 2014).

La ONUSIDA (s.f., en CENSIDA, 2009) incluye en la denominación de HSH a los varones que tienen sexo con otros varones, tengan o no una identidad gay, homosexual o bisexual. El uso de este término incluye a hombres homosexuales, a bisexuales, a varones que ocasionalmente

tienen relaciones sexuales con otros varones en situación de cárcel o por dinero, y busca referirse a estas poblaciones de una manera más objetiva, libre de estigma y discriminación.

La Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2008) menciona que los HSH engloba no sólo a los hombres que se definen a sí mismo como gay o como homosexuales, y únicamente tienen relaciones sexuales con otros hombres, sino también a hombres bisexuales y heterosexuales que pueden, a veces tener relaciones sexuales con otros hombres.

Por su parte la ONUSIDA (2011) señala que este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente de si tienen relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad homosexual o bisexual, dentro de este grupo se incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales frecuentes con hombres (Barrón, Libson y Hiller, 2007)

El concepto de HSH es una categoría más amplia que la de homosexual o gay y se refiere a varones que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, pero no necesariamente se sienten atraídos sentimentalmente por ellos y sus prácticas sexuales no son exclusivas con hombres, pueden tener relaciones sexuales sólo con hombres o con personas de ambos sexos debido a las circunstancias, a la curiosidad o al deseo sexual (Domínguez, 2014).

Los HSH son una categoría epidemiológica, que sirve para agrupar todas las prácticas sexuales entre varones, tengan o no una identidad sexual de tipo homosexual (Estrada, 2004) e independientemente de su orientación sexual (Toro-Alfonso, 2005).

Los términos HSH y homosexual se refieren a identidades sociales diferentes, los HSH se refiere a las relaciones sexuales entre hombres y la homosexualidad tiene que ver más allá de las

relaciones sexuales, abarca relaciones más amplias con gente del mismo sexo, un estilo de vida, una determinada sexualidad, etc. (UNESCO, 2008).

Lizárraga (2003, en Lozano & Díaz-Loving, 2010) diferencia entre homosexualidad y gay, donde ser homosexual es tener relaciones sexo-afectivas con personas del mismo sexo, mientras que ser gay, se refiere a una construcción a partir de la orientación sexual, de una cultura, una perspectiva, un discurso plural de la diferencia.

La identidad gay, se entiende como una subcultura, un grupo de personas que comparten experiencias, actividades, su propia forma de comunicación, sus formas de relacionarse, ritos de paso, dentro de una determinada cultura (Coyle, 1992, en Lozano & Díaz-Loving, 2010). Siguiendo la línea de los autores antes citados refieren que se puede ser homosexual y no necesariamente gay, pues esto implica relaciones y movimientos dentro de la comunidad gay.

Rust (1996, en Hernández, s.f.) menciona que la identidad bisexual se refiere a los sentimientos de atracción sexual y la capacidad de enamorarse ya sea de mujeres u hombres.

García Rodríguez (2007, en Lozano & Díaz-Loving, 2010), define la conducta sexual como toda la gama de prácticas, actividades o comportamientos, tanto individuales como en relación con otros, que son posibles debido a la naturaleza sexuada del ser humano y que expresan su potencial erótico; es el resultado de una serie de antecedentes de origen tanto intrínseco (motivación, o deseo sexual) como extrínseco (objetos y situaciones estimulantes), desarrollándose a través de algunas o todas las fases de la respuesta sexual humana y encontrándose regulada por procesos individuales (biológicos, cognoscitivos, afectivos, actitudinales) y sociales (interpersonales y socioculturales), generando consecuencias a nivel personal e interpersonal.

La conducta sexual para González, Martínez, Leyton y Bardi (2004), va desde los besos y caricias, la masturbación mutua y las relaciones sexuales o actividad sexual, éstas pueden ser vaginales, orales y anales. Conducta sexual no es sinónimo de orientación sexual, es así que una persona pueda tener una orientación sexual y tener conducta sexual con persona de su mismo sexo o una persona con orientación sexual homosexual tener actividad sexual con persona del sexo contrario.

Por lo tanto, los autores anteriores mencionan que el experimentar placer sexual con personas del mismo sexo no equivale a ser homosexual, como tampoco experimentar placer sexual con persona del sexo contrario equivale a ser heterosexual.

En el tema de la prevención y transmisión del VIH o desde el punto de vista epidemiológico, lo que importa es la actividad sexual, por lo que la categoría de HSH resulta más apropiada (UNESCO, 2008) y como refiere Martínez, González, Agüero y Carmenate (2015), esta categoría también se ocupa para estudiar el cambio de comportamiento.

### **3.4.1 EXPLICACIONES A LAS CONDUCTAS SEXUALES ENTRE HOMBRES**

Se han propuesto diferentes respuestas para explicar el deseo erótico ya sea entre personas de diferente sexo o personas del mismo sexo, dentro de las perspectivas teóricas que han tratado de explicar el deseo erótico entre varones se encuentra aquella que parte del psicoanálisis y otra, la del aprendizaje (Núñez, 2015).

Siguiendo la línea del anterior autor el psicoanálisis postula que las personas son bisexuales innatas y por tanto el deseo erótico entre varones es una más de las posibilidades de la expresión erótica. Luis González de Alba (s.f., en Núñez, 2015) señala que el impulso sexual es polimorfo y perverso, como señalaba Freud, polimorfo ya que el impulso sexual se puede expresar de

diferentes formas y perverso porque la actividad sexual tiene como fin el placer, y no la reproducción, el fin reproductivo también lo puede buscar el ser humano sin embargo no es el fin único de la actividad sexual.

Según esta perspectiva como todos son bisexuales, aquellos que tienen expresiones eróticas únicas con el sexo opuesto han reprimido su parte homoerótica, del mismo modo aquellas personas que sólo tienen expresiones eróticas con personas de su mismo sexo han reprimido su parte heteroerótica (Nuñez, 2005).

González de Alba (1985 en Núñez, 2015) señala que los extremos de la sexualidad, los exclusivamente heterosexuales y los exclusivamente homosexuales son producto de la represión, en aquellos que su erotismo es exclusivo para el sexo opuesto, se trata principalmente del temor al castigo social; en aquellos que su erotismo es exclusivamente dirigido a personas de su mismo sexo, el homoerotismo, se debe a alguna fobia interiorizada o por la facilidad del contacto sexual entre varones en comparación entre el de hombre y mujer, señala este autor que en ocasiones la represión es tan inconsciente que no se siente como tal.

Fritz Klein (1993 en Núñez, 2015) menciona la existencia de un complejo de Edipo positivo y otro negativo, en el primero los niños tienen que reprimir sus deseos hacia sus madres como objetos sexuales y transferirlos hacia otras mujeres, en el negativo, el niño quiere ser amado por su padre y los varones tienen que reprimir este deseo hacia él. Este autor explica la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad desde el complejo de Edipo de la siguiente manera:

El heterosexual preferente ha reprimido sus deseos sexuales por ambos padres y ha utilizado más represión para resolver el Edipo negativo que el positivo, pues en nuestra cultura no se le permite transferir sus deseos hacia personas del mismo sexo.

El homosexual preferente también ha reprimido sus deseos sexuales por ambos padres pero ha sido incapaz de transferir el deseo hacia otras mujeres por un exceso de represión para resolver el Edipo positivo.

El bisexual ha reprimido sus deseos hacia su padre y madre y los ha transferido hacia otros hombres y mujeres, es alguien que ha resuelto exitosamente tanto el complejo de Edipo positivo como el negativo, para Klein, la persona bisexual ha reprimido menos.

Otra perspectiva expone que el sexo entre varones es una cuestión de aprendizaje, Masters, Johnson y Kalodny (1987, en Núñez, 2015) señalan que el proceso de orientación sexual está condicionado psicológicamente al castigo o refuerzo de la conducta sexual en la preadolescencia o en la adolescencia. Las primeras experiencias sexuales de la persona pueden dirigirlo hacia la conducta homosexual, debido a que ha tenido contactos placenteros y gratificantes con personas del mismo sexo o porque sus relaciones heterosexuales han sido desagradables, insatisfactorias o intimidantes.

Desde el aprendizaje, el erotismo entre varones es considerado un producto de los condicionamientos sociales, es así como en nuestra cultura al considerar la heterosexualidad como ideal se condiciona a la persona en esta dirección, en otras sociedades la expresión erótica hacia el sexo contrario o el mismo sexo no es bueno ni malo, es un comportamiento más (Núñez, 2015).

Se han realizado diversos estudios acerca del comportamiento sexual humano, estos estudios han proporcionado datos e información importante que han permitido poder “ubicar o medir” la orientación sexual de los individuos entre homosexualidad, bisexualidad, asexualidad y heterosexualidad. Algunas de estas herramientas científicas son, la escala Kinsey de la sexualidad humana y la escala de Klein (Maroto, 2006).

La escala Kinsey, fue creada por Alfred Kinsey a partir de su estudio de sexualidad humana, publicó dos informes, uno sobre el comportamiento sexual en el varón en 1948 y otro sobre el comportamiento sexual de la mujer en 1953. Una de sus aportaciones más notables es el continuo hetero-homosexual en la conducta sexual humana, en el que según Kinsey en todo ser humano podría haber cierto grado de homosexualidad y un cierto grado de heterosexualidad. Según Kinsey este grado de heterosexualidad-homosexualidad podía variar en momentos diferentes de la vida o según circunstancias determinadas. Kinsey estableció una escala de 0 a 6 para medir este continuo de la sexualidad, (Ardila, Staton, Gauthier, 1999).

Kinsey (s.f., en Soriano, 2002) define los elementos del 0 (exclusivamente heterosexual) al 6 (exclusivamente homosexual) de la siguiente forma:

0. Exclusivamente heterosexual, sin ningún elemento homosexual: Se refiere a personas que han respondido eróticamente y han tenido conductas sexuales, siempre y solamente con personas del sexo opuesto.

1. Predominantemente heterosexual, sólo incidentalmente homosexual: Son quienes sienten atracción por personas del sexo opuesto, pero de manera ocasional han tenido alguna respuesta erótica o alguna práctica sexual con alguien de su mismo sexo, aunque éstas no provocaron reacciones a nivel psíquico como sucede en el caso de los estímulos heterosexuales.

2. Predominantemente heterosexual, pero algo más que incidentalmente homosexual: Son aquellos que tienen prácticas sexuales homosexuales con mayor frecuencia que incidentalmente y que responden claramente al estímulo por parte de personas de su mismo sexo. Sin embargo, aunque suelen reconocer que si bien se excitan con personas del mismo sexo, su objeto de deseo es con personas del otro sexo y sus respuestas sexuales y reacciones psíquicas son más intensas en ese caso.

3. Igualmente heterosexual y homosexual: Incluye a quienes tienen las mismas reacciones eróticas y prácticas sexuales con uno y con otro sexo y que responden psíquicamente de igual manera ante los dos tipos de estímulos.

4. Predominantemente homosexual, pero algo más que incidentalmente heterosexual: Son aquellas personas que afirman que su objeto de deseo son los individuos de su mismo sexo y aunque tienen prácticas sexuales con personas del otro sexo con frecuencia, reconocen que sus respuestas sexuales y reacciones psíquicas son más intensas en el caso homosexual.

5. Predominantemente homosexual, sólo incidentalmente heterosexual: Son personas casi exclusivamente homosexuales, salvo que en alguna ocasión muy excepcional han tenido prácticas sexuales o respuesta erótica con el sexo opuesto y todas las demás han sido con personas de su mismo sexo.

6. Exclusivamente homosexual, sin ningún elemento heterosexual: Se refiere a personas que han respondido eróticamente y han tenido conductas sexuales, siempre y solamente con personas del mismo sexo.

Otra fue la tabla de la orientación sexual de Fritz Klein, él utilizó varios indicadores para definir la orientación sexual, entre ellos la atracción sexual, el comportamiento sexual, fantasías

sexuales, preferencia afectiva, preferencia social, estilo de vida (heterosexual/homosexual), autoidentidad, ubicándolos en tres puntos temporales, el pasado, el presente y la situación ideal de la persona y dándoles un puntaje del 1 al 7 para cada una de las 21 casillas(Fritz, s.f., en Mor, 2012), como se ilustra en la tabla 7.

Variable	Pasado	Presente	Ideal
A Atracción Sexual			
B Comportamiento sexual			
C Fantasías sexuales			
D Preferencia afectiva			
E Preferencia Social			
F Estilo de vida heterosexual / homosexual			
G Auto-identidad			

Fig. 7 Tabla de la Orientación sexual de Klein, en Mor (2012)

Fritz (s.f. en Mor, 2012) define los elementos mencionados en la tabla como:

- A. Atracción sexual: Por personas de qué sexo te sientes sexualmente atraída/o
- B. Comportamiento sexual: Con personas de qué sexo has practicado sexo realmente.
- C. Fantasías sexuales: Sobre personas de qué sexo son tus fantasías sexuales.
- D. Preferencia afectiva: A personas de qué sexo te sientes vinculado afectiva o emocionalmente.
- E. Preferencia social: Con personas de qué sexo socializas, tienes unas mejores relaciones sociales.
- F. Estilo de vida hetero/homosexual:Cuál es la identidad sexual de las personas con las que socializas.

G.1. Identidad sexual: Cómo te consideras a ti mismo en relación a la orientación sexual.

G.2. Identidad política: Con qué identidad has decidido, por razones políticas, presentarte ante la sociedad.

Pasado: Tu vida anterior al último año

Presente: Los últimos doce meses

Ideal: Aquella situación que, personalmente, te gustaría.

Variables de la A a la E:

1 = Sólo personas de diferente sexo

2 = Principalmente personas de diferente sexo

3 = Un poco más personas de diferente sexo

4 = Ambos sexos por igual

5 = Un poco más personas del mismo sexo

6 = Principalmente personas del mismo sexo

7 = Sólo personas del mismo sexo

Variables F y G:

1 = Sólo heterosexual

2 = Principalmente heterosexual

3 = Un poco más heterosexual

4 = Hetero/homosexual por igual

5 = Un poco más homosexual

6 = Principalmente homosexual

7 = Sólo homosexual

Klein (s.f. en Mor, 2012) afirma que la orientación sexual es un proceso dinámico, fluido y que cambia con el tiempo.

Por su parte en México, el Instituto Mexicano de Sexología (s.f., en Lozano & Díaz-Loving, 2010) en su modelo de Preferencia Genérica parte del concepto de preferencia genérica, en el que según Álvarez-Gayou (2000, en Lozano & Díaz-Loving, 2010) la atracción se experimenta hacia los aspectos fenotípicos y externos, es decir hacia lo que posiciona a la persona dentro del género masculino o el femenino, no restringe únicamente a un aspecto erótico y genital, sino integra aspectos como el amor, el cariño, y el enamoramiento.

Este modelo no contempla la historia o experiencia sexual erótica de la persona para poderlo ubicar en alguna categoría, esto permite que una persona sin experiencia erótica puede identificarse con alguna categoría, por lo que cuenta con las siguientes categorías: Nunca haber tenido experiencia erótica (no practicante o NP); Haber tenido una (o más) experiencia(s) eróticas(s) (Practicante abierto o PA) y sólo haber tenido la experiencia en sueños o fantasías (onírico fantasioso u OF) (Lozano & Díaz-Loving, 2010).

El Instituto Mexicano de Sexología (s.f., en Lozano & Díaz-Loving, 2010) señalan una serie de categoría para su Modelo de Preferencia Genérica:

- Fundamentalmente Heterosexual (FHT): Estos individuos son aquellos que sólo sienten atracción por el sexo opuesto, que no son capaces de reconocer belleza en individuos de su propio sexo, y por consecuencia niegan cualquier atracción hacia personas de su mismo sexo.

- Fundamentalmente Homosexual (FHM): Se refiere a la misma situación citada para la categoría de FHT, pero en donde el individuo siente la atracción hacia personas de su mismo sexo.

- Básicamente Heterosexual (BHT): Los individuos dentro de esta categoría son aquellos que se sienten atraídos por personas del sexo opuesto, pero que son capaces de reconocer subjetivamente la belleza de personas de su mismo sexo. En teoría, esto permite un grado de atracción a esos individuos.

- Básicamente Homosexual (BHM): Se trata de personas que sienten atracción por individuos de su mismo sexo pero que reconocen la belleza del sexo opuesto.

- Preferentemente Heterosexual (PHT): Son personas que experimentan una gran atracción hacia individuos del sexo contrario, pero que también se sienten atraídos (en menor medida) por personas de su mismo sexo.

- Preferentemente Homosexual (PHM): Son aquellos que sienten una atracción por personas de su mismo sexo, pero también experimentan atracción (en menor grado) por personas del sexo opuesto.

El mayor mecanismo de transmisión del VIH es el sexual y la manera más efectiva para detener las nuevas infecciones es la prevención, pues a pesar del avance de los tratamientos no se ha logrado encontrar una cura definitiva. Dentro de las poblaciones clave para detener las nuevas infecciones se encuentran la de los hombres que tienen sexo con hombres y a través de lo que conocen, de lo que realizan, de lo que sienten y de su percepción de riesgo, se puede explorar la infección por VIH, más allá de la epidemiología.

## **METODOLOGÍA**

### **JUSTIFICACIÓN**

Tal como se ha expuesto a lo largo de los diversos capítulos del marco teórico de esta tesis es posible observar que a partir de los datos epidemiológicos y las referencias consultadas se observa que uno de los grupos de población clave a la infección por VIH es la de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y viviendo en una época donde los avances médicos y científicos tanto en la prevención como en la curación del VIH y el SIDA son cada vez mayores, sin embargo aún no se ha llegado a una cura o una vacuna. Ante un panorama como este, surge la necesidad de conocer cuáles son las actitudes (conocimientos, prácticas y sentimientos) y la percepción de riesgo frente a la transmisión del VIH en la realización de prácticas sexuales no protegidas, que tiene una muestra de hombres que tienen sexo con hombres.

### **PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuáles son los conocimientos frente a la transmisión del VIH en HSH?
- ¿Cuáles son las prácticas sexuales de riesgo en HSH?
- ¿Cuáles son los sentimientos asociados a la transmisión del VIH en HSH?
- ¿Cuál es la percepción de riesgo frente a la transmisión del VIH en HSH?

### **OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS**

Objetivo General: Identificar las prácticas, conocimientos, sentimientos y la percepción de riesgo que tienen los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la transmisión del VIH.

Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos acerca de la transmisión del VIH en HSH.
- Detectar las prácticas sexuales de riesgo en HSH.
- Explorar los sentimientos asociados a la transmisión del VIH en HSH.
- Conocer la percepción de riesgo para la transmisión del VIH en HSH.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se considera un estudio exploratorio con fines descriptivos.

Exploratorio pues pretende examinar un tema, evento, situación o problema de investigación poco estudiado, o no ha sido abordado antes (Hernández, et al. en García, 2009).

Descriptivo ya que el interés analizar una o más características o variables de uno o varios grupos de una población, su interés fundamental es descubrir lo que sucede en una situación determinada. Se pretende identificar características, como las actitudes o las formas de razonamiento, de un grupo de personas que pertenecen a determinada población. No intenta explicar relaciones, probar hipótesis o hacer predicciones (García, 2009).

### **TIPO DE DISEÑO**

No experimental transeccional: No existe manipulación intencional de las variables independientes; se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo determinado (García, 2009).

## ENFOQUE METODOLÓGICO

**Estudio cualitativo:** Este tipo de investigación se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural. Busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

**Instrumento:** Entrevista estructurada basada en el “Cuestionario de Prevención del SIDA (CPS)” de Ballester, Gil, y Giménez (2007), ésta se encuentra en los anexos, páginas 181 y 182.

**Selección de los entrevistados:** Fueron entrevistados 15 varones, reclutados a través de la técnica bola de nieve, de entre 18 y 28 años de edad, que su sero estatus fuera negativo o lo desconocieran y que admitieran haber mantenido prácticas sexuales con otros hombres, se consideró a quince varones, ya que en ese momento se llegó a la saturación de datos.

**Procedimiento:** A cada uno de los participantes se les informó del propósito del estudio de forma verbal y escrita, obteniendo su consentimiento informado solicitando su anuencia para la entrevista (Anexo, pp. 183). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma literal mediante un procesador de textos.

**Análisis de resultados:** En esta investigación se analizaron las actitudes a partir de sus elementos, es decir, los conocimientos, las prácticas y los sentimientos, junto con la percepción de riesgo. Primeramente se transcribieron las entrevistas y se sistematizó la información de forma individual, considerando categorías de análisis los conocimientos, prácticas, sentimientos y percepción de riesgo, respecto a la transmisión del VIH, se eligieron los fragmentos que fueran más representativos para las preguntas realizadas por cada categoría. Posteriormente se

elaboraron tablas de contenido por categorías de forma grupal con las categorías de análisis señaladas anteriormente, para hallar similitudes y diferencias entre lo dicho por los participantes, en aquellas donde la respuesta fuera nominal se elaboró el porcentaje para la visibilidad de resultados.

## **RESULTADOS**

Se entrevistaron a quince hombres con orientaciones sexuales diversas, 73.3% fueron homosexuales, 20% bisexuales y 6.6% pansexuales, sus edades oscilaron entre los 20 y 28 años de edad. Respecto a su escolaridad, 6.6% estudiantes de bachillerato, 6.6% con bachillerato concluido, 40% estudiantes de licenciatura, 40% con licenciatura concluida y 6.6% estudiante de maestría, del total de participantes 33.3% trabajaban.

Las tablas a las que se remiten los resultados son las tablas grupales por factor de análisis y se encuentran en los anexos (pp. 157– 180).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, divididos en cuatro factores, conocimientos, comportamientos, sentimientos y percepción de riesgo, respecto a la transmisión del VIH, donde se eligieron los fragmentos de las entrevistas más representativos por cada pregunta en la categoría correspondiente. Los nombres de los entrevistados fueron cambiados para protección de su identidad.

### **CONOCIMIENTOS**

Los participantes consideraron el nivel de su conocimiento en tres diferentes niveles, desde bueno 33.3%, medio 53.3%, hasta muy bueno 13.3% (Tabla 1). Del total de entrevistados 86.6% mencionaron conocer los mecanismos de transmisión del VIH, entre éstos la vía sexual como principal mecanismo de infección, siguiéndole la vía sanguínea y por último la vía materno infantil o vertical, como se muestra en la Tabla 3. El 13.3% mencionaron no conocerlos, sin embargo, al cuestionarles acerca de si las prácticas sexuales sin condón son un mecanismo de transmisión del virus, éstos respondieron que sí.

*Gerardo: "...yo que sepa es vía transfusión sanguínea, vía sexual, a través de la leche materna, eh, fluidos como el semen y el flujo vaginal y creo que ya..."*

*Ricardo "Sí, sería por vía sexual, por vía intravenosa y por, bueno, por trasfusión de sangre..." "...y la de madre a hijo también..."*

*Marcos: "...pues transmisión sexual y vía sanguínea..."*

*Esteban "...eran tres, que justo era por trasfusiones de sangre, por el contacto de fluidos en relaciones sexuales y por vía perinatal, es decir, que la madre lo tuviera, el VIH y en el transcurso de la gestación se lo transmitiera a su cría o crío..."*

Todos los entrevistados consideraron que el sexo sin condón, ya sea anal o vaginal, es un mecanismo de transmisión del VIH, el sexo oral fue considerado de bajo o nulo riesgo, dependiendo de la salud bucal (Tabla 4).

*Arturo: "...prácticamente todas las prácticas que hay, eh, todas las prácticas son riesgosas, pero hay unas que implican mayor riesgo que otras, eh, por ejemplo, eh, sexo oral es una práctica de riesgo, pero en relación al coito ya sea pene vagina o pene ano que es muchísimo menor" "...cuando tú haces el sexo oral si hay un riesgo, pero depende de cuan sana esté tu boca" "...si tienes no sé, una herida sangrante y tú eres quien lo está haciendo, el sexo oral, pues sí, porque hay un contacto del líquido preseminal e incluso podría ser de semen, eh, pues a tu boca..."*

*Gerardo: "...la vía sexual, vía vaginal o vía anal, es este, son las mayores formas de transmitirlo, ah, a través del sexo oral, yo entiendo que hay un riesgo, eh, menor que, o sea, tendría que ser, como tener una herida muy abierta o algo por el estilo en la boca para que se dé la transmisión y pues yo lo dejaría como, o sea, vía anal, vía vaginal, como que es el mayor, ah, lugar de riesgo..."*

*Fernando: "Vía anal, vaginal, oral... no es tan, así como probable que por vía oral se transmita, pero, pero bueno, si tienes una lesión en la boca y lo haces así, pues sí..."*

Los conocimientos que tienen refirieron haberlos adquirido en diferentes lugares, como en los distintos niveles educativos, desde primaria, secundaria, preparatoria, hasta eventos organizados en sus universidades. También expusieron haberlos obtenido a través de medios de comunicación como la radio, la televisión y medios impresos, como el periódico y las revistas. Otro medio de adquisición de conocimientos han sido las campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual y en los servicios de salud. Es importante destacar que la información que poseen ha sido adquirida también mediante el interés propio y la búsqueda independiente en el internet y artículos científicos, como se muestra en la Tabla 2.

*Marcos: "...con amigos y en la preparatoria, en la preparatoria fue cuando empecé a informarme acerca de estas enfermedades, de estos virus, eh, y bueno ya más adelante conforme fui viendo yo investigué, en reportajes, en libros, bueno, sí, en revistas, cosas así, en artículos, más que nada y bueno ya tengo, actualmente mi pareja, es este, el hizo su servicio en CONASIDA hace, bueno, varios años, y pues él también me ha comentado muchas cosas..."*

*Martín: "...pues en varios lugares, en la escuela, en, afuera del antro, eh, en internet..." "...en la secundaria, te digo, no sé si dije eso, había como talleres y ahí te enseñaban a poner el condón y todo eso"*

*César: "...en internet, investigando por mi cuenta y pues, como en pláticas o en campañas que hacen en la escuela..."*

El 6.6% de los hombres entrevistados mencionó conocer las fases de la infección por VIH, los restantes, el 93.3% no las conocen (Tabla 5).

*Arturo: "Sí...primero hay una, eh, es el primer momento de la infección que puede durar o aparece principalmente en las primeras semanas, después se da un periodo de ventana en el que la persona está asintomática y posteriormente esta fase puede evolucionar ya a presentar los síntomas y derivar en SIDA"*

El 13.3% de los entrevistados refirieron que es posible saber a simple vista si una persona es seropositiva debido a su estado anímico, el 86.6% de los informantes mencionaron que no se puede saber a simple vista si una persona es seropositiva (Tabla 6).

*Marcos: "Sí, como por el físico, sí, de hecho, sí, sí lo he notado" "La persona es extremadamente demacrada..."*

*Martín: "Así a simple vista, simple vista, no"*

*Sergio: "No se puede saber a simple vista"*

El 93.3% de los entrevistados señalaron que es posible la transmisión del VIH sin tener signos o síntomas, el 6.6% de ellos no pudo aseverar esto, como se presenta en la Tabla 7.

*Roberto: "Sí, sí, claro"*

*Marcos "No, eso sí no lo sé, pienso que sí..."*

Para el 93.3% el VIH actualmente no tiene cura, pero sí cuenta un tratamiento eficaz, el 6.6% señaló que sí existe cura para el VIH debido al avance tecnológico, aunque no se ha hecho promoción de ésta (Tabla 8).

*Alfonso: "...aunque todavía no hay o no se ha promocionado una cura yo digo que ya debe de haber, por todo el avance tecnológico que hay"*

*Ignacio: "...se lleva un tratamiento para que la controlen, pero que sea curable, no"*

*Esteban: "...actualmente igual lo que he leído es que ha habido varios avances en cuanto a los tratamientos para la infección, pero que no, realmente que sólo ha sido un tratamiento para controlar la infección, no para curarla, es decir, la enfermedad no tiene cura, sino solamente un tratamiento..."*

El 33.3% de los hombres entrevistados señalaron no conocer el periodo de ventana, los restantes, el 66.6% mencionó sí conocerlo, aunque no siempre por su nombre, sabiendo de la existencia de un periodo que se tiene que esperar para que la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH tenga resultados fiables, como se muestra en la Tabla 9.

*Ricardo: "...sabía que una vez que tienes la práctica sexual de riesgo tienes aproximadamente tres meses o cuatro para que se pueda detectar..."*

*Roberto: "Sí, ya, entonces ya sé, tienes que tener 3 meses después de tu relación"*

*Fernando: "Hasta tres meses después, creo"*

Del total de participantes 26.6% refirieron que una persona con diagnóstico positivo al VIH desarrollará SIDA posteriormente, el 73.3% mencionaron que no se desarrollará SIDA con un tratamiento adecuado (Tabla 10).

*Gerardo: "Ah, yo creo que no... mientras haya un control médico adecuando se puede mantener simplemente con el virus, sin la manifestación o sin el desarrollo del SIDA"*

*Esteban: "...pero justo el ser VIH+ conllevaría entonces tomar un tratamiento para evitar desarrollar el SIDA, entonces, pues yo creo que no sólo con tener VIH se desarrollaría el SIDA si se toma el tratamiento, si no hay el tratamiento y evidentemente sino no se conoce que se tiene la infección, pues si se desarrollaría el SIDA..."*

*Arturo: "Sí, sino sigues el tratamiento adecuado con los antirretrovirales, porque puedes dar positivo, pero pues elegir tomar los antirretrovirales, o elegir no, evidentemente en el segundo caso pues vas a desarrollar o bueno, más bien vas a llegar a la fase del SIDA"*

El 73.3% de los entrevistados consideró muy confiable al condón como método de prevención para evitar la transmisión del VIH, el otro 26.6% mencionó que el preservativo es confiable, es decir, el condón fue considerado efectivo para evitar la transmisión del VIH (Tabla 11).

Relacionado con lo anterior dentro de las ventajas que encontraron en el uso del preservativo están principalmente, el prevenir infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos no deseados. También encontraron como ventajas en el uso del condón, el fácil acceso a éstos, su fácil manipulación y uso, brinda higiene en sus prácticas sexuales, sensación placentera, diversión en la vida sexual y cabe destacar el bienestar psicológico que ofrece al evitar estar preocupado (Tabla 12.)

*Francisco: “...no hay embarazos, que es uno...” “...el control de la toda, de la mayor cantidad de infecciones...”*

*Sergio: “...evitar una infección de transmisión sexual, eh, pues también la preocupación mental, de, ¡Chin, sin condón!... no solamente está el VIH/SIDA, sino también la gonorrea y demás enfermedades de transmisión, papiloma”*

*Marcos: “Pues la ventaja es que no va a haber embarazos no deseados, eh, no te puedes enfermar de cualquier cosa, tanto en las chicas, no pueden tener una infección es su vagina, dentro, y tanto los chicos no podemos tener una infección en el pene, ¿no?, también creo que los hombres por higiene, eh, aunque por muy limpio que esté el ano, el ano está hecho para defecar, totalmente, ¿no?, entonces hasta una hepatitis te puede dar, ¿no?, tanto para chicos y para chicas es súper higiénico y te repito es muy confiable...”*

Dentro de las desventajas que encontraron respecto al uso del condón, estuvieron la disminución de la sensación y el placer, que a las parejas sexuales puede no gustarles usarlo, que se pueda romper y posibles reacciones alérgicas, como se presenta en la Tabla 13.

*Gerardo: “...con el condón por sí mismo, pues nada más el hecho de que se pueda romper, pero, y por otro lado a la mejor no a todo mundo como que le gusta usar el condón, ¿no?, eso también es una dificultad, en cuanto a las parejas, porque, este, hay personas que no quieren usarlo, les incomoda y, este, y pues es o no hacerlo o hacerlo, pero sin condón”*

*Diego: “...pues hay que estar haciendo pruebas de calidad... en mi experiencia, no todas las marcas son como buenas... en mi caso me da alergia, entonces tengo que buscar el que no me da, el que no me da alergia...”*

*Ignacio: “No se siente lo mismo al usarlo, nada más eso, pero de ahí en fuera no hay ni por qué ponértelo, sería lo único, es incómodo”*

*Fernando: “Pues yo siento que no es la misma sensación...”*

## COMPORTAMIENTOS

Del total de entrevistados 93.3% mencionaron haber realizado al menos en una ocasión alguna práctica sexual de riesgo, es decir, sexo sin el uso del condón, estas prácticas sexuales refirieron haberlas mantenido con su pareja estable o con parejas esporádicas, en diversos escenarios como lugares públicos, fiestas o con personas que conocían a través de las redes sociales, el 6.6% expuso nunca haber mantenido prácticas sexuales sin el uso del condón (Tabla 14).

*Martín: "...con mi último novio, tiene, fue en diciembre, noviembre, ya ni me acuerdo, bueno, fue en diciembre, tuvimos, este, tuvimos relaciones sexuales, anales, eh, sin condón..." "...también tuve una vez sexo sin condón con mí, un novio antes de ese..."*

*César: "...sí, porque pues he tenido algunas sin condón y este, y pues no sé, han sido de sola una vez, ¿no?, de verlo sólo una vez y tuve una etapa de mi vida que sí, así con todo y con todos..." "...a los diez y siete años, diez y seis, no me acuerdo muy bien, este, un tipo me contacto por Facebook... en plan de amigos, pues X, por qué no, vamos al cine, pues X, y este, y el tipo pues me besó y todo, y pues ya ahí me dijo, pues vamos a mi casa, no está muy lejos de aquí y yo dije que pues sí, y este, y ahí fue de, ¿Tienes condones?, me dijo no, le dije, ¿Y luego?, me dice, pues solamente júrame que no tienes nada y no va a haber problema y yo así de, ¿Y quién me asegura que tú tampoco tienes nada?... y pues le dije que sí, porque el tipo estaba súper bueno y así, pues pasó ..." "...también con un chico que conocí por parte de la escuela... en mi casa, yo estaba solito y así, y pues ya pasó, pero pues yo no tenía preservativos ni nada y pues así..."*

*Roberto: "...estábamos en la fiesta, jajaja, jijiji, y ya todos nos fuimos a dormir y mi amigo se fue a su casa, yo fui el único que me quedo con los demás amiguitos y ya, yo me quedé con un chavo y ya, pues ya sabes, entre la peda, entre todo, este, según este wey no era gay y pues ya no sé cómo fue que comenzamos y pues ya, tuvimos sexo, pero sin condón..." "...otra con la que, con un chavo con la que tenía sexo, pues digamos, casual, pero sí, pues sí digámoslo así, y pues también así como sin condón con él..."*

*Rafael: "sexo oral, anal y ya, creo que ya ...sí, siempre, creo que cuando una persona está como caliente se imagina como muchas cosas y se atreve a, pero ya después que pasa el acto es como de, ¡No!, ¡No maches!, ¡¿Qué hice?!, pero con mi último novio, ya después de que teníamos meses de andar estábamos teniendo sexo y se quitó el condón, pero yo dije, pues va... y pues se quitó el condón porque era como a él le gustaba, y yo dije, pues va, y como no tenía nada raro aparentemente, dije, pues bueno, por qué no, pero pues no, no tiene nada raro, o sea, en cuestión de enfermedades, solamente ha sido con él como con el que me he atrevido"*

Las razones que expusieron para entablar una práctica sexual sin el uso del condón fueron principalmente, la gran excitación del momento, "por caliente", "por el momento", la atracción de la pareja sexual, la presencia del alcohol, por placer, por miedo a la reacción de su pareja al negarse a la relación sexual sin el uso del condón, como se muestra en la Tabla 15.

*Sergio: “Una fue porque estaba borracho, otra era porque me sentía muy atraído, pues, la mayoría es porque me ganan las ganas, pues, la calentura gana...”*

*Francisco: “...por el calor del momento” “por dejarme llevar” “porque la pareja sexual en ese momento sexual fue muy atractiva”*

*Alfonso: “Por caliente” “Pues porque se da la oportunidad, y pues me pongo a ver si traigo condón o no y es incómodo”*

*César: “...pues solamente se la pasé porque estaba guapo y buenote... estaba muy lejos de mi casa, nadie sabía que estaba ahí... entonces dije, no, que tal que le digo que no, me mata o algo así... sí me dio un buen de miedo, y dije, pues ya ni modo, o sea, no sé, siempre he tenido este miedo, ¿no?, de, pues también he visto en las noticias como luego hay gente descuartizada por ahí o así, yo también tenía ese miedo de correr el riesgo decirle que no, se enojara o algo así... que me sacara a la calle y yo cómo me voy y dije, ay no, yo no conozco aquí, y pues yo creo que por eso lo he hecho, o sea, porque ya estás ahí en el momento y ya dices, pues ya X” “...Pues sí, pues YOLO (You Only Live Ones)”*

*Fernando: “...simplemente por el gusto, por satisfacer esa necesidad y por darle rienda al cuerpo”*

El 93.3% de los participantes señalaron haber tenido información acerca de los mecanismos de transmisión del VIH cuando realizaron la práctica sexual sin el uso del condón, el 6.6% expuso no haber tenido información en dicho momento (Tabla 16).

*Fernando: “Sí, siempre he tenido”*

*Martín: “Sí, sí tenía información”*

*Esteban: “Por supuesto que tenía el conocimiento de...” “...yo en ese momento estaba muy consciente de la información y del riesgo que podía ocurrir, sin embargo, como te comento, pues ocurrió”*

El 86.6% mencionó haberse realizado la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH ya sea luego de la realización de esa práctica sexual de riesgo o en alguna otra ocasión, el 13.3% nunca se ha realizado la prueba de detección, por miedo a saber un resultado, como se presenta en la Tabla 17.

*Martín: “No” “Pues, al principio no le tomaba importancia, pero después de lo que ocurrió el año pasado, sí, ya me dio un poco de cosa, entonces, siempre estoy como de voy a ir, no voy, y luego cuando ya voy a ir, digo, mejor ya no voy a ir, porque qué tal si sí, y así, por miedo, la verdad”*

*Sergio: “Sí, o sea, te digo, dejo pasar tres o seis meses y me hago las pruebas”*

*Ignacio: “...después de esa, al, fue, junio, julio, agosto, septiembre, en octubre del año pasado”*

El 26.6% de los hombres entrevistados indicó no tener la intención de realizarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, debido a que no han tenido relaciones sexuales recientemente o por miedo, el 73.3% de los participantes sí tienen la intención de realizarse la prueba de detección (Tabla 19).

*Rafael: “No, es que últimamente no le he puesto, entonces no”*

*Alfonso: “Me da miedo” “Hacerme la prueba y que salga positiva”*

*Sergio: “Sí, y no por riesgo, sino por seguridad”*

*Ricardo: “Sí, en seis meses”*

En cuanto al uso del condón los entrevistados refirieron usarlo en mayor medida en relaciones sexuales anales, ya sea con parejas esporádicas o estables, durante el sexo oral el uso del preservativo es casi inexistente (Tabla 20). El 86.6% de los entrevistados indicaron que planean utilizar preservativo en sus próximas prácticas sexuales, mientras que el 13.3% no planea utilizarlo, dando razones como que la única persona con la que se está manteniendo relaciones sexuales es con su pareja estable (Tabla 21).

*Gerardo: “Sí, sí, es algo que yo creo que tengo como, pues bien adquirido...bien pensado, que si yo de por sí tengo como cierto temor cuando uso condón, no me imagino que pasaría si lo dejo de usar, ¿no?, no es algo que he asumido, o sea, no pretendo asumir tanto riesgo, ¿no?, por mi salud física y mi salud mental”*

*Sergio: “Sí, siempre, espero, de hecho aquí traigo”*

*César: “Pues no, porque con el único que tengo relaciones es con mi novio, así que, pues no...”*

*Fernando: “Créeme que si te digo aquí sí, me escucharía así como muy hipócrita y si te digo no, pues como que pues también es escucharme muy promiscuo, o sea, yo te diría que lo más probable es que no lo use, digo, porque echándole honestidad, te digo, y tampoco no es que conozca a el tipo aquí en la esquina y ya me vaya a meter con él, pero, pues esa es la realidad de mi vida”*

Al preguntar a los entrevistados si realizarían una práctica sexual sin preservativo si se les presentase la oportunidad el 46.6% mencionaron que no realizarían dicha práctica, el 53.3% expresaron que realizarían otro tipo de prácticas como sexo oral, masturbación mutua o sexo anal sin eyaculación, como se muestra en la Tabla 22.

*Marcos: “Ay no, es bien feo, no la hago” “No, de plano no, no, sí me ha tocado y pues no, ni modo” “...a estas alturas de mi edad y con toda información, sería como muy tonto para mí lanzarme a una experiencia sexual sin cuidarme, te repito, es primero mi salud, por mí y en segunda pues porque yo no estoy solo...”*

*Diego: “Híjole, no sé, pues igual y nada más, ya sea oral, yo creo, o masturbación, o sea, ya así como que en el caso de que, o sea, ya estamos desnudos y ni cómo salirte encuerado a la farmacia, yo creo que igual y nada más masturbación u oral”*

*Sergio: “Me aguanto, si me he aguantado algunas veces, sí, no, pues me aguanto”*

*Esteban: “...pues ya en este momento prefería evitarla y además ya casi siempre los cargo”*

*Ignacio: “...sí es alguien que me gusta demasiado a lo mejor y lo hago, no lo uso, ¿no?, pero así en sí que digas, ay, no, sí lo usaría, aunque le diría que los compre él, ¿Yo por qué?”*

## SENTIMIENTOS

Tras las prácticas sexuales de riesgo los entrevistados manifestaron tener sentimientos que van desde la felicidad al miedo, entre la preocupación, angustia, incertidumbre, pensamientos futuros fatalistas, culpa, hasta la reflexión, la toma de consciencia sobre su autocuidado, confianza, tranquilidad y satisfacción, como se muestra en la Tabla 23.

*Alfonso: “... me sentí muy preocupado, angustiado, con miedo”*

*Arturo: “...la verdad me llené como de miedos y angustias, porque yo soy como ese tipo de personas, o sea, en, es lo que te decía un poco hace rato, en el momento los disfrutas y es súper padre y te diviertes, pero después llega un momento de reflexión en el que ya empiezas a analizar la situación y pues te das cuenta de que sí, efectivamente asumiste una conducta de riesgo” “... me vino como la culpa, la angustia, la incertidumbre, fue como un choque emocional”*

*Ricardo: “...pues al principio me sentía un poco, estuvo padre, y ya después, este, me sentía un poco raro, pero dije, bueno, no creo que pase nada, confío en él y todo...”*

*Martín: “...pues bien, satisfecho, alegre, bueno al principio, pero conforme pasó el tiempo pues sí me preocupé un poco, porque no sé, me ha dado cosa siempre, eso”*

*Sergio: “Pues muy mal, me sentí así como de, ¡Chin!, ¿Ahora qué hago?, qué tal si me contagié, qué tal si, pues, muchas cosas, si te llega así como el bajón y procuras como contactar a esa persona y ver qué onda, qué pasó y eso hice, básicamente, había personas que no podía contactar luego y dije, pues, ¡Changos!, sí me preocupa, ¿no?, y no, o sea, me sentí mal, bajoneado, pues ni modo, a esperarte tres meses a hacerte la prueba”*

*César: “Pues inseguro...de que no tuviera nada, no sé, sí me sentí así como raro y estaba piense y piense, ¿no?, qué es lo que podía pasar, de hecho yo estaba así súper seguro que, no, dije, ya, o sea, yo tengo SIDA o VPH o VIH o lo que sea, y yo decía, bueno, son seis años lo que le dan promedio a las personas, a los veintiuno me muero, ¡Ah!,*

*no sé, yo estaba haciendo así mis cuentas, súper traumado y yo así de, sí, pero pues, sí, sí me sentía muy agobiado por eso”*

*Fernando: “Pues en ese momento yo me sentía súper bien, me sentía súper satisfecho, yo no me, no te puedo decir que me daba remordimiento de conciencia, de que me metiera con uno y a la media hora ya estuviera con otro, no, jamás me pasó, al contrario, yo lo disfrutaba...”*

El 13.3% de los entrevistados mencionaron no haber estado preocupados por haber creído contraer el VIH luego de la práctica sexual sin el uso del condón, ya que fue realizada con una persona en la que confiaban, el 80% sí estuvo preocupado, ya sea por poco o un periodo más largo de tiempo (Tabla 24).

*Rafael: “No hubo remordimiento porque pues no fue con una persona que encuentras en el antro y es de una noche y ya, sino que igual, fue con quien confiaba”*

*César: “Sí...casi por medio año, sí fue mucho lo que yo me estaba preocupando y las cuentas que hacía era día tras día y todo el tiempo y no sé, siempre he sido muy traumado para esas cosas y sí, sí estaba muy preocupado”*

*Ignacio: “...sí hubo un tiempo, hubo dos meses...”*

*Esteban: “Sí, claro, ¿no?, pues como te menciono, sí ocurrió eso, pero al final era como tomar medidas para poder resolverlo, principalmente pues el acudir para descartar o aprobar algún diagnóstico, ¿no?, y entonces iniciar todo el procedimiento para el tratamiento”*

Los participantes que se han realizado la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH mencionaron haber tenido en ese momento sentimientos que van desde el nerviosismo, angustia, preocupación, incertidumbre, miedo, pensamientos futuros fatalistas, hasta tranquilidad, felicidad, ignorancia y reflexión, como se ilustra en la Tabla 25.

*Rafael: “...súper nervioso, obviamente te pasan muchísimas cosas en la cabeza, como de, ay, mi vida se va a acabar, pero no, todo relax ya al final, fueron como los minutos más nerviosos de mi vida”*

*Marcos: “...eran nervios, era angustia, era como que, por eso iba con mis amigos, entonces íbamos diciéndonos y quién sale, entonces, eran cosas muy chistosas...” “... fue angustia, fue preocupación, fue, no sé, hasta felicidad porque iba con mis amigos e íbamos risa y risa, hasta ignorancia, ¿no?, fueron muchas cosas...”*

*Sergio: “Nervioso, muy nervioso... que me dijeran que sí soy seropositivo, pues sí, me daba miedo y más que, o sea, que mi familia se enterara...pues yo decía, ¡Chin!, mi vida se va a acabar, no voy a ser el mismo, muchas cosas, ¿no?, te pasan por la cabeza un buen, un buen de cosas, no me voy a tratar, me voy a dejar morir, muchas cosas, pero al fin y al cabo, pues te la tienes que hacer y tienes que saber, o sea, por tu seguridad y por la de los demás “*

*César: "...yo me sentía seguro, porque ya me la había hecho antes y pues, es negativo, ¿no?, y con la única persona que tengo relaciones sin protección es con mi novio, o sea, porque pues nos tenemos mucha confianza... pero yo estaba tranquilo, o sea, no tenía ningún problema..."*

*Ricardo: "Pues es que la verdad cuando te realizas la prueba es muy, no sé, me dan muchos nervios, da miedo, porque, pues, aunque te hayas cuidado sientes como de que hay probabilidad de que pase algo, ¿no?, o sea, aunque conozcas los mecanismos por, de transmisión, aunque te hayas cuidado, hayas tenido todas las precauciones, pero pues el simple hecho de hacerte la prueba..."*

*Fernando: "Pues en verdad nervioso, porque pues en primera, ahí sí me ponía a pensar, así como que, pues yo toda mi vida, lo más seguro es que sí, ¿no?, y me sentía muy nervioso y me sentía muy frustrado, y dije, y hasta me sudaban las manos, así como que, pues ya quiero pasar...traes una puta vida de promiscuidad y demás, en ese momento sí la piensas, en ese momento sí la piensas"*

La percepción de la salud física de las personas seropositivas que describieron los entrevistados está vinculada a la toma del tratamiento del VIH, ya que mencionaron que tendrían algún padecimiento físico sino siguen éste de una manera adecuada o por efectos secundarios del mismo, como mareos, vómito o diarrea. También indicaron que una persona diagnosticada con VIH podría tener repercusiones en su salud si llega a estadios avanzados de la infección. Refirieron que una persona seropositiva realiza un cambio en su estilo de vida, como en la alimentación y el ejercicio. Quienes indicaron que una persona con diagnóstico positivo al VIH sí padece físicamente, lo percibieron como una persona que tiene pérdida de peso, debilidad y con enfermedades respiratorias. (Tabla 26).

*Francisco: "sí, puede afectar físicamente, pero hasta fases muy muy adelantadas sin tratamiento, sin cuidados y demás"*

*Arturo: "...en una persona que toma sus antirretrovirales, que siempre traen como efectos secundarios, mareos, vómitos, diarreas, eh, incluso una de sus sesiones fui, y ya decían así como que la diarrea se convierte realmente como en tu mejor amiga"*

*Gerardo: "Eh, yo creo sí... quizás, no, en esa primera etapa cuando tienen VIH, ya cuando tiene SIDA pues posteriormente vienen los síntomas, los problemas y pues estas complicaciones en la salud"*

*Marcos: "Sí, totalmente, sí, se, yo lo he notado en la baja de peso, en la baja de peso y en enfermedades, este...enfermedades respiratorias..."*

*Diego: "...las personas que yo conozco, son personas que si cambiaron su estilo de vida en el sentido de que ya son más saludables, o sea, si vas a una fiesta, o sea, ya no es como hasta ahogarte de alcohol, o sea, si tomo, una o*

*dos tres copas y hasta ahí, este, no sé, su alimentación, ya son como más, ya no se comen como veinte tacos, me la llevo tranquila conforme a la comida o incluso si puedo hago ejercicio o cosas así ...pero si es como de, o sea, de un momento a otro pues tienes que cambiar muchos hábitos”*

Los participantes mencionaron que las personas seropositivas son discriminadas en diferentes ámbitos, como el laboral, educativo y en el sector salud. Percibieron que hay rechazo, estigma y prejuicios hacia personas diagnosticadas con VIH, reduciéndola a su diagnóstico, perdiendo o limitando sus redes de apoyo, como la familia y amigos, además de pérdida de seguridad personal y autoestima. Este rechazo y estigma también fue percibido hacia las personas no heterosexuales, creyendo que el VIH es una infección exclusivamente de varones con orientaciones diferentes a la heterosexual. Los entrevistados señalaron que la discriminación es producto de la ignorancia y la falta de información (Tabla 27).

*Esteban: “Es que justo pues hay bastante discriminación actualmente a las personas seropositivas porque hay mucha desinformación al respecto, pero justo como mencionábamos esta cuestión de que pudiese ser que a simple vista no se distinga, si las personas no lo mencionan pues posiblemente no padezcan como algún malestar social, sin embargo, al haber pues esta discriminación hacia las personas en sector salud, trabajo, educación, pues socialmente les va muy mal... pareciera que en el imaginario social hay como una idea de que si tienes VIH es porque fuiste contagiado por un varón, entonces, eh, evidentemente en la sociedad actual pues tiene bastante estigma hacia las poblaciones no heterosexuales y por ende, eh, pensar que tienes VIH es porque algún varón te contagió y entonces tus prácticas sexuales se ven cuestionadas, además de tu orientación y tu masculinidad y me parece que hay como todo un proceso al respecto de por qué se discrimina y por qué se rechaza a las personas con VIH, además de la desinformación que hay al respecto”*

*Gerardo: “Sí, yo creo que sí, son personas muy estigmatizadas, incluso, pues desde mi punto de vista es algo que por lo cual me da miedo el SIDA, aparte de las complicaciones, ammm, a nivel pues fisiológico, a nivel social creo que sí hay como muy impactante, ¿no?, sobrellevar una enfermedad así, como por tu cuenta y, por ejemplo, a veces la familia no lo entiende, las amistades se alejan, tu trabajo, pues discriminación, etc., entonces yo creo que es un impacto muy fuerte a nivel social también para las personas que tiene esta enfermedad” “Yo creo que, es que yo creo que aquí el asunto es que una enfermedad que hizo muy popular, en cuanto a que, quien la tenía se moría, ¿no?, yo creo que es la parte, este, las personas pues evidentemente tiene miedo a morir, ¿no?, creen que el estar cerca de alguien que tiene una enfermedad y que se puede transmitir, tengan sexo o no tengan sexo con ella, pues les da miedo, ¿no?, pues entonces, este, yo creo que quieren evitar a toda costa, eh, ese riesgo, ¿no?, sí hay personas que creen que con otros fluidos como la saliva, etc., puede haber contagio, ¿no?, siendo que solamente es a través de la sangre o a través de vía sexual”*

*Arturo: “...tenemos una carga social de miedos, estereotipos, prejuicios, que no podemos deshacernos, aunque estemos o adentrados en el tema, yo creo que es muy difícil realmente deshacerte, porque te, como de toda esta información basura que te llenan, entonces sufren porque tú no alcanzas a comprender al 100% lo que significa VIH...” “... que tiene que ver con muchas cuestiones, eh, primero está la cuestión de preferencias sexuales, que*

*históricamente ya es un tema bastante sufrido por muchísimas persona, ¿no?, es bien sabido que el VIH se le llamó en algún punto de la historia el cáncer rosa, justamente por atacar principalmente a los homosexuales, ¿no?, entonces tener VIH o en algún punto significó ser homosexual, entonces ya no solo sufrías el rechazo por ser homosexual, sino por ser un homosexual con VIH, ¿no?, que además en algún punto de la historia significaba muerte, ¿no?, era como si justo este, incluso, este concepto religioso como si dios castigara a las homosexuales por estar haciendo prácticas indebidas, después viene el tema de justo como noción moral, o sea, además pareciera ser que la práctica sexual, no sé cómo decirla, si de goce, de disfrute”*

Los entrevistados mencionaron que debe de haber comprensión y solidaridad hacia las personas seropositivas, ya que un diagnóstico no define a las personas, ni limita sus capacidades, evitando utilizar etiquetas clínicas para referirse a un individuo. Indicaron que debe de haber un trato igualitario para evitar la discriminación, el estigma y el rechazo (Tabla 28).

*Ricardo: “...tratar a las personas como siempre, ¿no?, o sea, no ser más solidarias o menos solidarias o cambiar esto...” “...una enfermedad no te va a quitar todas tus posibilidades, o sea no va a dañar tus habilidades, tus capacidades...”*

*Diego: “...no tendrías por qué cambiar con esa persona, o sea, por ejemplo, si es tu amigo, pues lo vas a seguir tratando como tu amigo, ¿no?, o sea, si es tu primo, pues vas a seguir tratándolo como tu primo, o sea, si es parte de tu familia o no, tú lo vas a seguir tratando normal, digo, lo vas o la vas a seguir tratando normal...”*

*Gerardo: “...pues sí, debería haber mucha comprensión... porque una enfermedad no te define, o sea, es a lo que, yo te decía es, piensan que una persona con VIH pues es promiscua, es mala y se mete con todo el mundo etc., y, este, no necesariamente, ¿no?, muchas veces están en parejas formales, por ejemplo, y aun así se contagian, ¿no?, en una relación seria, ¿no?, entonces, este, debería de haberlo porque las personas no son culpables de las enfermedades que adquieren, ¿no?, o sea, son circunstancias que se dan, y las personas deberían, y la sociedad debería entender eso, ¿no?, que uno lo elige enfermarse... uno no lo busca, sino que uno quiere, pues sí, o sea, hay ciertos riesgos como tener relaciones sexuales que uno asume o no asume, etc., pero no por eso deberían tacharte de algo que, pues no eres”*

Si algún amigo fuera diagnosticado con VIH los participantes expusieron que mostrarían apoyo, empatía, formarían parte de sus redes de apoyo y su trato hacia él o ella seguiría siendo el mismo, debido al lazo afectivo entre ambos, como se muestra en la Tabla 29.

*César: “...apoyarlo al máximo y estar ahí con él, en lo que se le ofrezca y pues sí, darle todo tu apoyo, ¿no?, como amigo”*

*Martín: “...pues primero ofrecerle mi apoyo y hacerle saber que voy a estar con ella pase lo que pase y pues buscar ayuda... para él... porque es mi amigo, lo quiero y me preocuparía por él”*

*Roberto: “...si es mi amigo yo lo apoyo, yo sin pensarlo lo apoyo...” “... la verdad es que, orientarlo, pues decirle que se tome sus medicamentos, que se atienda, porque tampoco me gustaría verlo mal, ¿sabes?, más que*

*otra cosa yo creo que apoyarlo...” “...moral, incondicionalmente, yo creo que sí...” “...si yo estuviera en esa situación yo también me gustaría que me apoyaran, ¿no?, entonces, lo apoyo porque pues todos podemos estar en su misma situación, o sea, te digo, no estamos exentos, ninguno...”*

*Ricardo: “...le diría que puede contar conmigo en cualquier cosa, eh, si necesita que lo escuche yo ahí estaría con él, con ella, igual si necesita que, o sea, le diría que confíe en mí...” “le daría pauta a que tenga confianza en mí y haría lo posible por apoyarlo en lo que necesite” “... a ir a alguna terapia, a acudir a un, a hacerse otras pruebas o así, si me dice que necesita mi compañía, si es posible pues lo acompañaría, si solamente quiere hablar y necesita desahogarse, igual...”*

El 93.3% de los entrevistados señalaron que si un familiar desarrollara SIDA ellos estarían dispuestos a cuidar de él, al igual que en el caso anterior, por el lazo afectivo, mostrando amor, apoyo y empatía. El 6.6% no cuidaría de su familiar por la experiencia como cuidador de un familiar en coma y no debido al desarrollo del SIDA (Tabla 30).

*Marcos: “No, no lo cuidaría” “Porque es desgastante, totalmente, es desgastante y es dedicar tu tiempo y tu vida a ver el declive de esta persona y no, no porque me dé cosa, sino que pues no, como que yo estoy muy bien, tanto, me siento tan bien física y mentalmente...y bueno, yo también lo vi, yo tuve un hermano que estuvo en coma cinco años y sí, es desgastante, totalmente, entonces no, yo no...”*

*Francisco: “Sí, porque bueno, de cajón porque implica un lazo afectivo, o sea, independientemente de si fuera SIDA, si esa persona me importa a mí, yo la voy a cuidar, independientemente si es por SIDA, por cáncer o por cualquier enfermedad, hepatitis, lo que sea, simplemente por eso, esa persona importa, quiero cuidar de ella”*

*Martín: “Sí, absolutamente sí” “...porque somos familia, igual y si es amigo, pues también, pues amigos son la familia que uno escoge, ¿no?, pero igual sí, sí lo cuidaría, ¿Por qué no?, pues no sé, no me quita nada, obviamente lo que esté dentro de mis posibilidades, pero sí, indudablemente sí lo ayudaría”*

Los participantes señalaron que si se enterasen del diagnóstico positivo al VIH de una persona antes de conocerla ellos no realizarían ningún cambio en su trato hacia ésta y la conocerían de igual forma, prestando atención a aspectos de su personalidad y no a su diagnóstico (Tabla 31).

*Esteban: “...pues si la persona como quiere abrirse al diálogo y contarnos, pues que lo tiene, pues yo lo recibiría como si no quisiera hacerlo, o sea, realmente mi trato para con la persona no sería diferente, independientemente de conocer o no conocer su diagnóstico sería el mismo realmente”*

*Ignacio: “tratarlo normal, como siempre, no me voy a meter en su vida personal”*

*Diego: “...pues conozco a la persona y ya, pues sí... no tendría nada que ver... pero tiene una, bueno, una, se puede entablar una plática con esa persona o no sé, puede, compartes cosas o gustos con esa persona, en música, pues yo digo que no”*

El 80% de los entrevistados plantearon el entablar una relación de pareja con un hombre seropositivo si están enamorados el uno del otro, manteniendo prácticas sexuales con el uso del condón para evitar la transmisión del virus, el 20% de los participantes mencionaron no entablarían una relación de noviazgo con un hombre diagnosticado positivo al VIH (Tabla 32).

*Arturo: “Pero, o sea, pero ya imaginándolo a lo mejor a largo plazo, a lo mejor sí, ahorita no, bueno que de hecho ahorita ni si quiera quiero tener novio, ni nada, en general no a corto plazo”*

*Gerardo: “...yo sí entablaría una relación, sentimental, física, con una persona con VIH siempre y cuando pues hubiera pues evidentemente los cuidados adecuados... pero yo creo que con una persona que yo quisiera mucho que yo amara mucho, yo sí estaría dispuesto a tomar ese riesgo si él tuviera VIH o SIDA, incluso”*

*Martín: “...es que por ser seropositivo yo no tendría ningún problema, pero para establecer una relación yo creo que hay que considerar otros factores, ¿no?, si me gusta, si me cae bien, si me gusta su personalidad y eso, principalmente, pero así que diga es muy influyente que sea seropositivo, pues no, no le veo ningún problema... si cumple todos los requisitos anteriores, independiente si es seropositivo”*

Los participantes mencionaron que la diseminación de las noticias donde se promocionan curas del VIH crean falsas esperanzas, aumentan la información errónea, el abandono del tratamiento para el VIH por el uso de estas curas, incremento de las prácticas sexuales sin el uso del condón, desinterés en el autocuidado, relajación en la prevención, aunque también señalaron que puede incrementar el interés en la investigación para encontrar la cura para el VIH, como se muestra en la Tabla 33.

*Gerardo: “...yo creo que está totalmente mal, o sea si de por sí hay tanta desinformación, mala información, este, de esos asuntos, o sea, imagínate, yo no me imagino que una persona que no sabe de esto, de repente dice, ah, pues es que ya encontraron la cura del SIDA, entonces ahora sí, sin condón, ¿no?, o sea no, o sea, a la gente le tienes que decir constantemente y de una manera adecuada sin asustarla, que pues que todavía no hay cura, ¿no?, pues que se está controlado y pues que sí hay avances, pero cuando tú públicas, algo que, como una cura y no es una cura, la gente empieza a relajarse quizás demasiado, ¿no?, entonces dicen, pues que ya encontraron la cura y no sé qué, si de por sí, yo siento que a partir de ya hay un mayor control, que ya hay un mayor rango de vida, este, con las personas con VIH, hubo como una disminución del uso del condón, pues yo no imagino si alguien de repente dice, este, ya encontramos la cura, ¿no?, o sea, la gente va y pues ya está la cura, pues me voy a aventar, ¿no?, así sin condón, yo creo que es algo muy malo, no sé por qué razón lo hagan, pero no considero que sea algo que beneficie a alguien realmente”*

*Esteban: "...pues brindar una esperanza falsa a las personas y pues eso no me parece tan adecuado porque justamente están jugando con la salud de las personas, cuando realmente se ha encontrado que no tiene una cura, si entonces se encontrara que existe una cura y tal vez esos tratamientos pues pudieran ser de utilidad para la cura, pues adelante, pero me parece que solamente es como jugar con que pueda ser curable, cuando se ha encontrado que de momento no lo es... una de las dificultades pues sería tal vez dejar el tratamiento antirretroviral, que se ha comprobado que ha sido más eficaz para detener la infección por VIH y no desarrollar el SIDA, entonces, pues muchas personas pensarían que esta cura, justo como el nombre lo dice podría curar el VIH, entonces sería pues que se enfocaran al uso de esa cura cuando realmente pues no se ha encontrado que pueda ser curable, entonces, creo que la dificultad estaría más en que creyeran que es curable con esas cosas, cuando realmente pues el tratamiento antirretroviral es como el que se ha recomendado... pues creo que sería como aumentar la desinformación con la gente..."*

*Arturo: "Ah, es que depende del nivel, yo lo clasificaría en bueno y malo, bueno para un nivel especializado, porque te incita de alguna forma, a querer investigar, a querer saber más, ¿sabes?, como estos investigadores jóvenes que dicen, ah bueno se están haciendo avances, entonces les interesa el tema, entonces siguen investigando y de alguna forma logran más avances" "Y malo, en, para la clase digámoslo así, no profesional como, porque se crean concepciones falsas y entonces lejos de aumentar el interés como que se desinhiben y ya no les interesa...como el tema de la prevención, de o de las formas de contagio" "...entonces ya no uso condón..."*

*Ricardo: "...es muy dañino para las personas, porque les da esperanzas falsas..." "... es muy feo para las personas engañarlas de este modo, ¿no?, porque a lo mejor piensan que con ese medicamento, ese tratamiento, van a dejar de tener el virus, entonces podrían esperanzarse demasiado cuando no es en realidad cierto..." "...yo creo que a las personas seronegativas, bueno, yo creo que a la mayoría de las personas no les importa mucho esto..." "...pues siguen con sus vidas normales..."*

## **PERCEPCIÓN DEL RIESGO**

El 20% de los entrevistados mencionó no haber estado conscientes del riesgo de contraer VIH cuando realizaron la práctica sexual sin el uso del condón, el 80% de los participantes sí eran conscientes del riesgo, como se muestra en la Tabla 34.

*Esteban: "Totalmente era consciente, realmente creo que posteriormente por eso es que acudí a hacer la prueba, ¿no?, pero creo que en su momento el riesgo lo minimicé, aunque estaba muy consciente de lo que podía pasar, ¿no?, pero sí creo que en ese momento me encontraba bastante consciente, pero no sé si tal vez haya sido como te mencionaba como el calor momento, en el que ese riesgo se disminuyó, porque yo sabía perfectamente que la probabilidad de contagio pues es bastante alta"*

*Ricardo: "...sí fui consciente y, pero creo que tenía confianza en mi pareja..."*

*Marcos: "No, no, no tenía consciencia de ello"*

El 6.6% de los entrevistados percibió la infección por VIH como muy grave, 53.3% la consideraron grave y 40% de ellos moderada (Tabla 35).

*Sergio: “Actualmente, la considero, yo he visto estadísticas y me parece preocupante, entonces mi respuesta sería, que sería, pues sí, preocupante, grave”*

*Esteban: “...la infección en cuanto a las personas que lo tienen me parece que se está agravando mucho en el país y en el mundo...”*

*Diego: “...sigue estando muy presente...es moderada”*

El 86.6% de los participantes se consideraron en riesgo de contraer VIH, 13.3% no se percibieron en riesgo, debido a razones como que no ha tenido prácticas sexuales recientemente (Tabla 36).

*Francisco: “No, no practico relaciones sexuales”*

*Ricardo: “...Yo considero que todas las personas que tenemos una vida sexual activa tenemos ese riesgo de contraer la infección, pero igual creo que por eso es necesario estar informados, ¿no?, y poder utilizar métodos de prevención...”*

*Rafael: “Pues sí, todos estamos en riesgo”*

De las situaciones en las que los entrevistados se consideraron en riesgo es principalmente las prácticas sexuales sin el uso del condón ya sea con pareja estable o esporádica, en una infidelidad por parte de su pareja, por transfusiones sanguíneas o por el uso de material de laboratorio no esterilizado, como se ilustra en la Tabla 37.

*César: “en darle la confianza a mi novio, y en un día de estos pues me traicione o algo así, como que sí corro ese riesgo... que después tengamos relaciones, pues yo creo que sí sería muy feo, yo creo que ahí, yo creo que ahí estoy corriendo el riesgo”*

*Esteban: “...yo creo que tendría que ser pues en alguna práctica sexual de riesgo o en alguna transfusión de sangre... tal vez si en algún momento sufro algún accidente y eso pudiese ocurrir, a lo mejor, digo, son los menos, pero también pudiera ocurrir”*

*Martín: “En una práctica sexual, eh, igual en el laboratorio, porque bueno, es, este yo digo que es un factor importante, porque trabajamos con sangre, igual y puede ser por ese tipo de contagio”*

El 60% de los participantes consideraron que todos aquellos que tengan una vida sexualmente activa son vulnerables a la infección por VIH, sin importar sexo u orientación sexual, que los hombres con orientaciones diferentes a la heterosexual son una población informada respecto a la

transmisión del virus y que es importante erradicar la idea de que el sexo entre varones es sinónimo de VIH. El 40% de los entrevistados refirieron que los hombres que tienen sexo con hombres sí son vulnerables a la infección por VIH, expusieron que es debido al poco uso del condón en sus prácticas sexuales, a las características anatómicas del ano, a la creencia de que el uso del condón es prescindible en el sexo entre varones por no haber posibilidad de un embarazo y a la búsqueda del amor, como se muestra en la Tabla 38.

*Francisco: “Sí, pero no es la única, bueno, lo que se cree muchas veces es de que esta parte de que el sexo con hombres, sexo entre hombres, una de las cosas que promueven el uso del condón es esta parte de que se olvidan de que no hay embarazos, ¿no?, entonces, al no existir riesgo de embarazo, se crea esta idea, esta concepción errónea de que, pues el uso del condón no es necesario, ¿no?, entonces se elimina y por lo tanto permite que, este, se vuelven vulnerables a todas las infecciones de transmisión sexual”*

*Diego: “Pues todos, o sea, todo el mundo es vulnerable a la infección porque incluso en parejas heterosexuales, en donde el esposo, o, pues sí, o la pareja no, pues no es fiel, este, pues puede contagiar a la persona y a la pareja, ¿no?, y siendo que la pareja dice, no, pues yo confío completamente en mi esposo, en mi novio y no tendría por qué y terminan contagiándose, entonces pues sí, todos, yo digo que todos”*

*Ricardo: “...no, yo creo que en general toda la población puede ser, bueno, es vulnerable...” “...en realidad toda la población es vulnerable...” “...al principio sabemos que la mayoría de la población eran hombres homosexuales, ¿no?, los que eran atacados por esta infección, pero creo que hoy en día son los que más se cuidan...” “...yo creo, considero que es la población que está más informada y que más se cuida...”*

*Esteban: “...yo creo que sí podría ser vulnerable, también, como son las mujeres...como tratar de erradicar ese estigma de que el tener una práctica sexual con otro varón al ser un varón pues es como similar al riesgo de VIH, ¿no?, claro que somos una población vulnerable, pero también lo son las mujeres, realmente no va tanto como con quién tienes tus prácticas sexuales, sino cómo es que se tienen esas prácticas sexuales...”*

*Rafael: “No...porque todos estamos en riesgo, o sea, no por solamente ser gay tienes más facilidad de contraer”*

El 40% de los entrevistados señalaron que la sociedad crea condiciones para la vulnerabilidad a la infección por VIH en los hombres que tienen sexo con hombres, debido a la discriminación y rechazo a las personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, lo que provoca anonimato en las prácticas sexuales y poco o nulo uso del condón, el discurso de la iglesia que prohíbe los métodos anticonceptivos y el recuerdo de que los primeros casos de infección por VIH fue en hombres homosexuales, provocando la falsa idea de que el origen y diseminación de esta

infección es resultado de las relaciones entre varones. El 60% opinan que es una cuestión personal el uso o no del condón, como se muestra en la Tabla 39.

*Gerardo: “Yo creo que sí, o sea, generalmente el tipo de lugares, en el cual se tiene relaciones sexuales entre hombres, son lugares ocultos, ¿no?, son lugares en los cuales, este, vas precisamente a eso, a tener sexo y ya, ¿no?, entonces, sino hubiera tanto estigma contra, en los hombres que tienen relaciones con otros hombres, creo que podría haber mayor libertad, tan solo de elegir bien con quien tienen la relación sexual, ¿no?, no es, porque yo siento que los hombres muchas veces, pues se mantienen ocultos, ¿no?, y entonces, o sea, evidentemente tienen su deseo sexual, ¿no? y muchas veces por intentar mantener esta fachada de hombre, pues macho, no sé cómo decirlo, este, se van a y se meten con cualquier persona, ¿no?, y pues lo hacen así y van y se meten en cualquier lugar, lo hacen en los baños, lo hacen en los parques, en medio de la oscuridad, pues ni siquiera ves cómo está la otra persona, ya no lo digo físicamente, ¿no?, sino que tenga quizás como el condón puesto, que no veas que tenga como alguna cosa extraña en sus genitales, ¿no?, entonces este yo creo que la sociedad debido a esta represión tan fuerte hacia los hombres que tienen sexo con otros hombres, los obliga a intentar descargar su deseo, pues como sea y con quien sea, en el lugar que sea, sin medir consecuencias, combinándolo con drogas, combinándolo con alcohol, e incluso eso los lleva a dejar de usar el condón porque si de por sí son personas discriminadas, que más les da adquirir el VIH o no”*

*Arturo: “Sí...primero, desde el discurso moral, ¿sabes?, de, incluso desde el machismo, de el hombre no tiene que usar protección porque es hombre y porque así se disfruta más, ¿no?, y qué tan hombre eres para que no tengas que usar condón, después en el discurso, te digo moral, de si el sexo es malo, pues usar condón es aún peor, justo, que es un discurso muy de la iglesia, ¿no?, el sexo es nada más para reproducción y como tal es malo tenerlo y cuidarte, eh, ¿qué otra cosa?, y además en el discurso moral tampoco permite que haya información desde edad temprana...”*

*Roberto: “Yo creo que no, está en ti” “... o sea, pues, por ejemplo, a zona rosa vas y te regalan un condón, ¿no?, en la tienda puedes ir, hasta ir a comprar un similar de diez pesos un condón, entonces no, yo creo que está más en ti y en cuánto te quieres cuidar...”*

El total de participantes se consideraron capaces de realizar conductas protectoras para prevenir la transmisión del VIH, como el uso del condón y la realización periódica de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH (Tabla 40).

*Diego: “...pues yo creo que sí... seguir usando el condón, no sé, este, tratar de concientizar a las parejas que llegue a tener ¿no?, sobre lo mismo, protección...”*

*César: “Pues sí... prácticas seguras usando condón”*

*Esteban: “Sí, pues he tratado justo hacer algunas de ellas...en mis prácticas sexuales el usar preservativo, pues, si bien no sería como una principal, también una medida pues está la periodicidad en la revisión de las pruebas, o sea, aplicar justo pruebas para descartar cualquier infección, no sólo VIH”*

El 66.6% de los entrevistados indicaron que la gente que consideran importante, amigos y familiares, creen que el uso del condón es bueno, 33.3% mencionaron no saber la opinión de su familia respecto al tema, pues no se habla de ello (Tabla 41).

*Sergio: “Sí, o sea, todos mis allegados y familiares, sí”*

*Roberto: “Sí, que no lo utilizan, pero sí, dicen, ¡No mames, me lo hubiera puesto!, pero no lo hacen, a veces sí, a veces no” “... esos temas no son tan abiertos en mi familia, en cuanto a sexo...”*

*Gerardo: “Entre mis amigos sí, entre mi familia la verdad es que no sé, es un tema tabú en mi familia y la verdad es que no hemos hablado...”*

El 53.3% de los participantes refirieron que las personas que consideran importantes creen que las prácticas sexuales sin el uso del condón son riesgosas tanto para la transmisión del VIH, como para otras infecciones de transmisión sexual y el prevenir embarazos no deseados. El 46.6% mencionó no conocer esto, pues no se ha hablado del tema o sus amigos no consideran riesgosas las prácticas sexuales sin el uso del condón (Tabla 42).

*Ignacio: “...mi familia sabe bien qué pedo, tampoco se espantan, o sea, sí se preocupan por mí, porque ya saben que ando de pinche loco... me dicen, cuídate, protégete...” “...mis amigos es otra cosa, en vez de que digamos, cuídate, le decimos vas, vas, ya lo tienes, vas, o sea, no nos importa... incluso, ¡Vas, chíngatelo!, te toca a ti o dámelo a mí, o X cosa...”*

*Ricardo: “...de mi familia considero que sí, la mayoría tiene, o sea, consideran riesgosa en cuanto a infecciones de transmisión sexual el no uso del condón, pero entre algunos amigos o compañeros, creo que más bien les, lo que más les preocupa es el uso de un anticonceptivo para no embarazarse, que el uso del condón, para la transmisión sexual, bueno, de alguna enfermedad de transmisión sexual...”*

*Alfonso: “No sólo del VIH, sino de otras enfermedades”*

Los entrevistados mencionaron que el total de la población y los hombres que tienen sexo con hombres pueden realizar conductas para evitar el incremento de nuevas infecciones por VIH, como el uso del condón en sus prácticas sexuales, realización periódica de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, evitar combinar el uso del alcohol u otras drogas con el sexo, el autocontrol y el cambio de actitudes hacia las prácticas sexuales sin el uso del condón y la sexualidad, como se muestra en la Tabla 43.

*Francisco: "...lo que más ayuda para reducir el número de infecciones es uno, el uso del condón y dos aplicarse la prueba con regularidad..."*

*Sergio: "...tener consciencia de ponerte condón y ya luego, algo utópico sería no tomar, ni drogarte si vas a tener relaciones, ¿no?, porque yo creo que las drogas y el alcohol sí, pues sí, obviamente alteran tu mente y alteran todo"*

*Esteban: "...yo creo que sí y justo no va sólo como en la práctica individual, ¿no?, sino va también como en la cuestión de cómo sociedad y como colectivo, cómo es que se ve la sexualidad, porque pareciera que esta organización que hemos tenido pues hace que estás prácticas se minimicen y entonces pues como ya hay tratamientos para VIH , bueno para SIDA, pues entonces no pasa nada si tienes una práctica sexual de riesgo y te contagiaste, ya está el tratamiento, ¿no?, yo creo que va un poco más en cambiar esta visión que tenemos, no sólo de las prácticas sexuales de riesgo, sino de la sexualidad en general, pero sí, yo creo que podemos hacerlo..."*

*Fernando: "Creo que toda la población en general, ¿no?, simplemente tener esos hábitos de usar preservativo..."*

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos el total de entrevistados poseen conocimientos referentes a la transmisión del VIH, mencionando la vía sexual y la vía sanguínea como principales formas de transmisión del virus, concordando con los resultados encontrados por Vera-Gamboa, Cerón-Bracamonte y Góngora-Biachi (2004) en una muestra de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), de la ciudad de Mérida, Yucatán, México, donde el 100% de los participantes consideran la vía sexual y la sanguínea como mecanismos de transmisión del VIH.

El contacto con medios de comunicación escritos, televisivos, radio, internet, campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH, además de la instrucción brindada en los diferentes niveles educativos, ha hecho que la información respecto al tema sea de mayor acceso para los hombres que tienen sexo con hombres y que estos conocimientos sean del dominio de ellos.

Estos conocimientos que poseen los participantes se refieren a aspectos básicos del VIH, como lo es la transmisión, desconociendo las fases de la infección, tratándose éste de un conocimiento más especializado. Otro tipo de conocimiento relacionado al VIH, es que los informantes señalaron que una persona con diagnóstico positivo al virus no desarrolla SIDA con el tratamiento y adherencia a éste de forma adecuada, sin embargo, hay quienes expresaron que al vivir con VIH se llega a la etapa de SIDA.

Se destaca que el periodo de ventana es conocido más que por su nombre, por su práctica, pues la mayoría de los entrevistados mencionaron saber de un tiempo que se debe de esperar para

realizarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH para que pueda tener resultados fiables.

Relacionado con lo anterior los entrevistados plantearon que la infección es transmisible aun cuando no hay signos o síntomas y que no es posible saber a simple vista si una persona es seropositiva, esto debido a que se está en el periodo de ventana o se ignora el estado serológico y para conocer un diagnóstico es necesario la realización de las debidas pruebas de detección.

El 13.3% de los participantes señalaron que es posible saber el estado serológico de una persona por su estado anímico, resultados similares halló Díaz (2012) en una muestra de HSH en la ciudad de Lima, Perú, donde se creía que, si alguien es seropositivo, “debería” de lucir deteriorado, delgado o visiblemente enfermo.

El 93.3% de los informantes mencionaron que el VIH es una infección que actualmente no tiene cura, pero sí cuenta con un tratamiento eficaz, sin embargo, el 6.6% de ellos hace referencia a que el VIH sí tiene cura, resultados similares encontrados por Vargas (2006), donde el 83.1% de su muestra de HSH cree que el VIH es una infección que no tiene cura, el 14.1% opina que sí la tiene y 2.8% no sabe. Morell, Gil, Ballester y Díaz (2014) informan que en su muestra de HSH, 80.2% cree que el VIH no tiene curación y el 19.8% opina que sí la tiene.

El 93.3% de los entrevistados mencionaron haber realizado al menos en una ocasión alguna práctica sexual de riesgo, es decir, sexo sin el uso del condón, estas prácticas sexuales refieren haberlas mantenido con su pareja estable o con parejas esporádicas, en diversos escenarios como lugares públicos, fiestas o con personas que conocían a través de las redes sociales, similar información encontró Granados-Cosme, Torres-Cruz y Delgado Sánchez (2009), donde la mayoría de los hombres homosexuales de la Ciudad de México que fueron entrevistados

enfrentaron situaciones de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual y VIH y mencionaron la realización de prácticas sexuales de riesgo.

Lo anterior hace referencia a la lógica de la masculinidad tradicional en la que los varones tienen un mayor número de parejas sexuales, adoptando prácticas sexuales de riesgo como signo de virilidad.

Folch, Fernández-Dávila, Ferrer, Soriano, Díez y Casbona (2014) hallaron en una muestra española de HSH que la cuarta parte de los hombres habían mantenido prácticas sexuales de riesgo en el último año con su pareja estable y/o con parejas ocasionales.

Se destaca que la mayoría de los HSH, 86.6%, del estudio se han realizado la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, responsables y conscientes de su salud sexual y mental, como lo hallado por Folch, et al. (2014) donde de su muestra total de HSH el 73.8% se había hecho alguna vez en su vida la prueba de detección.

Los participantes que se han realizado la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH mencionaron haber tenido en ese momento sentimientos que van desde el nerviosismo, angustia, preocupación, incertidumbre, miedo, pensamientos futuros fatalistas, hasta tranquilidad, felicidad, ignorancia y reflexión.

La última vez de la realización de la prueba de detección osciló entre dos semanas y ocho años anteriores a la entrevista. Los participantes mencionaron el planear realizarse la prueba de detección de anticuerpos próximamente, quienes no lo estuvieron planificando es debido a no estar mantenido prácticas sexuales o por miedo a conocer un diagnóstico.

En cuanto al uso del condón los entrevistados refirieron usarlo en mayor medida en relaciones sexuales anales, ya sea con parejas esporádicas o estables, durante el sexo oral el uso del preservativo es casi inexistente, Ortiz y García (2005) encontraron que, en una muestra de hombres homosexuales y bisexuales de la Ciudad de México, el 70% de los participantes habían tenido sexo insertivo, de los cuales 10% nunca utilizaron condón y 62.8% siempre lo ocuparon; el 72.2% habían tenido sexo receptivo y de éstos el 7.2% nunca utilizó preservativo y el 64.2% siempre lo hicieron, con un mayor uso del condón en prácticas sexuales anales.

Por su parte Mendoza-Pérez y Ortíz-Hernández (2009) señalan que en su muestra de HSH de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, el 60.7% de quienes practicaban sexo anal receptivo siempre utilizaban condón y el 52.2% que practicaban sexo anal insertivo siempre utilizaban condón; por el contrario, la mayoría de los HSH que practicaban sexo oral receptivo, 57.6% o insertivo, 55.3%, nunca utilizaban el preservativo.

Díaz (2012) encontró respecto a las prácticas sexuales orales tanto receptivas como insertivas, que la mayoría de los practicantes de su estudio no lo utilizaron, al igual que Morell, et al. (2014) quienes hallaron que solo el 6.2% de su muestra utilizaba condón en el sexo oral, el resto no lo hacía.

El 86.6% de los entrevistados señaló estar planeando utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales, no así el 13.3%, dando razones como que la única persona con la que se está manteniendo relaciones sexuales es con su pareja estable, como lo encontrado por Folch, et al. (2014) donde el uso del preservativo era menor con parejas estables que con parejas ocasionales. Como lo menciona Díaz (2012) la transmisión del virus en parejas sexuales ya conocidas o incluso formales es frecuente y encontró en su estudio que los HSH tienden a no utilizar condón

en el sexo anal insertivo con parejas sexuales que consideraban monógamas y en las cuales confiaban.

Al carecer del preservativo, los participantes expusieron que rechazarían la penetración anal, pero realizarían prácticas de bajo o nulo riesgo para la transmisión del virus, como sexo oral o masturbación mutua.

Los sentimientos asociados después de la práctica sexual sin el uso del condón van desde la felicidad al miedo, entre la preocupación, angustia, incertidumbre, pensamientos futuros fatalistas, culpa, hasta la reflexión, la toma de consciencia sobre su autocuidado, confianza, tranquilidad y satisfacción, respecto a los sentimientos de descontento luego de esta práctica, Granados-Cosme, et al. (2009) hallaron que una característica de los encuentros sexuales con prácticas de riesgo es la mezcla de sentimientos de tristeza y temor al buscar vínculos erótico afectivos y después sentimientos de soledad e insatisfacción.

El 80% de los participantes mencionaron haber estado preocupados por la posibilidad de haber contraído el virus, 13.3% no lo estuvieron porque la práctica sexual fue con alguien en quien confiaban y eso les dio un sentimiento de tranquilidad. Estrada (2014) señala que el sexo sin el uso del condón se percibe como facilitador de cercanía e intimidad con la pareja estable y se asume como una práctica libre de riesgo.

Granados-Cosme, et al. (2009) encontraron que otra situación de riesgo a la infección por VIH es la idealización de la pareja y que el uso del condón es prescindible debido a la confianza o que a uno no le guste usar preservativo, ignorando la posibilidad de una infidelidad o el cambio de sentimientos de uno o ambos integrantes de la relación.

Se combinan sentimientos de amor y confianza promoviendo prácticas sexuales sin el uso del condón a la vez que éstas interaccionan con la expresión de una sexualidad poco responsable.

El 86.6% de los participantes se consideraron en riesgo de contraer el VIH en alguna situación, principalmente en prácticas sexuales sin el uso del condón, ya sea con su pareja estable o con parejas esporádicas, se destaca que el riesgo fue también percibido en alguna posible infidelidad por parte de sus parejas estables.

Los resultados encontrados son contrarios a los expuestos por Vera-Gamboa, et al. (2004) y Ortiz y García (2005), quienes en población mexicana hallaron una baja percepción de riesgo a la infección por VIH. Granados-Cosme, et al. (2009), encontraron en población nacional que un elemento de las situaciones de riesgo es el idealizar a una pareja como exclusiva, permanente y definitiva, en quien se puede confiar, omitiendo el uso del preservativo en las prácticas sexuales y eliminando la posibilidad de una infidelidad.

Respecto a la percepción de gravedad del VIH el 6.6% de los entrevistados percibió la infección por VIH como muy grave, 53.3% la consideraron grave y 40% de ellos moderada, Morell, et al. (2014) encontró que 5% de su muestra consideraba al VIH como leve, el 22.3% moderada, el 58.4% grave y el 14.4% fatal, es decir, el mayor número de personas en ambos estudios consideran la infección por VIH como grave.

Los participantes poseen información referente a la transmisión del VIH, sin embargo, en al menos una ocasión han realizado prácticas sexuales de riesgo, mostrando que el uso del condón es mayor en sexo anal que en sexo oral, sea con una pareja estable o esporádica, lo que los ha llevado a realizarse la prueba de detección de anticuerpos de VIH tras una temporada de incertidumbre relacionada a conocer su estado serológico.

Los anteriores factores influyen en la percepción de riesgo, ya que se halló que los entrevistados sí se consideran en riesgo de contraer VIH en prácticas sexuales desprotegidas, planeando usar condón en sus próximas prácticas sexuales y realizarse la prueba de detección del VIH próximamente. No obstante, los conocimientos, los comportamientos, los sentimientos y percepción de riesgo, son factores que se relacionan entre sí, que influyen, pero no determinan la puesta en marcha de una conducta protectora como el uso del preservativo.

Los entrevistados señalan haber tenido esa o esas prácticas sexuales sin el uso del condón pese a que tenían información de los mecanismos de transmisión del virus y que la mayoría era consciente del riesgo de la posible transmisión del VIH u otra infección de transmisión sexual.

Tener un conocimiento alto o bajo de los mecanismos de transmisión hace que los informantes sí tengan percepción de riesgo a contraer VIH, pero esto no determina el realizar una conducta de protección como el uso del condón, pues la decisión para hacerlo se ve influenciada por otros factores, entre ellos la habituación al riesgo o el optimismo irreal, donde sino ha ocurrido alguna consecuencia negativa al realizar la conducta habitualmente es improbable que ésta ocurra.

Los informantes plantean diversas razones para la realización de prácticas sexuales sin el uso del condón, destacando la gran excitación del momento, “por caliente”, “por el momento”, la atracción de la pareja sexual, la presencia del alcohol, por placer, por miedo a la reacción de su pareja al negarse a la relación sexual sin el uso del condón, Vera-Gamboa, et al. (2004) informa que el 18% de su muestra que manifiesta haber tenido prácticas sexuales sin el uso del condón con parejas ocasionales fue por un momento de “apasionamiento o calentura”. Jacques, et al. (2015) hallaron que entre las explicaciones de los HSH sobre la falta del uso del preservativo se destaca el pacer y la falta de excitación debido al uso del condón.

Respecto a la influencia del alcohol para el no uso del preservativo Estrada (2014) menciona que dentro de las razones que los hombres refieren para no utilizar preservativo se encuentran el consumo del alcohol y otras drogas al igual que lo expuesto por Domínguez (2014) quien señala que una gran cantidad de hombres homosexuales mantienen relaciones sexuales desprotegidas como consecuencia del uso excesivo de alcohol u otras drogas. Vargas (2006) halló que nueve de cada diez HSH mantienen prácticas sexuales sin el uso del condón bajo efectos del alcohol.

Estrada (2014) expone que la atracción física y el deseo por estar con esa persona pueden llevar a los HSH a mantener prácticas sexuales sin el uso del condón, como lo mencionado por los entrevistados.

Se realizan prácticas sexuales sin el uso del condón por diversas razones y para Shernof (s.f. en Domínguez, 2014) las personas tienen relaciones sexuales por una gran cantidad de razones, como amor, intimidad, recreación, diversión, amistad, por dinero, para evitar la soledad, para ser tocado. Los encuentros sexuales pueden crear cercanía, placer mutuo, pérdida de inhibiciones, dar un sentido de pertenencia, sentirse deseado, organizar la vida e incluso darle sentido a ella.

Estrada (2014) plantea que a pesar del grado de conocimiento que poseen los HSH respecto a la transmisión del VIH, las prácticas sexuales sin el uso del condón se explican en la medida que satisfacen necesidades no sexuales o psicológicas, como de tipo afectivo y socioemocional.

El anterior autor señala que, necesidades no sexuales, como sensaciones y sentimientos influyen en el sexo sin protección, como la reafirmación de la autoestima y confirmar ser atractivo para los demás, la soledad emocional, necesidad de intimar con otros HSH, el sentirse enamorados, el riesgo como una fuente de placer y el deseo de revelarse contra las reglas establecidas.

Los sentimientos de soledad, vacío, baja autoestima y depresión en los HSH los lleva a buscar compañeros sexuales ocasionales e incurrir en prácticas de sexo no protegido, en estas prácticas el no uso del preservativo busca fortalecer la unión que se ha logrado en ese momento, no sólo de forma física, sino también de manera emocional, como si se tratase de una muestra de amor e intimidad, detrás de la búsqueda de parejas sexuales ocasionales se esconden necesidades afectivas que se disfrazan como deseo sexual (Estrada, 2014).

El comportamiento es resultado de la interacción de múltiples factores, los diferentes modelos psicosociales para la promoción de la salud, como el Modelo de creencias en salud, la Teoría de la Motivación a la Protección y la Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada, dan parte de ello, involucrando diversas variables, como los beneficios o barreras para realizar una conducta, los factores sociales que es la opinión de las personas que consideran importantes, la autoeficacia o el sentirse capaz de realizar cierta conducta, la percepción de riesgo y la severidad de la enfermedad o lo que se está tratando de evitar, para la explicación y la predicción de la conducta de salud o de riesgo.

En esta investigación se destaca que todos los anteriores factores, si bien se encuentran presentes, la intención de llevar a cabo comportamientos protectores, como el uso del condón, se ve influenciada por otro tipo de variables, como las emociones, los sentimientos, barreras del ambiente, placer, deseo sexual, el uso de alcohol. Y como señala Estrada (2014), se pierde de vista las motivaciones de los hombres para entablar prácticas sexuales sin el uso del condón y los sentidos emocionales que se les asignan.

Otros elementos encontrados en la investigación hacen referencia a las ventajas y desventajas del uso del preservativo, la percepción de personas seropositivas, la vulnerabilidad de los HSH al VIH.

Los participantes encontraron en el condón un método confiable para evitar la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), como lo hallado por Vargas (2006), donde el 80% de una muestra de HSH en Costa Rica, menciona que el condón es eficaz para prevenir este virus, el 87% expone que evita que organismos infecciosos en el pene ingresen en el ano o la vagina y el 85% que los presentes en ano o vagina ingresen en el pene.

Aunado a lo anterior en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, Mendoza-Pérez y Ortíz-Hernández (2009), encontraron que en la muestra estudiada de HSH, el 94% sabía utilizar el condón, al 91.8% le gustaba utilizarlo y el 81% tenía una actitud positiva hacia su uso.

Los entrevistados señalaron dentro de las ventajas del uso del condón además de evitar la transmisión del VIH y otras ITS, el prevenir embarazos no deseados, higiene en las prácticas sexuales y el bienestar psicológico que brinda el no estar preocupado, resultados similares encontrados por Jacques, García, Díez, Martín y Caylá (2015), donde algunos de sus HSH participantes, mencionaron que el uso del condón se utiliza como medida de higiene y que su utilización ayuda a no tener remordimientos. Dentro de las desventajas que los entrevistados encontraron para el uso del condón fueron la disminución de la sensación y el placer, que a las parejas sexuales puede no gustarles usarlo, que se pueda romper y posibles reacciones alérgicas.

Los entrevistados expresaron sentimientos positivos hacia personas que viven con VIH, señalando que debe de haber comprensión y solidaridad hacia las personas seropositivas, ya que un diagnóstico no define a las personas, ni limita sus capacidades, evitando utilizar etiquetas

clínicas para referirse a un individuo. Indicaron que debe de haber un trato igualitario para evitar la discriminación, el estigma y el rechazo.

Estos sentimientos positivos se ven también demostrados en el apoyo y empatía que mencionaron mostrarían si un amigo fuera diagnosticado positivo al VIH o un familiar desarrollara SIDA, formando parte de sus redes de apoyo y tratando a esa persona de la misma manera que antes, por el lazo afectivo que los une. Asimismo, el diagnóstico positivo al VIH no haría ninguna diferencia en conocer a una persona, prestando atención a aspectos de su personalidad más que a su diagnóstico.

Los entrevistados señalaron que entablarían una relación de pareja con un hombre seropositivo, más por aspectos de enamoramiento, sin que el diagnóstico pueda ser impedimento para formar una relación, sólo utilizando preservativo en las prácticas sexuales.

Resultados similares halló Vargas (2006), donde fue frecuente que los HSH tuvieran actitudes sumamente positivas hacia personas que viven con VIH, por su parte Vera-Gamboa, et al. (2004) señala que la mitad de la muestra estudiada de HSH al enterarse que otra persona es seropositiva, brindaría apoyo, independiente de si se tratara de un amigo, familiar o su pareja.

La percepción de la salud física de las personas seropositivas se encuentra relacionada a la toma del tratamiento de antiretrovirales, ya que refirieron que sin la toma de éste las personas que viven con el VIH podrían llegar a estadios más avanzados de la infección o tener efectos secundarios a consecuencia del tratamiento.

Los participantes mencionaron que una persona seropositiva es discriminada en el ámbito el laboral, educativo y en el sector salud. Perciben que hay rechazo, estigma y prejuicios hacia personas diagnosticadas con VIH, reduciéndola a su diagnóstico, perdiendo o limitando sus redes

de apoyo, como la familia y amigos, además de pérdida de seguridad personal y autoestima. Este rechazo y estigma también es percibido hacia las personas no heterosexuales, creyendo que el VIH es una infección exclusivamente de varones con orientaciones diferentes a la heterosexual. Los entrevistados señalaron que la discriminación es producto de la ignorancia y la falta de información.

Orozco-Núñez, Alcalde-Rabanal, Ruiz-Larios, Sucilla-Pérez y García-Cerde (2015), encontraron que, en los seis estados de la República Mexicana donde se realizó su estudio persisten expresiones discriminatorias que perjudican la salud y el bienestar de personas que viven con VIH y poblaciones clave de mayor riesgo, encontraron prácticas discriminatorias que denigran, mofan y niegan servicios, hasta formas de violencia como los crímenes de odio.

Infante, Zarco, Cuadra, Morrison, Caballero, Bronfman y Magis (2006), hallaron que, en los tres estados de la República Mexicana donde se llevó a cabo su estudio, las personas que viven con VIH sufren violencia constante y específica en la búsqueda y marcha por el sistema de salud, como el señalamiento público de su diagnóstico por medio de cartillas, negación de la atención, posposición de citas, aislamiento, pruebas de detección forzadas, violaciones a la confidencialidad de su diagnóstico, maltrato y mala aplicación del tratamiento antirretroviral.

Otro aspecto encontrado en el estudio fue la opinión que los participantes tuvieron acerca de la diseminación de las noticias donde se promocionan curas del VIH, los entrevistados mencionaron que estas noticias crean falsas esperanzas, aumentan la información errónea, el abandono del tratamiento para el VIH por el uso de estas curas, incremento de las prácticas sexuales sin el uso del condón, desinterés en el autocuidado, relajación en la prevención, aunque también señalaron que puede incrementar el interés en la investigación para encontrar la cura para el VIH.

El 60% de los participantes hicieron referencia a una vulnerabilidad colectiva al VIH, pues todos aquellos que tienen una vida sexualmente activa se encuentran expuestos a la infección, no importando su sexo u orientación sexual, que los hombres con orientaciones diferentes a la heterosexual son una población informada respecto a la transmisión del VIH y que es primordial erradicar la creencia de que las prácticas sexuales entre varones son sinónimo de VIH.

El 40% consideraron a los HSH como vulnerables a la infección por VIH, por distintas razones como, el poco uso del condón en sus prácticas sexuales, a las características anatómicas del ano, a la creencia de que el uso del condón es prescindible en el sexo entre varones por no haber posibilidad de un embarazo y a la búsqueda de relaciones afectivas.

Es importante destacar que el 40% de los entrevistados mencionaron que la sociedad crea algunas condiciones para que los HSH sean una población vulnerable al VIH, como son la discriminación, lo que provoca anonimato en las prácticas sexuales y poco o nulo uso del condón, el discurso de la iglesia que prohíbe los métodos anticonceptivos y la historia de los primeros casos de la infección por VIH que fue en hombres homosexuales, provocando la falsa idea de que el origen y diseminación de esta infección es resultado de las relaciones entre varones. El 60% informó que es una cuestión personal el uso o no del condón.

Respecto a lo anterior Granados-Cosme, et al. (2009), menciona que la homofobia se ha relacionado con la vulnerabilidad de los hombres para la transmisión del VIH, encontrándose en esta población mayores índices de trastornos depresivos, ansiedad, ataques de pánico y estrés psicológico, y éstos a su vez se han asociado con una mayor presencia de prácticas sexuales de riesgo.

Siguiendo la línea de los anteriores autores, hallaron que el rechazo social a la homosexualidad, traducido en homofobia, provoca anonimato, comunicación limitada, aislamiento social, sufrimiento psíquico y autovaloración negativa, lo que produce un descenso en las capacidades individuales para enfrentar situaciones de riesgo, como la utilización del condón, propia y del compañero sexual.

Mendoza-Pérez y Ortíz-Hernández (2009) señalan que los hombres que se asumen como homosexuales pueden enfrentarse a distintas expresiones de prejuicio, discriminación y violencia que los puede hacer vulnerables a las prácticas sexuales de riesgo.

Por su parte Estrada (2014) expone que en América Latina la discriminación, el estigma y la exclusión social que viven los HSH favorece la propagación del VIH en este colectivo.

Rosas y Veríssimo (2008), refieren que, debido al vínculo inicial entre el SIDA y las relaciones entre varones esto aún se encuentra presente en la imaginación colectiva, relacionado a lo anterior, Jacques, et al. (2015) mencionan que la relación que se hacía entre homosexualidad y SIDA, provocó aumento de la discriminación la exclusión social y el estigma hacia esta población.

Folch, et al. (2014) encontró que las prácticas sexuales sin el uso del condón con parejas ocasionales se asociaban a la violencia sufrida por su orientación sexual, lo que hace destacar la vulnerabilidad a la están sujetos muchos hombres debido a su orientación sexual.

Posadas y Gómez-Arias, (2007) hallaron que debido a la exclusión y la discriminación hacia los HSH tienen una menor gobernabilidad y autonomía sobre su sexualidad y crean escenarios alternos para la conquista, el contacto sexual y el desarrollo de la personalidad, pero donde también se ven expuesto al riesgo de contraer el VIH y otras ITS.

Pese a que las representaciones de la masculinidad han presentado cambios, por ejemplo, en la mayor participación del varón en un modelo familiar más participativo, en el ámbito de la sexualidad se sigue esperando que los hombres sean más activos, tengan más de una pareja y tiendan a controlar la frecuencia y la forma en que sostiene prácticas sexuales, se continúa propiciando que los hombres adopten conductas de riesgo, como el rechazar los preservativos por considerarlos poco masculinos, a probar drogas y ser negligentes en la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, sin importar su orientación sexual (Estrada, 2014).

El anterior autor expone que, en América Latina aquellos hombres heterosexuales que han mantenido prácticas sexuales con otros hombres no perciben haber mantenido relaciones homosexuales, porque un hombre que penetra a otro hombre no deja de ser considerado viril, al contrario, reafirma su hombría, pero un hombre que es penetrado casi siempre es estigmatizado como afeminado, existiendo una tendencia a asociar la masculinidad con la heterosexualidad y la actividad, por otro lado, la homosexualidad con la feminidad y la pasividad. La discriminación y la hostilidad hacia la homosexualidad que se encuentra presente en la sociedad, los lleva a no admitir sus prácticas con otros varones.

Estrada (2014) señala que en un periodo donde los índices de VIH han aumentado, es necesario eliminar los patrones culturales que aseveran que los hombres de verdad son quienes corren riesgos, incluso aquellos que afectan su salud y su vida, enseñando que el autocuidado el cuidado de los otros, es cuestión de hombres y de ser masculinos.

Todos los entrevistados se consideraron capaces de realizar conductas protectoras para evitar la transmisión del VIH, como el uso del preservativo y la realización periódica de la prueba de

detección de anticuerpos contra el VIH, en relación a esto, Díaz (2012), halló en su estudio que 73.4% de su muestra se consideraba capaz de evadir prácticas sexuales de riesgo.

En relación a la opinión respecto al uso del condón y las prácticas sexuales sin el uso del condón como mecanismos de transmisión del VIH, los entrevistados señalaron que el uso del condón es bien visto entre las personas que consideran importantes y que las prácticas sexuales sin el uso del condón son percibidas de riesgo para la transmisión del VIH, otras ITS y embarazos no deseados. Quienes desconocen esto se debe a que no se ha hablado de esos temas. Martín, Rojas, Martínez, Sánchez, Remor y Romero (2008) señalan que los pares y el refuerzo social ayuda a incrementar las prácticas sexuales protegidas.

Las acciones que los entrevistados expresaron para que no se incremente el número de nuevos casos de infección por VIH, llevadas a cabo tanto por HSH y población en general, son el uso del condón en las prácticas sexuales, periodicidad en las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH, evitar combinar el consumo de alcohol y otras drogas con el sexo, el autocontrol y el cambio de actitudes hacia las prácticas sexuales sin el uso del condón y la sexualidad.

## CONCLUSIONES

Distintos factores se ven involucrados en la realización de prácticas sexuales sin el uso del condón entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y no todas las decisiones respecto al sexo se restringen al riesgo. En este estudio los participantes dieron cuenta de poseer información respecto de los mecanismos de transmisión del VIH, mencionando la vía sexual y la vía sanguínea como principales mecanismos de transmisión del virus.

El que los entrevistados sean una población informada respecto a la transmisión del virus puede deberse al fácil acceso a los medios de información, como el internet y las campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual.

Los participantes ven en el condón un método de prevención efectivo del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, planeando usarlo en sus próximas prácticas sexuales.

Los informantes se percibieron en riesgo de contraer el VIH en prácticas sexuales sin el uso del condón ya sea con parejas esporádicas, parejas estables o por una infidelidad de ésta.

Pese a que todos los entrevistados tienen información respecto a los mecanismos de transmisión del VIH y se perciben en riesgo, han realizado al menos en una ocasión alguna práctica sexual de riesgo ya sea con parejas estables o esporádicas y el uso del condón en sus prácticas sexuales es mayor en el sexo anal que en el sexo oral, no importando el tipo de pareja sexual. Los sentimientos presentes luego de la práctica sexual sin el uso del preservativo van desde sentimientos satisfactorios hasta sentimientos de descontento.

El hecho de haber entablado una práctica sexual sin el uso del condón motivó a los entrevistados a realizarse la prueba de detección de virus, preocupados por su salud física y mental.

Más allá de la percepción de riesgo influyen otros factores para realizar prácticas sexuales sin el uso del condón, los entrevistados expresaron principalmente, la gran excitación del momento, la atracción de la pareja sexual, la presencia del alcohol y el placer. Cuestiones todas ellas relacionadas con el patrón cultural de la masculinidad tradicional de estar siempre dispuesto a tener relaciones sexuales con quien las solicite, el impulso sexual es irrefrenable no se puede contener y ello justifica el asumir conductas de riesgo.

La decisión para mantener prácticas sexuales no protegidas se ve influenciada además de tener información y percibirse en riesgo, por otros aspectos, como la confianza, los sentimientos, la atmósfera, la intuición.

Se debe de tomar en cuenta que un factor para el no uso del preservativo es el estar dentro de una relación estable, ignorando la posibilidad de una infidelidad y estableciendo prácticas sexuales sin la utilización del condón con una persona cuyo sero estatus se desconoce, dando la posibilidad de infección dentro de una relación estable.

Los participantes mostraron sentimientos positivos hacia las personas que viven con el virus y mencionaron que se debe de evitar la discriminación, el estigma y el rechazo hacia personas seropositivas. Lo anterior puede dejar ver que ha habido un cambio favorable en la percepción y el trato hacia personas que viven con VIH, es importante destacar que esto fue expresado por hombres con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual, pues pone de manifiesto que son una población informada que conoce los mecanismos de transmisión del virus.

Los entrevistados señalaron que las personas que viven con VIH están sujetas a la discriminación, al rechazo, estigma y prejuicios y que esta discriminación abarca también a personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, teniendo la falsa creencia que el origen y diseminación del VIH se debe a las relaciones entre varones. Como se mencionó anteriormente la discriminación, el rechazo, el estigma y los prejuicios, son factores que puede volver vulnerable a los HSH para contraer el VIH, ya que esto provoca según las investigaciones consultadas, mayores índices de depresión, ansiedad, estrés, que se ha asociado con una mayor presencia de prácticas sexuales de riesgo.

Los fenómenos sociales de rechazo expuestos anteriormente también provocan autovaloración negativa, anonimato en las prácticas sexuales, limitada comunicación, lo que provoca menor capacidad individual para llevar a cabo conductas protectoras como el uso del condón, por lo que se debe de prestar atención a los determinantes sociales que influyen en la transmisión del VIH.

El incremento de los casos por VIH entre HSH indican cambios en los comportamientos sexuales entre varones, por lo que es necesaria la comprensión de los sentimientos, contextos y significados que condicionan el modo de relacionarse entre hombres. Es también importante el entendimiento de los comportamientos sexuales y lo que hay inmersos en ellos, para conocer el significado que los varones le están dando a las relaciones, el amor, al sexo y al VIH.

Debe ser prioritaria la atención y los estudios en hombres jóvenes, puesto que según lo consultado son una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección, presentando cambios en la construcción de la sexualidad, tanto en adolescentes heterosexuales, como en adolescentes con otras orientaciones e identidades diferentes a la heterosexual.

Los programas de prevención del VIH, deben de tomar cuenta que más allá del brindar información hacia una población que puede tener fatiga de prevención, es importante enfatizar en los asuntos intrapersonales e interpersonales, en los procesos afectivos, la toma de decisiones, la autoestima, el autocuidado y el cuidado de otros, para que los mensajes de prevención sean más efectivos.

Otro aspecto en el que deben de prestar atención los programas de prevención y estudios del comportamiento sexual entre varones es el de, los determinantes culturales, sociales, políticos y económicos, dentro de un contexto complejo y cambiante.

Como se halló la decisión de tener una conducta saludable, el uso del condón en específico, se ve influenciada por diferentes factores, como las emociones, barreras del ambiente, creencias o el uso del alcohol.

Se debe de hacer énfasis en que la infección se debe al contacto con el virus y no por la práctica sexual en sí misma, evitando tener una visión negativa del sexo entre varones, para tener una vida sexual sin miedo, libre, responsable y satisfactoria.

## REFERENCIAS

- Álvarez, A. y Morales, V. (2008). Epidemias de los siglos XX-XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del SIDA en Costa Rica (1980-2008). *Diálogos, revista electrónica de historia*. Número especial 2008. Pp. 321 – 343.
- Álvarez, M., Bernal, C., Chueca, N., García, F. y Guillot, V. (2011). Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 29(4). Pp. 297-307.
- American Psychological Association (2010). APA Diccionario conciso de Psicología. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=GIX7CAAQBAJ&pg=PT1100&lpg=PT1100&dq=percepci%C3%B3n+apa&source=bl&ots=izexHR4HZZ&sig=aMO83hNSlzhODCl\\_sjn\\_ZPF\\_o53Q&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiWysPOk9HLAhXKnYMKHd86D-4Q6AEIQjAG#v=onepage&q=percepci%C3%B3n%20apa&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=GIX7CAAQBAJ&pg=PT1100&lpg=PT1100&dq=percepci%C3%B3n+apa&source=bl&ots=izexHR4HZZ&sig=aMO83hNSlzhODCl_sjn_ZPF_o53Q&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiWysPOk9HLAhXKnYMKHd86D-4Q6AEIQjAG#v=onepage&q=percepci%C3%B3n%20apa&f=false)
- American Psychological Asssociation (APA) (2012). Para una mejor comprensión de la orientación sexual y la homosexualidad. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientacion.pdf>
- American Psychological Asssociation (APA) (s.f.). Orientación sexual e identidad de género. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- Annicchiarico, I. (2009). Psicobiología de la homosexualidad masculina: hallazgos recientes. *Universitas Psychologica*. 8 (2). Pp. 429-445.

- Aragón (2003). Variables cognitivas y conducta de riesgo de infección por VIH en trabajadoras sexuales de San Cristóbal, Táchira. *Aldea Mundo*. 8 (15). Pp. 60-70.
- Ardila, H., Staton, J., y Gauthier, L. (1999). Conocimientos básicos sobre sexualidad. En Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. Bogotá.
- Asociación Mexicana para la Salud Sexual. Modelo Holónico de la Sexualidad. Recuperado de <http://www.amssac.org/biblioteca/potencialidades-humanas/>
- Ballester, R., Díaz, I., Gil, M. y Morell, V. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la Infección por VIH/SIDA en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 3 (1). Pp. 409-414.
- Barrientos, H. y Magis, C. (2009). *VIH/SIDA y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Barrón, S., Libson, M. y Hiller, R. (2007). *Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Relevamiento 2007*. Argentina: UBATEC S.A.
- Barzaga, Y. (2010). Factores que determinan la baja percepción de riesgo de ITS en adolescentes de nivel medio. Caso de estudio. *Cuadernos de educación y desarrollo*. 2 (21).
- Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 19 (1). Pp. 91. 101.
- Campo-Arias, A. (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica*. 41 (2). Pp. 179 – 185.

Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. y Ceballos-Ospino, G. (2009). Concordancia entre dos formas de investigar la orientación sexual en adolescentes de Santa Marta Colombia. *Universitas Psychologica*. 8 (2). Pp. 423 – 427.

CENSIDA (2009). *25 años de SIDA en México*. México: Secretaría de salud, Birmex, Instituto Nacional de Salud Pública, CENSIDA.

CENSIDA (2010a). Formas de Transmisión. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/inforbasica.html>

CENSIDA (2010b). Pruebas rápidas. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pruebasrapidas.html>

CENSIDA (2012). *VIH/SIDA en México 2012*. México: Secretaría de Salud, CENSIDA.

CENSIDA (2015a). *Guía del manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México: Secretaría de Salud, CENSIDA.

CENSIDA (2015b). Pruebas para detección del VIH. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pruebadelsida.html>

CENSIDA (2016a). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA, Actualización al 2do. Trimestre de 2016. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>

CENSIDA (2016b). Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA, México 2016. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR\\_Mx\\_2016VFin.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx_2016VFin.pdf)

Chaparro, N. y Estefan, S. (2011). Imágenes de la diversidad. El movimiento de liberación LGBT tras el velo del cine. *Culturales*. 7 (14). Pp. 57- 86.

Clínica DAM, Prueba del VIH den antígeno p24. (2015). Recuperado de <https://www.clinicadam.com/laboratorios/analisis-clinicos/prueba-del-vih-del-antigeno-p24.html>

Cobo, F. (2005). *Programa educativo para el conocimiento y prevención del SIDA*. España: Formación Alcalá.

Colín, C. (2001). *Estrategias de afrontamiento que utilizan estudiantes universitarios de C.U. y no estudiantes, hombres y mujeres, con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/EIUYSR3R85XH2CAMUQEMM6FUBD77T76N5BQFKUXSPCRFNU69KV7-03851?func=find-acc&acc\\_sequence=001559503](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/EIUYSR3R85XH2CAMUQEMM6FUBD77T76N5BQFKUXSPCRFNU69KV7-03851?func=find-acc&acc_sequence=001559503)

Coren, S., Ward, L. y Enns, J. (2001). Capítulo 1: Sensación y Percepción En Coren, S., Ward., L., Enns, J. (Ed.). *Sensación y Percepción*. México: Mc Graw Hill.

Cruz Roja Española (2008a). Transmisión del VIH Vía Sanguínea. Recuperado de <http://www.cruzroja.es/vih/Transmision-VIH-via-sanguinea.html>

Cruz Roja Española (2008b). ¿Cuánto tiempo sobrevive el VIH fuera del organismo humano? Recuperado de <http://www.cruzroja.es/vih/faqs.html#marca22>

Cruz Roja Española (2008c). Prueba de detección del VIH. Recuperado de <http://www.cruzroja.es/vih/Prueba-deteccion-VIH.html>

- Cruz, A., Coronel, G., Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo, M., De San Jorge, X., Blázquez-Morales, M., Beverido, P. y Ramírez, A. (2010). Consumo de drogas y VIH/SIDA en Centroamérica: una revisión de los modelos y teorías. *Rev Med UV*. Pp- 25 – 31.
- Díaz, G. (2012). Comportamientos sexuales de un grupo de alto riesgo de HSH en Lima, Perú. *Rev Psicol Hered*. 7(1-2). Pp. 10 – 20.
- Domínguez, R. (2014). La epidemia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en México: el caso de bareback. *Espolea*. 1 – 32.
- Durham, J. y Cohen, F. (1990). *Pacientes con SIDA, Cuidados de enfermería*. México: Manual Moderno
- Enguix, B. (2000). Sexualidad e identidades, Identidades homosexuales. *Gazeta de antropología*. 16 (4). Pp. 1 -8.
- Estrada, J. (2004). La infección por VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 22 (1). Pp. 107 – 120.
- Estrada-Montoya, J. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*. 13 (26). Pp. 44 – 57.
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casbona, J. (2014). Conductas sexuales de alto riesgo en HSH según tipo de pareja sexual. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica*. 32 (6). Pp. 341 – 349.

- Forcelledo, C., Suárez, N. y Tamargo, T. (2009). Conocimientos, actitudes y uso del condón masculino en la prevención del VIH / sida en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. Pinar del Río, Cuba. *Horizonte Sanitario*. 8 (1). Pp. 7-24.
- Gallagher, J. (2015). La “tormenta perfecta” en una ciudad africana que dio origen a la epidemia del SIDA. Recuperado de [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141003\\_salud\\_inicio\\_pandemia\\_sida\\_en\\_kinshasa\\_decada\\_20\\_kv](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141003_salud_inicio_pandemia_sida_en_kinshasa_decada_20_kv)
- Gamundi, M. (2002). Farmacia Hospitalaria Tomo II. Recuperado de <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=24>
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*. 12 (2). Pp. 133 – 151.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México: Manual Moderno.
- García, C. (2005). *Los hábitos sexuales de los adolescentes estudiantes y universitarios. Un estudio de cohortes generacionales. Universidad de Almería* (Tesis doctoral). Recuperado de [https://books.google.cl/books?id=WVIOAQAQBAJ&pg=PR9&hl=es&source=gbs\\_selecte\\_d\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cl/books?id=WVIOAQAQBAJ&pg=PR9&hl=es&source=gbs_selecte_d_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false)
- García, M., Andrade, M., Maldonado, R. y Morales, C. (2009). *Memoria de la lucha contra el VIH en México, Los primeros años*. México: Historiadores de las ciencias y las humanidades A.C.
- Gaviria, A., Quinceno, J., Soto, A., y Vinaccia, S. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*. 25(1). Pp. 39-50.

Gómez, R. y Posada, I. (1993-2006). Mercado y Riesgo: Escenarios de transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Medellín, 1993-2006. *Colombia Médica*. 38 (003). pp. 222-236.

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 su transmisión* (Tesis de licenciatura). Recuperado de [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/YJYRD7ANNB8Q8J8JVMY5AR4E8HQNNMIHB4QEJMGGH3I7LXJ5MT-08748?func=find-acc&acc\\_sequence=002139986](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/YJYRD7ANNB8Q8J8JVMY5AR4E8HQNNMIHB4QEJMGGH3I7LXJ5MT-08748?func=find-acc&acc_sequence=002139986)

González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. *Sogía*. 11 (3). Pp. 69 – 78.

Granados, J. y Delgado, G. (2007). *Salud mental y riesgo de VIH-SIDA en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia*. México: Serie Académicos CBS.

Granados-Cosme, J., Torres-Cruz, C. y Delgado-Sánchez. G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Cd. de México y situaciones de riesgo para el VIH-SIDA. *Salud Pública de México*. 51 (6). Pp. 482 – 488.

Hernández, J. (s.f.). Breve historia de la concepción de un deseo invisibilizado: bisexualidad. Recuperado de <http://portal.uacm.edu.mx/LinkClick.aspx?fileticket=EzOib6RARz8%3D&tabid=2322>

Hernández, J. y Martínez, F. (2013). Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales, Transmisión sexual del VIH. Recuperado de [http://gtt-vih.org/files/active/0/Guia\\_transmision\\_sexual\\_VIH.pdf](http://gtt-vih.org/files/active/0/Guia_transmision_sexual_VIH.pdf)

- Hernández, M. (1998). El absurdo arquetípico. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=SkeQFV\\_gsKsC&printsec=frontcover&dq=el+absurdo+arquetipico&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiap8fr7v\\_KAhVL4MKHac0C5sQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=SkeQFV_gsKsC&printsec=frontcover&dq=el+absurdo+arquetipico&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiap8fr7v_KAhVL4MKHac0C5sQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false)
- Hogg, M. y Vaughan, G. (2010). Psicología Social. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=7crhnqbQIR4C&pg=PA185&dq=actitudes+psicologia+social&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj3kYqfv57LAhWLxIMKHZvcAxwQ6AEIKTAB#v=onepage&q=actitudes%20psicologia%20social&f=false>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA, el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*. 48 (2). Pp. 141 – 150.
- InfoSIDA (2012). Pruebas de detección del VIH. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih>
- InfoSIDA (2015). Pruebas de detección del VIH. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih>
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INERI) (2011). 30 años del VIH-SIDA, perspectivas desde México. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30anosdelvihsida.pdf>

Jacques, C., García, P., Díez, E., Martín, S. y Cayla, J. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*. 29 (4). Pp. 252 – 257.

La Unión de Morelos (2015). Veneno de abeja mata el VIH; UNAM descubre cura contra SIDA. Recuperado de <http://www.launion.com.mx/morelos/nacional/noticias/71062-veneno-de-abeja-mata-el-vih-unam-descubre-cura-contrasida.html>

Laguarda, R. (2004). Construcción de identidades: un bar gay en la ciudad de México. *Desacatos*. (19). Pp. 137 – 158.

Lamas, H. (2001). Modelos de la sexualidad humana. Recuperado de [http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE\\_07\\_1\\_modelos-de-la-sexualidad-humana.pdf](http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_07_1_modelos-de-la-sexualidad-humana.pdf)

Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*. 14 (2). Pp. 255 – 261.

Lamotte, J. (2004). Infección-Enfermedad por VIH/SIDA. *Medisan*. 8 (4). Pp. 49 – 63.

Larrazabal, I (2011). El paciente ocasional. Una historia social del SIDA. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=PIYIDd1sCdAC&printsec=frontcover&dq=historia+del+sida&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj3L6vn8bJAhUHWh4KHZ7SB5oQ6AEIHZAB#v=onepage&q=historia%20del%20sida&f=false>

León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I., (2004). Psicología de la Salud y de la calidad de vida. Recuperado de

<https://books.google.com/books?id=ZINZBQAAQBAJ&pg=PT62&dq=modelo+de+creencias+en+salud&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4rLjukLrLAhVisYMKHfcRB8sQ6AEIKjAA#v=onepage&q=modelo%20de%20creencias%20en%20salud&f=false>

Lozano, I. y Díaz-Loving, R. (2010). Medición de la identidad sexual en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 21. Pp. 133 – 154.

Madrigal, S., Lacadena, J., Domínguez, C., Martínez, K., Carrasco, M., Jódar, R., González, L., García-Baró, M. y de la Torre, J. (2008). Sexo, sexualidad y Bioética. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=JodEffb9nBoC&pg=PA91&dq=preferencia+sexual+es&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwihgtWV8P\\_KAhXFniMKHfmFBvsQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=JodEffb9nBoC&pg=PA91&dq=preferencia+sexual+es&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwihgtWV8P_KAhXFniMKHfmFBvsQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false)

Magis, C. y Parrini, R. (2006). Capítulo 2: Nuestra epidemia, el SIDA en México 1983-2002 En Magis, C., Barrientos, H. y Bertozzi, S. (Ed.) *Aspectos de Salud Pública, Manual*. (Pp. 15-24). México: CENSIDA e Instituto Nacional de Salud Pública.

Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P., y De Luca, M. (2008). *EL VIH y el SIDA en México al 2008, hallazgos, tendencias y reflexiones*. México: CENSIDA.

Marcano, N. (2014). Modelo para la educación integral en sexualidad desde el aporte de la prensa digital venezolana. *Revista de investigación*. 38 (82). Pp. 103 – 126.

Maroto, Á. (2006). Homosexualidad y trabajo social. Herramientas para la reflexión e intervención profesional. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=5w54o3J3liMC&pg=PA29&dq=medici%C3%B3n+o>

orientaci%C3%B3n+sexual&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi258vsxPbKAhVIPj4KHSq-  
CssQ6AEIGjAA#v=onepage&q=medici%C3%B3n%20orientaci%C3%B3n%20sexual&f=fa  
lse

Martín, M., Rojas, D., Martínez, J., Sánchez, J., Remor, E. y Romero, J. (2008) La prevención del VIH en el colectivo de HSH. Ejemplos de intervenciones individuales, grupales y comunitarias. *Clínica y Salud*. 19 (2). Pp. 205 – 229.

Martínez, R., González, A., Agüero, C y Carminate, D. (2015). Caracterización de la epidemia VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres. Mayarí 1987-2013. *Órgano científico estudiantil de ciencias médicas de Cuba*. 54 (257). Pp. 14 – 24.

Mella, J. (2012). Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones desde la terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional Facultad de Medicina Escuela de Terapia Ocupacional*. 12 (2).

Méndez, R. (2007). *Las actitudes de los estudiantes hacia la Universidad como indicador de calidad* (Tesis Doctoral). Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=klfM-1YomdQC&pg=PA59&dq=teor%C3%ADa+de+la+acci%C3%B3n+razonada&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20de%20la%20acci%C3%B3n%20razonada&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=klfM-1YomdQC&pg=PA59&dq=teor%C3%ADa+de+la+acci%C3%B3n+razonada&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20de%20la%20acci%C3%B3n%20razonada&f=false)

Mendoza-Pérez, J. y Ortiz-Hernández, L. (2009) Factores asociados con el uso inconsistente del condón en HSH de Cd. Juárez. *Revista de Salud Pública*. 11 (5). Pp. 700 – 712.

Milenio (2015). Tratamiento inyectable contra SIDA se administrará en 2016. Recuperado de [http://www.milenio.com/internacional/Tratamiento\\_inyectable\\_contra\\_sida-Onusida-Michel\\_Sidibe-salud\\_mundial\\_0\\_589141087.htm](http://www.milenio.com/internacional/Tratamiento_inyectable_contra_sida-Onusida-Michel_Sidibe-salud_mundial_0_589141087.htm)

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Recuperado de <https://www.cruzroja.es/vih/archivos/GUIA-recomendaciones-prevencion-VIH-ambito-sanitario.pdf>
- Miranda, O. y Nápoles, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 38 (3-4). Pp. 63- 72.
- Montoya, G. (2006). Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual. *Acta Bioethica*. 12 (2). Pp. 199 – 210.
- Mor, G. (2012). La tabla de Klein. Recuperado de <http://www.mirales.es/sociedad-activismo/la-tabla-de-klein/>
- Morales, J., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Morell, V., Gil, M., Ballestrer, R. y Díaz, I. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección del VIH-SIDA en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología*. 3 (1). Pp. 409 – 414.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencia de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. 3 (1). Pp. 91 – 109.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Education.
- Núñez, G. (2015). Capítulo 1: El poder de las representaciones las relaciones sexuales entre varones. En Núñez, G. *Sexo entre varones, poder y resistencia en el campo sexual* (pp. 29-87).

México: Programa Universitario de Estudios de Género, Centro de Investigaciones en alimentación y desarrollo y el Colegio de Sonora.

Olvera, O. (2014). Bisexualidad: Una mirada desde orientaciones sexuales. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*. 3 (1). Pp. 49 – 63.

ONUSIDA (2008a). Información básica sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH. Recuperado de [http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080527\\_fastfacts\\_testing\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080527_fastfacts_testing_es.pdf)

ONUSIDA (2008b). Información básica sobre el VIH. Recuperado de [http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)

ONUSIDA (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Recuperado de [http://files.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/documents/unaidpublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/documents/unaidpublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf)

ONUSIDA (2013). Informe Mundial, ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial del sida 2013. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_es\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf)

ONUSIDA (2016). Hoja Informativa 2016. <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Orcasita, L., Palma, D. y Munévar, J. (2013). Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 5 (2). Pp. 63-79.

Orcasita, L., Uribe, A. y Vergara, T. (2009). Factores de Riesgo para la infección por VIH en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 13 (1). Pp. 11-24.

- Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2008). Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/terminologia\\_redaccion\\_unesco.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/terminologia_redaccion_unesco.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2006). Defining sexual health. Recuperado de [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). VIH/SIDA. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis en las Américas, Actualización 2015. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/2015\\_ELIMINACION\\_VIH\\_SIFILIS\\_AMERICAS.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/2015_ELIMINACION_VIH_SIFILIS_AMERICAS.pdf)
- Orozco-Núñez, E., Alcalde-Rabanal, J., Ruiz-Larios, J., Sucilla-Pérez, H. y García-Cerde, R. (2015) Mapeo político de la discriminación y homofobia asociado a la epidemia del VIH en México. *Salud Pública de México*. 57 (2). Pp. 190 – 196.
- Pachón, J., Pujol, E. y Rivero, A. (2003). *La infección por el VIH: Guía práctica*. España: Gráficas Monterreina S.A.
- Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (2005). *Psicología social, cultura y educación*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=468031>
- Pérez, P. (2008). Origen y evolución del VIH. A ciencia cierta. Pp. 44-45.

- Pérez-Luco, R. y Zambrano, A. (2004). Construcción de Identidad en jóvenes infractores de ley, una mirada desde la psicología cultural. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 8 (1). Pp. 115 – 132.
- Posadas, I y Gómez-Arias, R. (2007). Mercado de riesgo: Escenarios de transmisión del VIH entre HSH, Medellín 1993-2006. *Colombia Médica*. 38 (3). Pp. 222 – 236.
- Reyes, L. 2007. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *INED*. (7). Pp. 66 – 77.
- Romero, S. (2015). Un fármaco para el alcoholismo podría curar el VIH. Recuperado de <http://www.muyinteresante.es/salud/articulo/un-farmaco-para-el-alcoholismo-podria-curar-el-vih-491447856687>
- Roque, P. (2015). *Salud integral del adolescente*. México: Grupo editorial patria.
- Rosas, A. y Gomes, M. (2008). Creencia en un mundo justo y prejuicio, el caso de los homosexuales con VIH-SIDA. *Interamerican Journal of Psychology*. 42 (3). Pp. 570 – 579.
- Rueda, I., Fernández-Laviada A. y Herrero, Á. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones Regionales*. 26. Pp.141 – 158.
- Salamanca y Giraldo, 2012. Modelos cognitivos y cognitivos sociales en la prevención y la promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*. 57 (1). Pp. 185 – 202.
- Salinas, H. (2008). El movimiento de disidencia sexual En Salinas, H. *Políticas de disidencia sexual en México* (29 – 58). México: Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación.

- San Francisco AIDS Foundation (2016). Información de la enfermedad del VIH. Recuperado de <http://www.sfaf.org/en-espanol/informaciondelvih/>
- Sánchez, J. (2013). *Educación para la salud: una introducción*. México: Manual Moderno.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo infantil*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Sardiñas, R. (2010). Actualización sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida: sus implicaciones para el uso clínico. *Medisur*. 8 (3). Pp.33-39.
- Schiffman, H. (2007). Capítulo 1: Introducción a la sensación y la percepción En Schiffman, H. *Sensación y Percepción, un enfoque integrador*. México: Manual Moderno.
- Schwartz, K. (2015). Imagen Silence=Death. Recuperada de <http://www.capitolhillseattle.com/2015/06/capitol-pill-silence-death/>
- Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2012). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA*. México: Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiologia, ISBN
- Soriano, S. (2002). Cuestiones relativas al concepto. *Doctrina*. Pp. 63 – 70.
- Stefani, D. 2005. Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar*. (5). Pp. 22 – 37.
- StopSIDA (2011a). Transmisión del virus del SIDA. Recuperado de <http://www.stopsida.org/es/informacion-vih--sida/transmision-vih-sida>

- StopSIDA (2011b). Detección del Virus del SIDA. Recuperado de <http://www.stopsida.org/informacion-vih--sida/deteccion-vih--sida>
- Toro-Alfonso, J. (2005). El estudio de las homosexualidades: Revisión, retos éticos y metodológicos. *Revista de Ciencias Sociales*. (14). Pp. 78 – 97.
- Universidad Autónoma de Nuevo León (2011). Cuanto tiempo sobrevive el virus del VIH en la intemperie. Recuperado de [http://www.expertos.uanl.mx/enfermeria/temas/enfermedades\\_infecciosas/infecciones\\_de\\_transmision\\_sexual/respuesta/1694.html](http://www.expertos.uanl.mx/enfermeria/temas/enfermedades_infecciosas/infecciones_de_transmision_sexual/respuesta/1694.html)
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 4 (8). Pp. 47 – 53.
- Vargas, R. (2006). Resultados de la investigación con hombres que tienen sexo con hombres. Conocimiento, actitudes y prácticas. VIH/SIDA. Uso del condón. Pp. 5 – 41.
- Vargas-Barrantes, É. (2014). La sexualidad como expresión humana evaluada en jóvenes y docentes provenientes de un colegio público del cantón de Alajuela, Costa Rica. *Intersedes*. 15 (30). Pp. 22 – 54.
- Vera, J. y Valenzuela, J. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedade*. 24 (2). Pp. 272 – 282.
- Vera-Gamboa, L., Cerón-Bracamonte B. y Góngora-Biachi, R. (2004). Hombres que tienen sexo con hombres: Conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH -SIDA en Mérida, Yucatán, México. *Rev Biomed*. 15 (3). Pp. 157 – 163.

**ANEXOS  
CONOCIMIENTOS**

<b>CONOCIMIENTOS</b>	
<b>Tabla 1. Cómo considera su nivel de conocimientos respecto a la transmisión del VIH</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Medio
<b>2</b>	Muy bueno
<b>3</b>	Bueno
<b>4</b>	Medio
<b>5</b>	Medio
<b>6</b>	Muy bueno
<b>7</b>	Medio
<b>8</b>	Bueno
<b>9</b>	Bueno
<b>10</b>	Bueno
<b>11</b>	Medio
<b>12</b>	Medio
<b>13</b>	Medio
<b>14</b>	Medio
<b>15</b>	Bueno

Medio – 53.3%

Bueno – 33.3%

Muy bueno –13.3%

<b>CONOCIMIENTOS</b>	
<b>Tabla 2. Lugar de adquisición de los conocimientos</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Escuela
<b>2</b>	Cursos de educación sexual, Primaria, Libros, Búsqueda independiente, Profesores, Campañas
<b>3</b>	Cursos
<b>4</b>	Radio, Televisión, Revistas, Periódicos, Internet, Sitios de internet dirigidos a público homosexual
<b>5</b>	Primaria, Secundaria, Internet, Profesores, Medios de comunicación, Clínicas de salud
<b>6</b>	Amigos, Preparatoria, Búsqueda independiente, Reportajes, Libros, Revistas, Artículos científicos, Pareja
<b>7</b>	Folletos, Internet, Búsqueda independiente
<b>8</b>	Escuela, Secundaria, Afuera del antro, Internet
<b>9</b>	Escuela, Exposiciones de sexualidad, Eventos organizados en su facultad
<b>10</b>	Escuela, Búsqueda independiente
<b>11</b>	Centros de salud, Casa, Escuela
<b>12</b>	Internet, Búsqueda independiente, Campañas en escuela
<b>13</b>	Escuela, Clínica donde se realizan pruebas de detección
<b>14</b>	Conferencia sobre VIH, Capacitación en una organización de diversidad sexual, Cursos de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos
<b>15</b>	Secundaria, Preparatoria

## CONOCIMIENTOS

**Tabla 3. Mecanismos de transmisión del VIH**

Entrevista	Respuesta
1	Menciona no conocer los mecanismos de transmisión del VIH, pero sí los conoce
2	Vía sexual, Vía sanguínea
3	Vía sexual, Vía sanguínea
4	Vía sexual, Vía sanguínea, Vía maternoinfantil
5	Vía sexual, Vía sanguínea, Vía maternoinfantil
6	Vía sexual, Vía sanguínea
7	Vía sexual, Vía sanguínea, Sexo oral sólo si hay lesiones en la boca
8	Vía sexual, Vía sanguínea, Vía maternoinfantil
9	Vía sexual, Vía sanguínea, Sexo oral sólo si hay lesiones en la boca
10	Vía sexual, Vía sanguínea, Vía maternoinfantil
11	Menciona no conocer los mecanismos de transmisión de transmisión del VIH, pero sí los conoce
12	Vía sexual, Vía sanguínea
13	Vía sexual, Vía sanguínea
14	Vía sexual, Vía sanguínea, Vía maternoinfantil
15	Vía sexual, Vía sanguínea, Vía maternoinfantil

Conoce los mecanismos de transmisión del VIH – 86.6%

Menciona no conocer los mecanismos de transmisión del VIH – 13.3%

## CONOCIMIENTOS

**Tabla 4. Prácticas sexuales sin preservativo como mecanismo de transmisión del VIH**

Entrevista	Respuesta
1	Sexo sin protección, No se puede transmitir el VIH a través del sexo oral
2	Sexo anal, Sexo vaginal, Transmisión por sexo oral depende de la salud bucal
3	Sexo anal, Sexo vaginal, Transmisión por sexo oral depende de la salud bucal
4	Sexo anal, Sexo vaginal, Transmisión por sexo oral depende de la salud bucal
5	Cualquier práctica sexual sin el uso del preservativo, Incluso sexo oral
6	Penetración sin protección, Sexo anal, Sexo vaginal, No se puede transmitir el VIH a través del sexo oral
7	Sexo anal, Sexo vaginal, Sexo oral
8	Sexo vaginal, Sexo anal, Sí se puede transmitir el VIH a través del sexo oral
9	Sexo vaginal, Sexo anal, Sexo oral es poco probable
10	Sexo anal, Sexo vaginal, Transmisión por sexo oral depende de la salud bucal
11	El cruising (sexo en lugares públicos), Bareback (sexo sin condón), No se puede transmitir el VIH a través del sexo oral
12	Sexo anal, Sexo vaginal, Sexo oral
13	Sexo anal, Sexo vaginal, Transmisión por sexo oral depende de la salud bucal
14	Sexo anal, Sexo vaginal, Transmisión por sexo oral depende de la salud bucal
15	Sexo anal, Sexo vaginal, Sexo oral

**CONOCIMIENTOS**

**Tabla 5. Fases de la infección**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	No conoce las fases de la infección
2	No conoce las fases de la infección
3	Sí conoce las fases de la infección por VIH, aunque no por su nombre
4	No conoce las fases de la infección
5	No conoce las fases de la infección
6	No conoce las fases de la infección
7	No conoce las fases de la infección
8	No conoce las fases de la infección
9	No conoce las fases de la infección
10	No conoce las fases de la infección
11	No conoce las fases de la infección
12	No conoce las fases de la infección
13	No conoce las fases de la infección
14	No conoce las fases de la infección
15	No conoce las fases de la infección

Conoce las fases de la infección – 6.6%

No conoce las fases de la infección – 93.3%

**CONOCIMIENTOS**

**Tabla 6. Saber a simple vista si una persona es VIH+**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	No se puede saber a simple vista
2	No se puede saber a simple vista
3	No se puede saber a simple vista
4	No se puede saber a simple vista
5	No se puede saber a simple vista
6	Sí se puede saber a simple vista, por el estado anímico de la persona
7	No se puede saber a simple vista
8	No se puede saber a simple vista
9	No se puede saber a simple vista
10	No se puede saber a simple vista
11	Sí se puede saber a simple vista, por el estado anímico de la persona
12	No se puede saber a simple vista
13	No se puede saber a simple vista
14	No se puede saber a simple vista
15	No se puede saber a simple vista

No se puede saber a simple vista si una persona es seropositiva – 86.6%

Sí se puede saber a simple vista si una persona es seropositiva – 13.3%

<b>Tabla 7. CONOCIMIENTOS</b>	
<b>Transmisión del VIH sin signos o síntomas</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
2	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
3	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
4	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
5	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
6	No lo sabe con certeza
7	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
8	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
9	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
10	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
11	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
12	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
13	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
14	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas
15	Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas

Sí se puede transmitir el VIH sin signos o síntomas – 93.3%

No lo sabe con certeza – 6.6%

<b>CONOCIMIENTOS</b>	
<b>Tabla 8. Curación del VIH actualmente</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Sí existe cura por el avance tecnológico
2	El VIH actualmente no tiene cura
3	El VIH actualmente no tiene cura
4	El VIH actualmente no tiene cura
5	El VIH actualmente no tiene cura
6	El VIH actualmente no tiene cura
7	El VIH actualmente no tiene cura
8	El VIH actualmente no tiene cura
9	El VIH actualmente no tiene cura
10	El VIH actualmente no tiene cura, sí tiene tratamiento
11	El VIH actualmente no tiene cura, sí tiene tratamiento
12	El VIH actualmente no tiene cura, ha visto noticias de avances
13	El VIH actualmente no tiene cura
14	El VIH actualmente no tiene cura, sólo tratamiento
15	El VIH actualmente no tiene cura

El VIH actualmente no tiene cura – 93.3%

El VIH actualmente sí tiene cura – 6.6%

**CONOCIMIENTOS****Tabla 9. Periodo de ventana**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	No conoce el periodo de ventana
2	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
3	Sí conoce el periodo de ventana
4	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
5	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
6	No conoce el periodo de ventana
7	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
8	No conoce el periodo de ventana
9	No conoce el periodo de ventana
10	Sí conoce el periodo de ventana
11	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
12	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
13	Sí conoce el periodo de ventana, aunque no por su nombre
14	Sí conoce el periodo de ventana
15	No conoce el periodo de ventana

Sí conoce el periodo de ventana – 66.6%

No conoce el periodo de ventana – 33.3%

**CONOCIMIENTOS****Tabla 10. Desarrollo del SIDA en una persona VIH+**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	No se desarrolla el SIDA
2	No se desarrolla el SIDA con el tratamiento adecuado
3	No se desarrolla el SIDA con el tratamiento adecuado
4	No se desarrolla el SIDA con el tratamiento adecuado
5	No se desarrolla el SIDA
6	No se desarrolla el SIDA con el tratamiento adecuado
7	No se desarrolla el SIDA con el tratamiento adecuado
8	Sí se desarrolla el SIDA
9	No se desarrolla el SIDA
10	No se desarrolla el SIDA
11	Sí se desarrolla el SIDA
12	Sí se desarrolla el SIDA
13	Sí se desarrolla el SIDA
14	No se desarrolla SIDA con el tratamiento adecuado
15	No se desarrolla SIDA

No se desarrolla SIDA con el tratamiento adecuado – 73.3%

Sí se desarrolla SIDA – 26.6%

**CONOCIMIENTOS****Tabla 11. Confiabilidad del condón como método de prevención**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Muy confiable
2	Muy confiable
3	Muy confiable
4	Confiable
5	Muy confiable
6	Muy confiable
7	Muy confiable
8	Muy confiable
9	Muy confiable
10	Confiable
11	Confiable
12	Confiable
13	Muy confiable
14	Muy confiable
15	Muy confiable

El condón es muy confiable como método de prevención – 73.3%

El condón es confiable como método de prevención – 26.6%

**CONOCIMIENTOS****Tabla 12. Ventajas de usar condón**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Prevención de infecciones de transmisión sexual
2	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Prevención de embarazos no deseados
3	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Prevención de embarazos no deseados
4	Económico, Fácil adquisición, Fácil manipulación, Fácil uso
5	Prevención de infecciones de transmisión sexual
6	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Prevención de embarazos no deseados, Higiene en hombres y mujeres
7	Prevención de infecciones de transmisión sexual
8	Tiene lubricante, Higiene, Protección, Sensación placentera, Diversión en la vida sexual
9	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Seguridad, Lubricante del condón
10	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Evitar estar preocupado
11	Prevención de infecciones de transmisión sexual
12	Prevención de infecciones de transmisión sexual
13	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Prevención de embarazos no deseados
14	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Prevención de embarazos no deseados
15	Prevención de infecciones de transmisión sexual, Prevención de embarazos no deseados

**CONOCIMIENTOS****Tabla 13. Desventajas de usar condón**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	No hay desventajas
<b>2</b>	No hay desventajas, Llevarlo consigo, Conservar el condón en buenas condiciones
<b>3</b>	Desventajas en las creencias respecto al uso del condón (disminución del deseo sexual)
<b>4</b>	Se puede romper, Parejas que no les gusta usar condón
<b>5</b>	No hay desventajas, Creencias ante los métodos anticonceptivos
<b>6</b>	No hay desventajas
<b>7</b>	No hay desventajas
<b>8</b>	Desventaja en el uso inadecuado del condón
<b>9</b>	Calidad de algunas marcas de condones, Reacciones alérgicas
<b>10</b>	No hay desventajas
<b>11</b>	Sensación, Incomodidad
<b>12</b>	No hay desventajas
<b>13</b>	No es la misma sensación
<b>14</b>	Disminuye el placer y la sensación, Uso correcto del condón
<b>15</b>	No hay desventajas, Sólo si se es alérgico al látex

## COMPORTAMIENTOS

<b>Comportamientos</b>	
<b>Tabla 14. Prácticas sexuales de riesgo</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con desconocidos
<b>2</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con un hombre desconocido en el metro
<b>3</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con un hombre desconocido
<b>4</b>	Sí ha tenido prácticas sexuales de riesgo
<b>5</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con su novio
<b>6</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con su novio, Con amante
<b>7</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, En una fiesta y con alcohol
<b>8</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con sus novios
<b>9</b>	No ha realizado prácticas sexuales de riesgo
<b>10</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con un hombre que conoció en un antro, Con un hombre mayor, En unos baños
<b>11</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, En un cuarto oscuro, Con hombres que conoce de tiempo atrás por la confianza, La pareja sexual no quiere usar condón
<b>12</b>	Sí ha tenido prácticas sexuales de riesgo, Con un hombre que conoció en una red social, Con un hombre que conoció en la escuela
<b>13</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con personas que conocía a través de internet, Con un amigo
<b>14</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con un amigo en planes de entablar una relación
<b>15</b>	Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo, Con su novio, porque a él le gusta así

Sí ha realizado prácticas sexuales de riesgo – 93.3%

No ha realizado prácticas sexuales de riesgo – 6.6%

<b>Comportamientos</b>	
<b>Tabla 15. Razones de las prácticas sexuales de riesgo</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Por caliente, Por la oportunidad de una relación sexual
<b>2</b>	Por el calor del momento, Por la atracción de su pareja sexual
<b>3</b>	Excitación
<b>4</b>	Por el momento, La excitación
<b>5</b>	Experimentar
<b>6</b>	Alcoholizados, Calentura, Descuido
<b>7</b>	Por caliente, Por alcohol
<b>8</b>	Placer, Presencia de alcohol
<b>9</b>	No ha realizado prácticas sexuales de riesgo
<b>10</b>	Presencia de alcohol, Atracción hacia la pareja, Momento de gran excitación
<b>11</b>	Él da la opción de usar o no el condón, Por la excitación del momento
<b>12</b>	Atractivo de la pareja sexual, Miedo de la reacción de la otra persona al negarse a la relación sexual sin condón, El momento, Sólo se vive una vez
<b>13</b>	Por gusto, Por placer, Por necesidad
<b>14</b>	Por el momento, Ambos querían
<b>15</b>	Por excitación

### Comportamientos

**Tabla 16. Información en ese momento acerca de los mecanismos de transmisión del VIH**

Entrevista	Respuesta
1	Poca información
2	Sí tenía información en ese momento
3	Sí tenía información en ese momento
4	Sí tenía información en ese momento
5	Sí tenía información en ese momento
6	Sí tenía información en ese momento
7	Sí tiene información, aunque a veces no la ocupa
8	Sí tenía información en ese momento
9	No ha realizado prácticas sexuales de riesgo
10	Sí tenía información en ese momento
11	No tenía información en ese momento
12	Sí tenía información en ese momento
13	Sí tenía información en ese momento, Siempre ha tenido información
14	Sí tenía información en ese momento
15	Sí tenía información en ese momento

Sí tenía información en ese momento – 93.3%

No tenía información en ese momento – 6.6%

### Tabla 17. Comportamientos

**Realización de prueba de detección luego de la práctica sexual de riesgo**

Entrevista	Respuesta
1	Nunca se ha realizado la prueba de detección
2	Sí se realizó la prueba de detección luego de esa práctica sexual de riesgo
3	No se realizó la prueba de detección después de esa práctica, pero sí se ha realizado la prueba de detección
4	Sí se realizó la prueba de detección después de esa práctica sexual de riesgo
5	Sí se realizó la prueba de detección después de esa práctica sexual de riesgo
6	No se realizó la prueba de detección luego de esa práctica sexual de riesgo, pero sí se ha realizado la prueba de detección
7	No se realizó la prueba de detección luego de esa práctica sexual de riesgo, pero sí se ha realizado la prueba de detección
8	Nunca se ha realizado la prueba de detección
9	Sí se ha realizado la prueba de detección, a pesar de nunca haber realizado prácticas sexuales de riesgo
10	Sí se realizó la prueba de detección después de esas prácticas sexuales de riesgo
11	Sí se realizó la prueba de detección después de esa práctica sexual de riesgo
12	No se realizó la prueba de detección del VIH después de esas prácticas, Por miedo, Estaba seguro de haber contraído alguna infección de transmisión sexual, No quería saber su diagnóstico certero, Sí se ha realizado la prueba de detección
13	Sí se realizó la prueba de detección después de esa práctica sexual de riesgo
14	Sí se realizó la prueba de detección después de esa práctica sexual de riesgo
15	No se realizó la prueba de detección después de esa práctica, pero sí se ha realizado la prueba

	de detección
--	--------------

Realización de la prueba de detección del VIH luego de esa u otra práctica sexual de riesgo – 86.6%

No se ha realizado nunca la prueba de detección – 13.3%

<b>Comportamientos</b>	
<b>Tabla 18. Última vez de realización de prueba de VIH</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Nunca se ha realizado la prueba
2	Hace como 3 años
3	Hace tres meses
4	A principios de este año (2016)
5	Hace como dos semanas
6	La realización de su última prueba de detección del VIH fue hace ocho años
7	Hace cuatro años fue la última realización de su prueba de detección
8	Nunca se ha realizado nunca la prueba de detección del VIH por miedo a un resultado positivo
9	Hace un año se realizó la prueba de detección
10	Hace cuatro meses se realizó la prueba de detección, Se ha realizado la prueba cinco veces porque se considera en riesgo
11	Octubre del 2015
12	Hace seis meses
13	Hace dos meses
14	A principios de este año (2016)
15	Se realizó la prueba a principios de este año (2016)

<b>Comportamientos</b>	
<b>Tabla 19. Intención de realización de prueba de detección próximamente</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	No tiene la intención de realizarse la prueba por miedo
2	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
3	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
4	No tiene la intención de realizarse la prueba de detección porque no ha tenido sexo
5	Sí tienen la intención de realizarse la prueba de detección
6	No tiene la intención de hacérsela pues se ha cuidado, Realizarse la prueba en cinco años
7	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
8	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
9	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
10	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección, por seguridad
11	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
12	Sí tiene la intención de realizarse a prueba de detección
13	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
14	Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección
15	No tiene la intención de realizarse la prueba de detección porque no ha tenido sexo

Sí tiene la intención de realizarse la prueba de detección – 73.3%

No tiene la intención de realizarse la prueba de detección – 26.6%

## Comportamientos

**Tabla 20. Uso del preservativo en su vida sexual**

Entrevista	Respuesta
<b>1</b>	Sexo oral: "...sexo oral no uso condón, esporádicamente, muy muy esporádicamente, contadas..." Sexo anal: "Sexo anal, es más probable que use condón, sin embargo, sí ha habido ocasiones que no lo uso, depende las circunstancias", Sexo con parejas esporádicas: "Eh, depende" Depende de dónde estemos" "Eh, pues depende, depende de cómo esté el chico" "Pues es que no sé, tendría que estar en ese momento, ósea, ahorita te podría decir, sabes que, no, sino trae condón, si él no trae condón y yo no traigo pues no, no ocurre la penetración, pero pues si me convence y me lo empieza a poner por ahí, pues a lo mejor y sí, pues sí", Sexo con pareja estable: Todas sus relaciones han sido con parejas esporádicas
<b>2</b>	Sexo oral: "sexo oral casi no", Sexo anal: "Sí", Sexo con pareja estable: "sí sí usamos condón", Sexo con pareja esporádicas: "casi siempre"
<b>3</b>	Sexo oral: "en sexo oral no suelo utilizar condón", Sexo anal: "Siempre", Sexo con pareja estable: "igual siempre", Sexo con parejas esporádicas: "No suelen haber muchas, pero igual, no pasa del sexo oral, entonces no uso condón"
<b>4</b>	Sexo oral: "sexo oral nunca he utilizado condón", Sexo anal: "En sexo anal, todas las veces, excepto esta ocasión que te describí", Sexo con parejas esporádicas: "con todas las parejas esporádicas siempre uso condón", Sexo con pareja estable: "Siempre"
<b>5</b>	Sexo oral: No, Sexo anal: Sí, Sexo con pareja estable: Sí, Sexo con parejas esporádicas: "Pues no he tenido, pero yo creo que sí lo utilizaría"
<b>6</b>	Sexo oral: "...cuando lo hago no lo utilizo...", Sexo anal: "Sí, ahí sí siempre, después de esas dos veces", Sexo con pareja estable: "Igual siempre, sí...", Sexo con parejas esporádicas: "Con aventuritas también"
<b>7</b>	Sexo oral: "...sexo oral, nunca, nunca no lo he hecho condón...", Sexo anal: "...sexo anal, ay, yo creo que en el 80% me protejo...", Sexo con parejas esporádicas: Sólo mantiene sexo oral con sus parejas esporádicas, Sexo con pareja estable: No ha tenido parejas estables
<b>8</b>	Sexo oral: "Nunca", Sexo anal: "Siempre", Relaciones con parejas esporádicas: "siempre, siempre" Relaciones con parejas estables: "Sí, como un 90%, más, un 95"
<b>9</b>	Sexo oral: Una vez, Sexo anal: Siempre, Sexo vaginal: "Siempre, sí, siempre", Sexo con pareja estable: Siempre, Sexo con pareja esporádica: "Sí, igual, creo que hasta más"
<b>10</b>	Sexo oral: "No, pues casi nunca", Sexo anal: "Como el 90% de las ocasiones", Relaciones con pareja estable: "como 70% si he usado", Relaciones con pareja esporádica: "Como el ochenta, noventa"
<b>11</b>	Sexo oral: "Sexo oral, nunca", Sexo anal: "Es un cincuenta, cincuenta", Sexo con pareja estable: "Casi igual, cincuenta, cincuenta", Sexo con pareja esporádica: "...como setenta, treinta, un 70% sí, un 30 % no..."
<b>12</b>	Sexo oral: "No he utilizado", Sexo anal: "antes de conocer a mi novio lo usaba muy seguido, o sea, no lo hacía así sin condón, más que algunas que otras veces", Sexo con pareja estable: "No, no, nada más con el de ahorita", Sexo con parejas esporádicas: "siempre"
<b>13</b>	Sexo oral: "Seis ocasiones, desde los trece años para los veintidós que tengo", Sexo anal: "...en sexo anal, sí te diría como un 40%", Sexo con pareja estable: "Este, igual, un 30%", Sexo con parejas esporádicas: "20%"
<b>14</b>	Sexo oral: "en sexo oral pues ha sido como un 20%", Sexo anal: "contando la que ocurrió como un 90%, 95%", Sexo con pareja estable: "pues un 80% yo creo", Sexo con parejas esporádicas: "un 80% más o menos"

15	Sexo oral: “50%”, Sexo anal: “80-20, 80 sí, 20 no”, Sexo con pareja estable: “80 sí, 20 no”, Sexo con parejas esporádicas: “100% sí”
----	--

### Comportamientos

**Tabla 21. Utilización de condón en próximas relaciones sexuales**

Entrevista	Respuesta
1	Sí planea usar condón en sus próximas prácticas sexuales, pero el uso depende la situación, Trae consigo condones la mayor parte del tiempo
2	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
3	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
4	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
5	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
6	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
7	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
8	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
9	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
10	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
11	Sí planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
12	No planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales, porque con el único que tiene sexo es con su actual pareja
13	No planea utilizar condón en sus próximas prácticas sexuales
14	Sí planea utilizar el condón en sus próximas prácticas sexuales
15	Sí planea utilizar el condón en sus próximas prácticas sexuales

Sí planea utilizar el condón en sus próximas prácticas sexuales – 86.6%

No planea utilizar el condón en sus próximas prácticas sexuales – 13.3%

### Comportamientos

**Tabla 22. Probabilidad de realizar una práctica sexual hoy, sin preservativo**

Entrevista	Respuesta
1	Depende de su pareja sexual y la situación
2	Masturbación, Sexo anal sin eyaculación
3	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón
4	Rechaza el sexo anal, Tendría sexo oral
5	Sólo sexo oral
6	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón
7	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón
8	Masturbación mutua
9	Practicaría masturbación, Tendría sexo oral
10	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón
11	Si es alguien que le gusta realiza la práctica sexual sin condón, Sólo sexo oral
12	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón
13	Sí realiza la práctica sexual sin el uso del condón
14	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón
15	No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón

No realizaría la práctica sexual sin el uso del condón – 46.6%

Realizaría otro tipo de práctica sexual – 53.3%

## SENTIMIENTOS

### SENTIMIENTOS

**Tabla 23. Sentimientos después de la práctica sexual de riesgo**

Entrevista	Respuesta
1	Preocupación, Angustia, Miedo
2	Duda
3	Miedo, Angustia, Reflexión, Análisis, Culpa, Incertidumbre
4	En esa práctica sexual no hubo preocupación por el hecho de que no hubo eyaculación, Ansiedad ante el posible no uso del condón, Ansiedad ante el posible rompimiento del condón
5	Feliz, Raro, Confiado
6	Reflexión, Consciencia sobre su autocuidado
7	Culpabilidad
8	Satisfacción y alegría al principio, Preocupación tiempo después
9	No ha realizado prácticas sexuales de riesgo
10	Preocupación, Angustia
11	Cuando no le gusta la práctica sexual hay duda, Cuando le gusta la práctica sexual no piensa en el riesgo
12	Inseguridad, Incertidumbre, Pensamientos futuros fatalistas, Preocupación
13	Satisfacción, Disfrute
14	Preocupación
15	Tranquilo, porque fue con una persona en quien confiaba

### SENTIMIENTOS

**Tabla 24. Preocupación por creer haber contraído VIH después de esa práctica sexual de riesgo**

Entrevista	Respuesta
1	Sí estuvo preocupado
2	Sí estuvo preocupado
3	Sí estuvo preocupado
4	Sí estuvo preocupado
5	Sí estuvo preocupado, poco tiempo
6	No estuvo preocupado
7	Sí estuvo preocupado, en el momento
8	Sí estuvo preocupado, Se le olvida, pero lo recuerda y se vuelve a preocupar
9	No ha realizado prácticas sexuales de riesgo
10	Sí estuvo preocupado
11	Sí estuvo preocupado
12	Sí estuvo preocupado, alrededor de seis meses
13	Sí estuvo preocupado, Se realizó estudios porque iba a iniciar una relación de pareja
14	Sí estuvo preocupado
15	No estuvo preocupado, porque fue con una persona en quien confiaba

Sí estuvo preocupado – 80%

No estuvo preocupado – 13.3%

## SENTIMIENTOS

**Tabla 25. Sentimientos en la realización de la prueba de detección**

Entrevista	Respuesta
1	Nunca se ha realizado la prueba de detección
2	Ansiedad
3	Angustia, Estrés
4	Nerviosismo, Pensamientos futuros fatalistas
5	Nerviosismo, Miedo
6	Nerviosismo, Angustia, Preocupación, Felicidad, Ignorancia
7	Nerviosismo
8	Nunca se ha realizado la prueba de detección, por miedo
9	Incertidumbre
10	Nerviosismo, Miedo, Pensamientos futuros fatalistas
11	Nerviosismo, Incertidumbre, Desesperación
12	Tranquilidad porque con el único que tiene sexo sin condón es con su actual pareja y ya se había hecho la prueba anteriormente
13	Nerviosismo, Reflexión
14	Juzgado por el personal, Incomodidad
15	Nerviosismo, Reflexión

## PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS

**Tabla 26. Padecimientos físicos en personas VIH+**

Entrevista	Respuesta
1	Propensión a otras enfermedades sin tratamiento adecuado, Complicaciones sin tratamiento adecuado
2	Padecimientos sólo en fases muy adelantadas sin tratamiento
3	Efectos secundarios resultado de la toma de antirretrovirales, mareos, vómitos, diarrea
4	Padecimientos físicos sólo si se desarrolla SIDA
5	Efectos secundarios de los antirretrovirales
6	Pérdida de peso, Enfermedades respiratorias
7	No existen padecimientos físicos si la persona lleva un tratamiento adecuado
8	Deterioro físico
9	Cambios a estilos de vida más saludables, alimentación, recreación y ejercicio
10	Delgadez, Debilidad, Enfermedades oportunistas, Cuidados en la alimentación
11	Rechazo por aspecto físico
12	Efectos secundarios de los antirretrovirales, vomito, fiebre
13	No existen padecimientos físicos si se toman antirretrovirales
14	En fases muy avanzadas de la infección, enfermedades oportunistas
15	Una persona seropositiva no padece desde el punto de vista físico

**PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS**

**Tabla 27. Padecimientos sociales en personas VIH+**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Rechazo y Estigma por falta de información, Rechazo a personas homosexuales
2	Estigma, Prejuicios, Estereotipos, Discriminación, Reducción de la persona a un diagnóstico, Rechazo en sus círculos sociales, familia, amigos, trabajo, Pérdida de apoyo, cariño, seguridad, autoestima
3	Estereotipos, Prejuicios, Discriminación, Rechazo a la homosexualidad, Rechazo a prácticas sexuales que no son para procrear
4	Estigma, Discriminación, La familia no entiende, Amistades se alejan, Discriminación en el trabajo
5	Rechazo
6	Discriminación producto de la ignorancia, Comentarios, Indirectas
7	Discriminación por ignorancia
8	Discriminación, resultado de la falta de información
9	Discriminación, resultado de la falta de información, Miedo resultado de la falta de información, Ocultar diagnóstico
10	Discriminación, Discriminación laboral, Discriminación resultado de la falta de información, Ocultar diagnóstico
11	Rechazo, Rechazo de algún posible prospecto amoroso
12	Es una persona normal, No debe de haber discriminación
13	Padecería si no tiene redes de apoyo fuertes, Ocultar diagnóstico
14	Discriminación en sector salud, trabajo y educación, Estigma a las poblaciones no heterosexuales, Pensar que el VIH es una enfermedad de varones
15	Sí da a conocer su diagnóstico, Baja autoestima y seguridad personal, Agresiones verbales, en trabajo y servicios de salud

**PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS**

**Tabla 28. Comprensión y solidaridad con personas VIH+**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Sí comprensión y solidaridad, El VIH es una enfermedad como cualquier otra
2	Sí comprensión y solidaridad, No estigmatizar, No señalar, Trato igualitario
3	Sí comprensión y solidaridad, Un diagnóstico no te define, Sin etiquetas clínicas
4	Sí comprensión, Una enfermedad no te define
5	Trato igualitario, Una enfermedad no te define
6	No comprensivas, no solidarias, Trato igualitario
7	Trato igualitario, Es una enfermedad más
8	Sí comprensión y solidaridad, Para evitar la discriminación
9	Trato normal e igualitario
10	Sí comprensión y solidaridad, Todos somos personas iguales
11	Sí comprensión y solidaridad, Respeto
12	Sí comprensión y solidaridad, No tiene que ser diferente a otra enfermedad
13	Sí comprensión y solidaridad, Falta de información y mala información provoca rechazo, Respetar

14	Sí comprensión y solidaridad, Una enfermedad no te define, Una persona seropositiva se puede desarrollar igual
15	Trato igualitario

**SENTIMIENTOS**

**Tabla 29. Acciones si un amigo es VIH+**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Mostrar apoyo
2	Tratarlo de la misma manera que antes, Preguntar si necesita apoyo o alguna otra cosa
3	Tratarlo de la misma manera que antes
4	Tratarlo de la misma manera que antes, Brindar apoyo por el lazo afectivo
5	Apoyo, Confianza, Compañía, Hablar con él/ella
6	Tratarlo de la misma manera que antes
7	Apoyo incondicional porque todos podemos estar en esa situación
8	Ofrecer apoyo, Buscar ayuda para la persona, Por razones afectivas
9	Mostrar apoyo, Seguir siendo igual con la persona
10	Brindar ayuda, Brindar apoyo y compañía
11	Apoyo, Empatía
12	Mostrar apoyo, Compañía
13	Mostrar apoyo, No discriminar
14	Mostrar apoyo, Acompañarlo a sus citas médicas, Formar parte de sus redes de apoyo
15	Mostrar apoyo estando con esa persona

**SENTIMIENTOS**

**Tabla 30. Cuidar a un familiar con SIDA**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, por apoyarlo
2	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, por el lazo afectivo
3	Sí cuidaría a un familiar o un amigo que desarrollara SIDA por el lazo afectivo que los une
4	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, por brindar apoyo y Mostrar empatía
5	Sí cuidaría a una familiar que desarrollara SIDA, Por la posibilidad de no poder realizar algunas cosas por sí mismo
6	No cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA por el desgaste y la experiencia de un hermano cinco años en coma
7	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, Por cariño, afecto, moral
8	Sí cuidaría a una familiar o amigo que desarrollara SIDA, Por los lazos afectivos que los unen
9	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA
10	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA
11	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA
12	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, porque necesitan apoyo
13	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, Por amor
14	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, porque su diagnóstico no lo diferencia de las demás personas

<b>15</b>	Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA, Por responsabilidad y amor
Sí cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA – 93.3%	
No cuidaría a un familiar que desarrollara SIDA – 6.6%	

### SENTIMIENTOS

**Tabla 31. Acciones antes de conocer a una persona VIH+**

Entrevista	Respuesta
<b>1</b>	Conocer a la persona
<b>2</b>	Conocer a la persona, sin ningún cambio
<b>3</b>	Tratar igual a la persona, porque conoce los mecanismos de transmisión
<b>4</b>	Agradecimiento por compartir su diagnóstico, Seguir conociendo a la persona
<b>5</b>	Nada, dejar que las cosas sucedan
<b>6</b>	No pasaría nada, Conocer a la persona
<b>7</b>	Tratar igual a la persona
<b>8</b>	Conocer a la persona
<b>9</b>	Conocer a la persona, Entabla un lazo con la persona si le agrada
<b>10</b>	Conocer a la persona
<b>11</b>	Actuar normal
<b>12</b>	Conocer a la persona
<b>13</b>	Conocer a la persona
<b>14</b>	No habría trato diferente
<b>15</b>	Conocer a la persona

### SENTIMIENTOS

**Tabla 32. Relación de pareja con persona VIH+**

Entrevista	Respuesta
<b>1</b>	Depende, si le gusta o si ama a la persona, Relaciones sexuales protegidas
<b>2</b>	Sí, sexo protegido siempre
<b>3</b>	Por el momento no entablaría una relación con un hombre seropositivo ni con nadie, su último novio era un hombre seropositivo
<b>4</b>	Sí entablaría una relación con un hombre seropositivo con los cuidados adecuados para evitar la transmisión
<b>5</b>	Sí entablaría la relación con un hombre seropositivo
<b>6</b>	No entablaría una relación con hombre seropositivo
<b>7</b>	Su respuesta está condicionada al enamoramiento de la persona
<b>8</b>	Sí entablaría una relación con un hombre seropositivo si cumple con sus expectativas
<b>9</b>	Sí entablaría una relación con un hombre seropositivo, Sí entablaría una relación con una mujer seropositiva y evitando la transmisión del virus a sus hijos
<b>10</b>	No entablaría una relación con hombre seropositivo
<b>11</b>	Sí entablaría una relación con un hombre seropositivo
<b>12</b>	Sí entablaría una relación por amor, Usaría condón, aunque fuera pareja estable

<b>13</b>	Sí entablaría la relación, Sí comparte su diagnóstico antes de iniciar la relación
<b>14</b>	Sí entablaría una relación con una persona seropositiva
<b>15</b>	Sí entablaría una relación con un hombre seropositivo

Sí entablaría una relación con una persona seropositiva – 80%

No entablaría una relación con una persona seropositiva – 20%

### SENTIMIENTOS

**Tabla 33. Opinión curas VIH**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Las curas no sirven, Las personas acudirían por las curas, Creerían que están curadas, Seguirían con el sexo sin protección
<b>2</b>	Brindan falsas esperanzas, Los medios de comunicación publican noticias falsas de productos milagro
<b>3</b>	Motivación para investigar, Crea ideas falsas, Desinterés en el autocuidado, No usar condón
<b>4</b>	Aumento de prácticas sexuales sin condón, Relajación en la prevención
<b>5</b>	Falsas esperanzas, Indiferencia
<b>6</b>	Las personas buscarían la supuesta cura
<b>7</b>	Genera esperanza
<b>8</b>	Falsas esperanzas, Incrementarías las relaciones sexuales sin protección
<b>9</b>	No son verdaderas las curas, Investigación de la veracidad de las noticias
<b>10</b>	Aumento de las relaciones sexuales sin condón, Falsas esperanzas
<b>11</b>	Falsas esperanzas
<b>12</b>	Falsas esperanzas
<b>13</b>	Incredulidad, Se crea interés en encontrar una cura
<b>14</b>	Falsas esperanzas, Abandono del tratamiento antirretroviral por las supuestas curas, Aumento de la desinformación
<b>15</b>	Aumento de prácticas sexuales sin condón, La gente se dejaría de preocupar por su salud

## PERCEPCIÓN DE RIESGO

<b>Percepción de Riesgo</b>	
<b>Tabla 34. Consciencia del riesgo en las prácticas sexuales sin condón</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>2</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>3</b>	No era consciente del riesgo
<b>4</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>5</b>	Sí era consciente del riesgo, pero confiaba en su pareja
<b>6</b>	No era consciente del riesgo
<b>7</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>8</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>9</b>	No ha realizado prácticas sexuales de riesgo
<b>10</b>	No era consciente del riesgo en ese momento, la preocupación surge después
<b>11</b>	Sí era consciente del riesgo, pero en ocasiones no le importa
<b>12</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>13</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>14</b>	Sí era consciente del riesgo
<b>15</b>	Sí era consciente del riesgo

Sí era consciente del riesgo – 80%

No era consciente del riesgo – 20%

<b>Percepción de Riesgo</b>	
<b>Tabla 35. Percepción de la infección por VIH</b>	
<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b>	Moderada
<b>2</b>	Grave
<b>3</b>	Moderada
<b>4</b>	Grave
<b>5</b>	Moderada
<b>6</b>	Grave
<b>7</b>	Grave
<b>8</b>	Moderada
<b>9</b>	Moderada
<b>10</b>	Grave
<b>11</b>	Grave
<b>12</b>	Moderada
<b>13</b>	Muy Grave
<b>14</b>	Grave
<b>15</b>	Grave

Muy grave – 6.6%

Grave – 53.3%

Moderada – 40%

**Percepción de Riesgo**

**Tabla 36. Consideración de su propio riesgo**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Sí se considera en riesgo
2	No se considera en riesgo, por no estar manteniendo prácticas sexuales
3	Sí se considera en riesgo
4	Sí se considera en riesgo
5	Sí se considera en riesgo, al igual que todos quienes tienen una vida sexualmente activa
6	Sí se considera en riesgo
7	Sí se considera en riesgo
8	Sí se considera en riesgo
9	Sí se considera en riesgo
10	Sí se considera en riesgo
11	No se considera en riesgo
12	Sí se considera en riesgo, si su novio le es infiel
13	Sí se considera el riesgo
14	Sí se considera en riesgo
15	Sí se considera el riesgo, todos estamos el riesgo

Sí se considera en riesgo – 86.6%

No se considera en riesgo – 13.3%

**Percepción de Riesgo**

**Tabla 37. Dónde se considera en riesgo**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Prácticas sexuales sin condón
2	No se considera en riesgo por no estar manteniendo relaciones sexuales
3	Prácticas sexuales sin condón
4	Prácticas sexuales
5	Prácticas sexuales sin condón
6	Prácticas sexuales
7	Prácticas sexuales sin condón
8	Prácticas sexuales, Por material no esterilizado
9	Se considera en riesgo en un asalto
10	Prácticas sexuales
11	En ninguna situación se considera en riesgo
12	En una infidelidad de su pareja
13	Prácticas sexuales con muchos hombres sin condón
14	Prácticas sexuales de riesgo, Transfusiones sanguíneas
15	Sexo sin protección con parejas esporádicas o pareja estable

**Percepción de Riesgo**

**Tabla 38. Vulnerabilidad de los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) ante la infección por VIH**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	No considera a los HSH vulnerables, Vulnerable es toda la población, no importa su sexo u orientación sexual
2	Sí considera a los HSH como vulnerables, Se cree que el uso del condón es prescindible ya que no hay embarazo
3	Sí considera a los HSH vulnerables, Todos estamos en riesgo, Por tener una vida sexualmente activa
4	Sí considera a los HSH vulnerables, Por el sexo anal y las características anatómicas de éste, Número de parejas sexuales de hombres
5	Sí considera a los HSH vulnerables a la infección por VIH, Toda la población es vulnerable, Los homosexuales son la comunidad más informada y la que más se protege
6	Los HSH no son vulnerables, Todos estamos expuestos
7	Los HSH no son vulnerables, Todos somos vulnerables
8	Los HSH no son una población vulnerable, Todos somos vulnerables
9	Los HSH no son vulnerables, Todos somos vulnerables
10	Los HSH no son vulnerables, Todos somos vulnerables, Los hombres más por el número de parejas sexuales
11	Los HSH sí son vulnerables, Poco uso del condón
12	Los HSH no son vulnerables, Es una cuestión de cuidado personal
13	Los HSH sí son vulnerables a la infección, Búsqueda de amor en hombres heterosexuales y homosexuales, Intercambio de amor por cosas
14	Vulnerables somos todos, Erradicar estigma de que las relaciones con hombres son sinónimo de VIH
15	Los HSH no son vulnerables a la infección por VIH, Todos estamos el riesgo

Los HSH no son vulnerables a la infección por VIH – 60%

Los HSH sí son vulnerables a la infección por VIH – 40%

**Percepción de Riesgo**

**Tabla 39. Sociedad crea condiciones para la vulnerabilidad**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	La sociedad no crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH, La responsabilidad es personal
2	La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH, Religión católica que prohíbe todo método de barrera para la no concepción, Pobreza, provoca poco acceso a condones
3	La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad, Machismo, los hombres no deben de usar condón, Iglesia, el sexo y el uso de anticonceptivos es malo, No hay información a edades tempranas
4	La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad en los HSH, Discriminación hacia personas homosexuales, Discriminación provoca anonimato y poco o nulo autocuidado en las relaciones sexuales, Machismo
5	La sociedad no crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH
6	La sociedad no crea condiciones de vulnerabilidad para los HSH

7	La sociedad no crea condiciones para la vulnerabilidad en los HSH, Es una cuestión personal
8	La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH, Falta de información provoca discriminación, Por las primeras poblaciones infectadas con VIH
9	Discriminación
10	La sociedad cree que las relaciones homosexuales son similares al VIH, Culpa del VIH a las relaciones entre hombres
11	La sociedad no crea condiciones para la vulnerabilidad en los HSH
12	La sociedad no crea condiciones para a vulnerabilidad en los HSH, Es una cuestión personal
13	La sociedad no crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH, Es una cuestión personal y cada quien elige el uso o no del condón
14	La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad en los HSH, Discriminación a personas no heterosexuales
15	La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH, Porque los primeros casos fueron hombres homosexuales

La sociedad no crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH al VIH – 60%

La sociedad sí crea condiciones para la vulnerabilidad de los HSH al VIH – 40%

### Percepción de Riesgo

**Tabla 40. Autoeficacia para la realización de conductas protectoras**

Entrevista	Respuesta
1	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón
2	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón
3	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón
4	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Pareja formal como forma de prevención, comunicación entre la pareja, No tener parejas esporádicas
5	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón en sus relaciones sexuales, Realización periódica de la prueba de detección
6	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón
7	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón, Evitar muchas parejas esporádicas
8	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón, Manejo cuidadoso de material de laboratorio, Abstinencia
9	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón, Informar a sus parejas sobre el uso del condón
10	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras hasta cierto punto, Uso del condón
11	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Abstinencia, Uso del condón
12	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón
13	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón, Realización periódica de pruebas de detección, Menor número de parejas sexuales, Cambio de actitudes
14	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Uso del condón, Periodicidad de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual
15	Sí se considera capaz de realizar conductas protectoras, Cuidar de su salud y de la de otros, Uso del condón

**Percepción de Riesgo**

**Tabla 41. Gente que considera importante considera bueno el uso del condón**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
2	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
3	Familia no ha hablado de ello, Amigos sí los consideran bueno
4	Amigos sí consideran bueno el uso del condón, Familia no se habla del tema
5	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
6	Familia no se habla del tema, Amigos uso inconsistente del condón
7	Amigos consideran bueno el uso del condón, pero su uso es inconsistente, En familia el sexo son temas tabús
8	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
9	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
10	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
11	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
12	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
13	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
14	Familia y amigos consideran bueno el uso del condón
15	Amigos creen que el condón disminuye el placer de la relación sexual, No sabe que opina su familia

Familia y amigos consideran bueno el uso del condón – 66.6%

Menciona no conocer la opinión de su familia – 33.3%

**Percepción de Riesgo**

**Tabla 42. Gente que considera importante considera riesgosas las prácticas sexuales sin condón**

<b>Entrevista</b>	<b>Respuesta</b>
1	Gente importante para él considera riesgosas las prácticas sexuales sin condón, al VIH y otras infecciones de transmisión sexual
2	Gente importante para él consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
3	No se ha tocado el tema con familia o amigos
4	Amigos sí consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón, Familia no se habla del tema
5	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón, el condón también como método de prevención de embarazos
6	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
7	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
8	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
9	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
10	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
11	Familia sí considera riesgosas las prácticas sexuales sin condón, Amigos no consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
12	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
13	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
14	Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón
15	Pocos amigos sí consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón, No sabe que opina su

	familia
--	---------

Familia y amigos consideran riesgosas las prácticas sexuales sin condón – 53.3%

Menciona no conocer la opinión de su familia – 46.6%

### Percepción de Riesgo

**Tabla 43. Realización de conductas de los HSH para disminuir el número de infecciones nuevas**

Entrevista	Respuesta
1	Uso del condón
2	Uso del condón, Realización de la prueba de detección con regularidad
3	Informarse, Uso del condón, Uso de la Prep o Post
4	Uso del condón, Realización de pruebas de detección
5	Todas las personas deben de tener responsabilidad de sus relaciones sexuales, Tener conciencia de lo que se está haciendo en el momento de tener prácticas sexuales
6	Uso del condón
7	Uso del condón
8	Uso del condón, Material estéril
9	Uso del condón y métodos de prevención
10	Uso del condón, Evitar combinar alcohol y drogas con sexo
11	Abstinencia, Masturbación, Uso del condón
12	Información, Autocontrol, Uso del condón
13	Todos pueden hacer algo, Uso del condón, Menor número de parejas sexuales, Masturbación, Cambio de actitudes
14	Cambio colectivo e individual de las actitudes hacia las prácticas sexuales de riesgo y la sexualidad
15	Uso del condón

## GUÍA DE ENTREVISTA

El propósito de esta entrevista es explorar tus conocimientos, sentimientos, comportamientos y percepción de riesgo frente a la transmisión del VIH, todo lo que digas será totalmente confidencial y no se te juzgará, la información que proporciones sólo será utilizada con fines de investigación. Por favor sé sincero.

### DATOS PERSONALES:

¿Cuántos años tienes?

¿En cuanto a tu orientación sexual, cómo te consideras?

¿Nivel académico?

¿Trabajas?

1. ¿Has recibido en alguna ocasión información acerca del VIH y SIDA?
2. ¿De quién o quienes has recibido esta información?
3. ¿Cómo consideras tu nivel de información en cuanto a la transmisión del VIH?
4. ¿Sabes cuáles son los mecanismos de transmisión del VIH?
5. ¿Conoces las fases de la infección por VIH?
6. ¿A través de cuáles prácticas sexuales se puede transmitir el VIH si no se utiliza el preservativo?
7. ¿Crees que se puede transmitir el VIH únicamente si se practica sexo oral?
8. ¿Se puede saber a simple vista si una persona es VIH+?
9. ¿Una persona VIH+ puede transmitir el virus sin tener síntomas?
10. ¿Crees que el VIH tiene curación actualmente?
11. ¿Conoces la existencia de un periodo de ventana?
12. ¿Dar positivo en esta prueba implica desarrollar SIDA con posterioridad?
13. ¿Hasta qué punto consideras que el condón es confiable como método en la prevención del VIH?
14. ¿Podrías decirme cuál o cuáles son las ventajas de usar el preservativo?
15. ¿Encuentras alguna dificultad en el uso del preservativo?
16. ¿Has realizado prácticas sexuales de riesgo para contraer el VIH? Sí/No, ¿Cuál(es) fue(ron), podrías contármela(s)?
17. ¿Tenías información sobre las vías de transmisión del VIH cuando lo hiciste?
18. ¿Eras consciente en ese momento del riesgo que corrías?
19. ¿Recuerdas por qué lo hiciste?
20. ¿Cómo te sentiste después?
21. ¿Estuviste preocupado durante algún tiempo por la posibilidad de haber contraído el virus?
22. ¿Fuiste a realizarte la prueba de detección del VIH?

23. ¿Cómo te sentías en el momento de la prueba de detección del VIH?
24. ¿Te has realizado la prueba y Cuándo fue la última vez que te realizaste la prueba?
25. ¿Tienes la intención de realizarte la prueba próximamente?
26. En función de las prácticas sexuales realizadas hasta este momento, ¿Con qué frecuencia has utilizado el preservativo ante las siguientes situaciones? (sexo oral, sexo anal, relaciones con pareja estable, con pareja esporádica)
27. ¿En tus próximas prácticas sexuales planeas utilizar preservativo?
28. En caso de que te surgiera la posibilidad de una relación sexual y no tuvieras preservativo. ¿Qué harías?
29. ¿Dirías que una persona VIH+ padece desde el punto de vista físico y/o social?
30. ¿Qué tan comprensiva y solidaria debería de ser la sociedad con las personas VIH+?  
¿Por qué?
31. ¿Qué harías, si te enteraras que un amigo tuyo es VIH+? ¿Por qué?
32. ¿Cuidarías de un amigo/familiar que desarrollara el SIDA? ¿Por qué?
33. ¿Si antes de conocer a alguien te enteraras de que es VIH+, qué harías?
34. ¿Entablarías una relación de pareja con un hombre VIH+?
35. ¿Conoces las noticias de las “curas” del VIH, qué opinas que se publiciten como curas, cuando son avances?
36. ¿Consideras que el VIH es una infección, leve, moderada, grave?
37. ¿Te consideras en riesgo de contraer VIH en alguna situación? ¿Cuál situación?
38. ¿Consideras que los hombres que tienen sexo con hombres son una población vulnerable a la infección por VIH? ¿Por qué?
39. ¿Crees que la sociedad crea condiciones necesarias para esta vulnerabilidad de los HSH a la infección por VIH? ¿Por qué?
40. ¿Te consideras capaz de realizar conductas para prevenir la transmisión del VIH?  
¿Cuáles?
41. ¿Entre la mayoría de gente importante para ti está bien visto el uso del condón?
42. ¿Entre las personas importantes para ti, consideran riesgoso las prácticas sexuales sin condón como forma de transmisión del VIH?
43. ¿Crees que los HSH pueda realizar algo para reducir el número de infecciones nuevas por VIH?

Fecha: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de esta entrevista es explorar los conocimientos, sentimientos, comportamientos y percepción de riesgo frente a la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Acepto participar en la entrevista que se realizará y responder las preguntas que se me formulen, así mismo acepto que la entrevista sea grabada, transcrita, y que la información que proporcione sea utilizada y publicada únicamente con fines de investigación, quedando mi identidad anónima y respetando la información que proporcione. He leído y comprendido los anteriores puntos y acepto los mismos.

\_\_\_\_\_  
Firma