

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PREDICTORES SOCIOCULTURALES Y PSICOLÓGICOS DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

SYSTEMATIC REVIEW OF SOCIO-CULTURAL AND PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF SEXUAL RISK BEHAVIORS FOR HIV IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN

Carolina Valdez Montero*

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León/Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS), México.

José Moral de la Rubia

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Raquel Alicia Benavides Torres

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León/Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS), México.

Lubia Castillo Arcos

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma del Carmen, México.

Dora Julia Onofre Rodríguez

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León/Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS), México.

Artículo recibido el 10 diciembre, 2015. Aceptado en versión corregida el 10 de enero, 2015

RESUMEN

*El propósito del presente trabajo fue revisar de manera sistemática los predictores de las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA de los hombres que tienen sexo con hombres. Se realizaron búsquedas de artículos en 12 bases de datos electrónicas. Se utilizaron combinaciones de 11 palabras claves de acuerdo al Medical Subject Headings. Se siguió la guía Critical Appraisal Skills Program en español para seleccionar los estudios incluidos en el análisis. De 309, 10 investigaciones de tipo correlacional cumplieron los criterios de inclusión y de evaluación. Se concluye que el nivel de escolaridad, ingresos, red social, homofobia internalizada y machismo destacan entre los predictores socioculturales; identidad sexual, autoeficacia, actitudes hacia el uso del preservativo y conocimiento sobre VIH/SIDA destacan entre los predictores psicológicos. **Palabras clave:** Homosexualidad, VIH, sexo anal, uso del condón.*

ABSTRACT

*The purpose of this paper was to review systematically the predictors of sexual risk behavior for HIV/AIDS of men who have sex with men. It was searched articles within 12 electronic databases. It was used 11 keywords combinations according to Medical Subject Headings. The Critical Appraisal Skills Program in Spanish was followed to select the studies included in the analysis. Ten of 309 correlational researches met the selection criteria, and evaluation criteria. It is concluded that education level, income, internalized homophobia, social network and machismo highlighted among socio-cultural predictors; and sexual identity, self-efficacy, attitudes towards condom use and knowledge about HIV/AIDS highlighted among psychological predictors. **Key words:** Homosexuality, HIV, anal sex, condom use.*

Agradecimiento: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

* Correspondencia e-mail: cavamontero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario. En las etapas más avanzadas de la infección surge el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que tiene serias repercusiones en la salud de los individuos al aparecer las infecciones oportunistas. El VIH es un problema de salud pública, ya que viven más de 35.3 millones de personas en el mundo con esta infección¹. El VIH se transmite principalmente por relaciones sexuales anales, vaginales y orales sin protección (sin uso del condón) con una persona infectada, aumentando considerablemente el riesgo de infección de VIH con el mayor número de parejas sexuales². Las relaciones sexuales anales sin protección son el tipo de sexo que mayor riesgo conlleva de infección de VIH, debido a que pueden causar cortes o laceraciones en el recto y el virus puede entrar con mayor facilidad. En los hombres con preferencias sexuales hacia su mismo sexo o ambos, se dan más las relaciones sexuales anales en relaciones casuales sin protección, lo que constituyen las situaciones de mayor riesgo³.

Existen múltiples términos con los que se les mencionan a los hombres con orientación sexual hacia su mismo sexo o ambos, tales como homosexuales, *gays* y bisexuales; sin embargo, se ha establecido el término de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) para referirse a todos los hombres que muestran tal conducta, sin importar su identidad sexual, y para evitar connotaciones homofóbicas o discriminatorias⁴.

Los HSH son uno de los grupos que tienen mayor vulnerabilidad para infectarse de VIH. Diversos estudios han demostrado que este tipo de población realiza conductas sexuales riesgosas, tales como tener sexo oral, vaginal y anal sin condón, tener múltiples parejas sexuales, uso inconsistente del condón y consumo de alcohol o drogas previo a encuentros sexuales⁵⁻⁷.

Read, Hocking, Sinnott y Hellard (2007)⁸ encontraron que los hombres que tienen relaciones anales receptivas sin condón con parejas casuales tienen mayores probabilidades de contraer el VIH, comparados con los que no son receptivos y usan el condón. Las relaciones sexuales anales sin uso del condón son uno de los factores de riesgos más importantes para infectarse de VIH.

La Organización Panamericana de la Salud⁹ señala que existen factores personales, ambientales, sociales y económicos que determinan el estado de salud de los HSH. La OPS realizó una clasificación de los determinantes de salud de los HSH en biológicos, no biológicos, diseño de sistemas de atención médica y funcionamiento del sistema de cuidado de la salud.

Se ha encontrado que los determinantes no biológicos en los HSH, tales como los valores culturales, discriminación, exclusión social, pobreza, homofobia y hostigamiento en lugares públicos, llevan a este grupo de población a realizar comportamientos sexuales de riesgo^{10,11}.

Asimismo, entre los factores no biológicos de carácter psicológico, están los contemplados por el modelo de creencias de salud¹² la Teoría de la Acción Razonada y por su posterior reformulación en la Teoría de la Conducta Planeada¹³. Los modelos de creencias de salud pusieron el acento en aspectos cognitivos de valoración de obstáculos y beneficios que inhiben o facilitan las conductas promotoras y perjudiciales para la salud¹². Estas ideas fueron retomadas en un modelo más amplio por Fishbein y Ajzen (2010)¹³.

Ajzen (2005)¹⁴ menciona que las personas crean y desarrollan percepciones acerca de su propia capacidad. Estas autopercepciones se convierten en los medios por los cuales las personas siguen sus metas y controlan lo que son capaces de hacer. Las autopercepciones se supone que están en función de las creencias; en esta ocasión creencias acerca de la presencia o ausencia de condiciones

que facilitan o impiden la ejecución de la conducta. Estas creencias pueden estar basadas, en parte, en experiencias pasadas del individuo, pero, por lo general, se verán influidas por la información sobre el comportamiento, mediante la observación de las experiencias de conocidos y amigos.

En el estudio de los predictores de conductas sexuales de riesgo en HSH se ha mostrado la adecuación de teorías con variables psicosociales, como la teoría acción planeada¹⁵. No obstante, su potencia explicativa es limitada¹⁶. Usualmente los estudios de salud se centran en factores de riesgo y protección con fuentes teóricas diversas y variables de distinta naturaleza (biopsicosocial) para lograr una imagen más completa de las conductas o enfermedades, buscando maximizar el porcentaje de varianza explicada y alcanzar una imagen comprensiva en la que fundamentar las intervenciones. El planteamiento es empírico, pragmático y preocupado por las propiedades de confiabilidad, validez y eficacia de los instrumentos e intervenciones sin la restricción que impone la adherencia a modelos teóricos circunscritos y necesariamente limitados, como el de acción razonada.

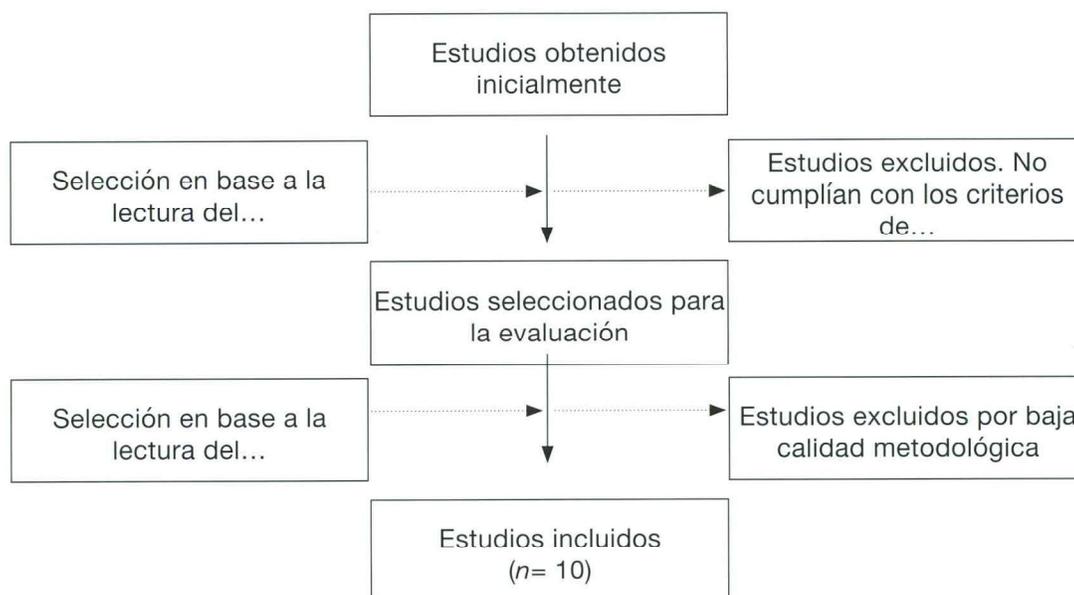
Más allá de la afirmación realizada por los expertos de la OPS (2010)⁹, basada en su experiencia y consenso dentro del grupo de trabajo, y de las conclusiones de estudios basados en teorías psicológicas, que tienen un alcance limitado, como la teoría de la acción razonada, el propósito del presente estudio es determinar los predictores socioculturales y psicológicos de la conducta sexual de riesgo para infectarse de VIH en HSH, realizando una revisión sistemática de los estudios publicados en revistas arbitradas y seleccionando aquellos que cumplan con criterios rigurosos de calidad científica. Esta información será de utilidad para plantear estudios y diseñar estrategias de prevención e intervención.

MÉTODOS

La presente revisión sistemática se realizó bajo el modelo de siete pasos propuesto por Cooper (2010)¹⁷. El modelo contempla: 1) la formulación del problema de la revisión, 2) búsqueda de la literatura, 3) reunir la información de los estudios, 4) evaluar la calidad de los estudios, 5) analizar e integrar los resultados de los estudios, 6) interpretar la evidencia, y 7) presentar los resultados.

En el paso 1 se estableció el propósito de la investigación en relación al análisis y búsqueda de la literatura para dar respuesta a un vacío de conocimiento: determinar los predictores socioculturales y psicológicos de la conducta sexual de riesgo para infectarse de VIH en HSH.

En el paso 2 se identificaron los estudios que abordaban los predictores de la conducta sexual de riesgo para infectarse de VIH en HSH. Se consideró como conducta sexual de riesgo: el coito vaginal o anal insertivo o receptivo sin uso del condón, sexo oral sin uso del condón y número de parejas sexuales. Se incluyeron todos los artículos que contemplaran al menos una variable predictora sociocultural o psicológica, al menos una variable predicha de conducta sexual y fecha de publicación posterior a 1999. Se excluyeron todos los artículos que incluyeran a participantes con estado serológico de VIH positivo, debido a que la revisión se centró en los hombres que están en riesgo de infección. La búsqueda se realizó en 12 bases de datos electrónicas: Academic Search Complete, CINAHL, MEDLINE, SocINDEX, Fuente Académica Premier, Medic Latina, OVID, Annual Reviews, Dialnet, PsycArticles, Elsevier, Springer, y se examinaron las listas de referencias de los artículos encontrados para búsquedas adicionales. Se seleccionaron dichas bases de datos debido a que en ellas se encuentran artículos publicados en revistas indexadas con factor de impacto conocido ya que permiten el acceso al texto completo de los artículos (ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de los estudios

Asimismo, se realizó el plan de búsqueda de la literatura haciendo combinaciones de palabras clave en inglés de acuerdo al Medical Subject Headings: men sex with men, homosexuality, bisexuality, gay, transgender, sex behavior, sex orientation, sex activities, sexual partners, multiple partners, anal sex receptive, anal sex insertive, oral sex y predictor. A su vez, se hizo uso de los operadores booleanos “and” y “or” para las combinaciones entre las palabras claves. El periodo de búsqueda fue de 12 años, de 2000 a 2012, debido a que el fenómeno de estudio es relativamente nuevo. La búsqueda de los artículos se realizó en un lapso de dos meses.

En el paso 3 se realizó una guía de codificación para identificar las características generales de los estudios de investigación. A tal fin se elaboró una lista con algunos componentes importantes a considerar, por ejemplo; el número de identificación del estudio, el apellido del autor principal, el número de los autores de la investigación, año de publicación del estudio, tipo de estudio (artículo de revista, libro, tesis, artículo de conferencia),

organismo que realizó el estudio (universidad, centro de salud, gobierno), país donde se realizó el estudio. Considerando lo anteriormente señalado se seleccionaron los artículos de investigación que cubrieron los criterios de selección para realizar posteriormente la evaluación de la calidad de los estudios.

En el paso 4 se realizó la lectura crítica del texto completo de los artículos seleccionados, utilizando la guía CASPe (Critical Appraisal Skills Program, en español) para estudios de casos y controles (Institute of Health Sciences of Oxford University, 2008). Los 9 criterios de la guía Caspe se complementaron con 3 más: tamaño de la muestra mayor que 100 participantes, reporte de la confiabilidad y validez de los instrumentos y congruencia entre los objetivos y las pruebas estadísticas. En esta etapa se eliminaron algunos artículos por no cubrir los criterios de evaluación, como no presentar validez o confiabilidad de los instrumentos y mostrar poca congruencia de los análisis estadísticos con los objetivos propuestos (ver tabla 1 y figura 1).

Tabla 1. Criterios de evaluación de los estudios

Criterio	Respuestas		
¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Sí	No sé	No
¿Los participantes se reclutaron de la manera más adecuada?	Sí	No sé	No
¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Sí	No sé	No
¿Han tomado en cuenta los autores el efecto potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis?	Sí	No sé	No
¿Cuáles son los resultados de este estudio?			
¿Cuál es la precisión de los resultados?			
¿Te parecen creíbles los resultados?	Sí	No sé	No
¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	Sí	No sé	No
¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí	No sé	No
¿Presentan validez y confiabilidad de los instrumentos?	Sí	No sé	No
¿El tamaño de la muestra es 100 o mayor?	Sí	No sé	No
¿Existe congruencia entre los objetivos/hipótesis con las pruebas estadísticas?	Sí	No sé	No

En el paso 5 se realizó el análisis e integración de los resultados de los estudios seleccionados por su calidad metodológica. En el paso 6 se realizó la interpretación de los resultados de los estudios en forma de conclusiones, esto con relación a la evidencia de la literatura. En el paso 7 se llevó a cabo la presentación de los resultados de la revisión de manera sintetizada y clara para el lector.

RESULTADOS

Calidad de los estudios

En total fueron 10 estudios incluidos para la revisión, de 309 inicialmente en-

contrados (ver figura 1). El total de los artículos fueron rescatados de revistas científicas indexadas y con factor de impacto de 0.78 a 2.97. En la tabla 2 se presentan las características de los 10 artículos seleccionados para el análisis.

Se encontró que 7 estudios fueron realizados en Estados Unidos de América y el resto fueron realizados en Rusia, India y Corea. Asimismo, se halló que 2 investigaciones señalaron utilizar un modelo psicológico para su fundamento. La de Appleby et al. (2005)¹⁸ usó el Modelo de Creencias de Salud y la de Choi, Han, Hudes y Kegeles (2002)¹⁹ empleó la Teoría Cognitiva Social.

Tabla 2. Características de los 10 estudios correlacionales analizados

Autor y año	País	Muestra	Edad	Procedencia	Muestreo
Amirkhanian et al. (2009)	Rusia	156	19-65	Centro de salud	Aleatorio
Appleby et al. (2005)	EUA	339	18-41	Establecimientos comerciales	Incidental
Choi et al. (2002)	EUA	253	15-25	Eventos gays (bares)	MDE

Tabla 2. (Continuación)

Autor y año	País	Muestra	Edad	Procedencia	Muestreo
Jarama et al. (2005)	EUA	250	>18	Centros de salud Grupos de apoyo Centros inmigración Lugares de trabajo Reuniones públicas gays	Incidental
Kelly et al. (2010)	EUA	245	>18	Puntos de reuniones gays	MDE
Preston et al. (2004)	EUA	93	>18	Bares gays	Incidental
Ryan et al. (2009)	EUA	245	21-25	Organizaciones sociales que atienden a gays Bares gays	Incidental
Sohn & Cho (2012)	Corea	1070	20-59	Internet (páginas gays)	Incidental
Thomas et al. (2009)	India	186	>18	Centro de salud	Incidental
Warren et al. (2008)	EUA	253	15-22	Avenidas públicas	Incidental

MDE = Muestreo dirigido por entrevistados.

El estudio de Amirkhanian et al. (2009)²⁰ usó un muestreo aleatorio, utilizando lista de asistentes de la clínica donde se llevó a cabo el estudio. Los 2 estudios, los de Choi et al. (2002)¹⁹ y Kelly et al. (2010)²¹, utilizaron muestreo dirigido por entrevistados (MDE). Este método de muestreo es utilizado en poblaciones ocultas o de difícil acceso. Aleatoriamente se elige a los primeros participantes en varios lugares frecuentados por HSH. Estos primeros participantes invitan a otros HSH para participar en el estudio. Los 7 restantes estudios emplearon muestras incidentales reclutadas en lugares frecuentados por HSH.

En relación a la conducta sexual se encontró que solo un estudio, el de Appleby et al. (2005)¹⁸, evaluó el rol sexual (insertivo/receptivo) en sexo anal y pidió señalar el tipo de relación de pareja (estable o casual). En los demás estudios estas dos especificaciones importantes están ausentes.

Predictores de conductas sexuales de riesgo en HSH

Los predictores encontrados fueron clasificados en dos categorías: socioculturales y psicológicos. Las variables que hacen referencia a aspectos sociodemo-

gráficos, valores e ideologías colectivas, cultura e interacción social fueron clasificadas como socioculturales; las variables que hacen referencias a aspectos individuales de recursos cognitivos que median la conducta social de la persona fueron clasificadas como psicológicas. Las primeras variables acentúan lo colectivo-social y las segundas lo individual. Dentro de la primera categoría de predictores se distinguieron 3 subcategorías por su contenido: 1) nivel educativo e ingresos, 2) red de apoyo social, y 3) machismo y homofobia. La segunda categoría incluyó los estudios que abordaron predictores, como identidad sexual, autoeficacia para el uso del condón, actitudes positivas sobre sexo seguro y conocimiento sobre VIH/SIDA y sexo seguro.

Predictores socioculturales

La evidencia apoya que los predictores socioculturales se relacionan con la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en HSH. Los artículos seleccionados para la revisión con predictores socioculturales se resumen en la tabla 3. A continuación se detalla la información en relación a las 3 subcategorías distinguidas entre los predictores socioculturales:

Tabla 3. Predictores socioculturales de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en HSH

Autor/año	Predictor	Sexo anal sin condón	No. Parejas sexuales	Uso del condón
Amirkhanian et al. (2009)	Red social	+	+	
Appleby et al. (2005)	Educación	+		
	Ingresos	-		
Choi et al. (2002)	Red social	+		
	Educación	-		
Jarama et al. (2005)	Cultura	+	+	
	Red social		+	
	Homofobia internalizada	+		
Kelly et al. (2010)	Red social		+	
Preston et al. (2004)	Red social	+	+	+
Ryan, et al. (2009)	Red social	-		
Sohn & Cho (2012)	Educación			+
Thomas et al. (2009)	Educación	-		
Warren et al. (2008)	Cultura	+		
	Red social	-		

+: correlación lineal significativa y positiva, -: correlación lineal significativa y negativa.

1) En relación al nivel de educación e ingresos, se puede decir que el incremento del nivel de educación proporciona a los individuos mayor seguridad laboral y acceso a contratos con mejor remuneración y, por lo tanto, mejora las condiciones de vida de las personas. Se hipotetiza que estas personas con mayor calidad de vida incurran menos en prácticas sexuales de riesgo. Conforme con esta hipótesis, 3 estudios realizados en Estados Unidos de América, India y Corea demostraron que los HSH con un nivel educativo bajo tienen mayor probabilidad de tener sexo anal sin condón²²⁻²⁴. Appleby et al. (2005)¹⁸, al evaluar el tipo de pareja (estable o casual) y el rol sexual (insertivo o receptivo), encontraron que mayor nivel educativo se asocia con mayor frecuencia de sexo anal receptivo sin condón con pareja estable, y que un menor ingreso socioeconómico se asocia con mayor frecuencia de sexo anal receptivo sin condón con pareja casual. Al constituir el sexo anal receptivo

sin protección con una pareja casual, un mayor riesgo de infección de VIH frente a una pareja estable, los resultados de este estudio son concordantes con la hipótesis y los resultados de los otros tres estudios, sobre todo considerando que en la hipótesis y en estos tres estudios previos están ausentes las especificaciones de tipo de pareja y rol sexual.

2) Referente a la red social se encontró que predice los comportamientos sexuales de riesgo en los HSH; sin embargo, se hallaron algunas diferencias en cuanto a la estructura de la red social. La familia es un componente importante de la red social de los HSH y se ha demostrado que la familia ha tenido influencia en la conducta sexual en los HSH. Con respecto a ello, se encontraron tres artículos que mostraron relación entre la red social familiar y la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA. Preston et al. (2004)⁶ encontraron que las familias que tenían actitudes más tolerantes en relación a la preferencia sexual

tenían más probabilidad de modificar las conductas sexuales de riesgo en comparación con los hombres que no contaban con el apoyo familiar. De forma afín, Ryan, Huebner y Sánchez (2009)¹¹ y Warren et al. (2008)²⁵ demostraron que los HSH que reportaron mayores niveles de rechazo familiar tenían mayor probabilidad de tener relaciones sexuales anales sin condón.

Otro componente importante en la red social son los amigos. Un estudio reportó que los HSH que tenían mayor comunicación con los amigos en relación con temas de SIDA tenían mayor número de relaciones sexuales anales sin condón y mayor número de parejas sexuales²⁰. A su vez, dos estudios encontraron que los HSH que forman parte de una organización gay o son líderes de un grupo tenían un mayor número de parejas sexuales^{21,22}.

3) En relación con la cultura, el machismo es un sistema ideológico que proclama la superioridad del hombre sobre la mujer, tradicionalmente rechazando la homosexualidad. Dos estudios realizados en Estados Unidos de América con HSH latinos encontraron que las actitudes machistas se relacionaron con mayor número de parejas sexuales y sexo anal sin protección^{22,25}.

A la hora de buscar atención médica por algún padecimiento o ansiedad de salud al incurrir en conductas sexuales de riesgo, aparecen los prestadores de salud como figuras cargadas de autoridad en una sociedad con una actitud tradicionalmente homofóbica. Preston et al. (2004)⁶, en un estudio realizado en Estados Unidos de América, encontraron que los HSH que percibían una actitud de mayor rechazo hacia su preferencia sexual (homofobia) en los prestadores de salud tenían menor frecuencia de coito anal sin condón y número de parejas sexuales.

La homofobia internalizada es un proceso psicológico donde los valores, actitudes y creencias culturales de rechazo hacia la homosexualidad están integrados en el funcionamiento cognitivo de individuos con conductas homosexuales. La homofobia

internalizada dificulta el establecimiento de una identidad no heterosexual. Se encontró solo un artículo que evaluara la homofobia internalizada y la relación con la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA. Jarama et al. (2005)²² demostraron que las probabilidades de tener relaciones sexuales anales sin condón son mayores si los individuos presentan mayor homofobia internalizada.

Predictores psicológicos

También los predictores psicológicos se relacionan con la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en HSH. Los artículos seleccionados para la revisión con predictores psicológicos se resumen en la tabla 4. A continuación se detalla la información en relación a las 4 subcategorías distinguidas:

1) El desarrollo de una identidad no heterosexual es un proceso complejo y a menudo difícil de abordar en el que intervienen aspectos de deseo, valores, actitudes y situaciones interpersonales. Para la presente revisión se encontraron que solo dos estudios señalaron la orientación sexual de sus participantes^{19,23}. Estos dos estudios demostraron que una identidad gay o bisexual predice menor frecuencia de uso del condón y mayor frecuencia de coito anal sin condón. Jarama et al. (2005)²² hallaron que los hombres con mayor deseo homosexual incurren con más frecuencia en prácticas sexuales de riesgo (ver Tabla 4).

2) La autoeficacia es un predictor de cambio de conducta y se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su capacidad y esfuerzo necesario para realizar una acción o una tarea con habilidad. En la presente revisión se encontraron cuatro estudios que mostraron congruentemente que una mayor autoeficacia para usar el condón en los HSH se asocia con menor frecuencia de sexo anal sin condón y menor número de parejas sexuales^{19,20,23,24}; también, en otro estudio, se encontró que mayor autoeficacia se asocia

Tabla 4. Predictores psicológicos de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en HSH

Autor/año	Predictor	Sexo anal sin condón	No. parejas sexuales	Uso del condón
Choi et al. (2002)	Identidad sexual	s		
Amirkhanian et al. (2009)	Autoeficacia actitudes	- -	-	
Jarama et al. (2005)	Conocimiento		-	
Kelly et al. (2010)	Autoeficacia		-	+
Sohn & Cho (2012)	Autoeficacia	-		+
	Identidad sexual Conocimientos			s +
Thomas et al. (2009)	Autoeficacia	-		

+: correlación lineal significativa y positiva, -: correlación lineal significativa y negativa, s = asociación significativa.

con menor frecuencia de sexo anal sin condón²⁴.

3) Las actitudes positivas en relación al sexo seguro permiten al individuo integrarse y realizar comportamientos sexuales más seguros. De los 10 estudios solo uno contempló la actitud hacia el sexo seguro. Esta investigación confirmó la hipótesis de que las actitudes positivas hacia el sexo seguro se relacionan con tener menor frecuencia de sexo anal sin condón²⁰.

4) En relación a los conocimientos sobre VIH/SIDA y sexo seguro, se puede decir que las personas que cuenten con alto conocimiento en relación a ello proporcionan bases considerables para tomar decisiones sexuales protegidas. Se encontraron dos estudios que mostraron relación significativa con la conducta sexual. Uno de los estudios demostró que mayores conocimientos en relación al VIH/SIDA se asocian con menor número de parejas sexuales⁽²²⁾ y el otro estudio mostró que estos mayores conocimientos se asocian con mayor probabilidad de usar el condón²³.

DISCUSIÓN

Calidad de los estudios

La presente revisión sistemática tuvo el propósito de determinar los predictores

socioculturales y psicológicos de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA. Se encontró un número limitado de investigaciones publicadas en revistas arbitradas en relación a los predictores socioculturales y psicológicos y la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA. A pesar de que los estudios fueron con muestras mayores de 100 participantes, se pudo apreciar diferencias con las edades de los participantes. Solo dos estudios se enfocaron a adolescentes y adultos jóvenes^{19,25}, siete estudios consideraban a HSH en etapas de adulto joven o de mediana edad y uno incluyó un rango de edad muy amplio, de adultos jóvenes a adultos mayores²⁰. Estas diferencias en las edades de los participantes pudieron afectar a los resultados, debido a que en la etapa de adolescencia e inicio de la edad adulta se presentan mayores cambios en relación con la orientación sexual y se dan con más frecuencia los comportamientos sexuales de riesgo²⁶.

Es importante también mencionar que existieron algunas diferencias de los estudios en cuanto a la medición de conducta sexual. Algunos estudios evaluaban solo sexo anal sin condón, sin especificar el rol sexual de los participantes (insertivo o receptivo), así como tampoco no se consideraba el tipo de pareja sexual,

ya sea hombre o mujer, para el caso de los hombres que no se identifican como homosexuales. Solo un estudio consideró importante incluir en la medición de conducta sexual si la pareja era femenina o masculina²². Es probable que esta variabilidad en evaluación en relación a la conducta sexual dé resultados ambiguos o poco concluyentes, al faltar mayor especificidad o precisión.

Por otra parte, se encontraron dos estudios que se apoyaron en modelos psicológicos tales como el modelo de creencias de salud y la teoría cognitiva social. Este hecho es relevante ya que existe una gran cantidad de estudios de investigación que no cuentan con aporte teórico y esto dificulta la conceptualización de las variables y el entendimiento del mismo. Sin embargo, en base a la complejidad del fenómeno estudiado, sería importante considerar modelos más amplios que incluyan aspectos biológicos, psicológico, socioculturales y cognoscitivos, como el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender²⁷.

En relación al tipo de muestreo de los estudios revisados, se encontró que solo un estudio utilizó muestreo probabilístico (Amirkhanian et al., 2009). Dos estudios hicieron uso de la técnica de muestreo dirigido por entrevistados (MDE)^{19,21}. El muestreo MDE permite el acceso a poblaciones ocultas hacia las que existe discriminación y rechazo social, por lo que es recomendado en el estudio de HSH²⁸. En los demás casos se usó muestreo incidental en lugares frecuentados por HSH. Así, los tres primeros estudios fueron los más rigurosos en aspecto de muestreo frente a los otros 7 estudios, los cuales pudieron incurrir más en sesgos relacionados con variables extrañas que atraen a los HSH a esos lugares (baños sauna, bares, grupo de autoayuda, etc.).

Predictores socioculturales

Entre las variables socioculturales predictores de conductas sexuales de riesgo se destacó el apoyo social. Principalmente

se encontró que una red social reducida con poco apoyo social es un predictor fuerte para involucrarse en relaciones sexuales sin protección. Antezana (2007)²⁹ define a la red social como las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. El apoyo social de los individuos permite mantener su identidad social, recibir apoyo emocional, de servicios e información y adquirir nuevas relaciones sociales. Es por ello que a partir de la red se obtiene el apoyo social. La familia es claramente un factor protector de conductas sexuales de riesgo. Una mayor interacción dentro de la comunidad gay se asocia con mayor número de parejas sexuales, probablemente por las oportunidades de conocer más parejas y la desinhibición del ambiente.

A su vez, los estudios demostraron que los HSH con nivel educativo e ingresos bajos tienen más probabilidad de incurrir en conductas sexuales riesgosas. Esto puede deberse a que los HSH tienen poco acceso a información en relación a las infecciones de transmisión sexual, específicamente el VIH/SIDA, y a los servicios de salud.

Al hacer la especificación de rol sexual y tipo de relación, parece que los HSH con más escolaridad optan por el sexo no protegido con una pareja estable, probablemente guiados por valores hedonistas de maximizar el goce sexual y como expresión de confianza y amor. Si los HSH tienen mayor ingreso, lo cual está correlacionado con la escolaridad, parecen cuidarse más en las relaciones concurrentes de carácter causal, entre las cuales pudiesen encontrarse relaciones con sexo-servidores/as¹⁸. Por el contrario, los HSH con menos escolaridad se cuidan más con la pareja estable, pero si tienen bajos ingresos incurrir en más conductas sexuales de riesgo con parejas casuales¹⁸. Muy probablemente estas parejas causales procedan de sitios en los cuales se tienen encuentros anónimos, no se

intercambian palabras y no hay opción de negociar el sexo protegido, como en los baños públicos³⁰. Debe mencionarse que la tendencia general de los estudios es mostrar que menor escolaridad y menores ingresos económicos se asocian con más conductas sexuales de riesgo, como antes se mencionó.

Solo dos estudios incluyeron y encontraron que la cultura influye de manera negativa en los comportamientos sexuales en HSH^{22,25}. Cabe destacar que los dos estudios fueron en hombres de origen hispano. Estos estudios mostraron una relación negativa entre el uso de condón en el sexo anal y los aspectos culturales de machismo. Esto puede deberse a que la población mexicana está regida por normas sociales y valores culturales muy arraigados como lo es el machismo. Frago y Kashubeck (2000)³¹ señalan que el machismo es una expresión de inferioridad respecto a las mujeres, el machismo es un tipo de violencia que discrimina a las mujeres y a los hombres homosexuales. Se puede decir que los HSH que tienen valores culturales arraigados, como lo es el machismo, tienden a ocultar su preferencia sexual e incluso a tener odio y rechazo a los hombres con esa identidad.

Predictores psicológicos

Esta revisión encontró que los predictores psicológicos de autoeficacia para el uso del condón, actitudes positivas hacia sexo seguro y mayores conocimientos se asociaban con ser menos propensos a realizar conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA¹⁹⁻²⁴, que son las variables sobre las cuales inciden más los programas educativos de prevención³².

Asimismo, se encontró que una proporción pequeña de estudios reportaban una relación significativa entre la identidad no heterosexual y conductas sexuales de riesgo. Estos estudios se refieren a la identidad sexual como la forma de autodefinirse, ya sea como homosexuales, bisexuales, travestí, etc., sin embargo,

estos estudios no consideraron la atracción sexual. Algunos individuos se pueden definir o identificar como heterosexuales, pero mostrar un fuerte deseo homosexual y tener alta frecuencia de fantasías homosexuales. El papel mediador de la homofobia internalizada, el machismo, la fuerza del deseo homosexual y la identidad juegan un papel complejo insuficientemente estudiado que se reflejará en las conductas sexuales de riesgo.

CONCLUSIONES

Las publicaciones de estudios en relación a los predictores socioculturales y psicológicos y las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en HSH continúan siendo poco abordados y con frecuencia presentados con falta de claridad en sus conceptos. Las investigaciones con frecuencia incluyen algunos de los predictores psicológicos tales como la autoeficacia para el uso del condón, actitudes positivas para sexo seguro y comunicación en relación al VIH/SIDA y sexo seguro. Estas variables se han considerado como factores protectores para la conducta sexual de los HSH, sin embargo, es importante considerar que existen otros factores que pudieran estar interviniendo y sería interesante indagar con mayor profundidad en esas variables, por ejemplo la identidad sexual y atracción sexual.

Los predictores socioculturales mostraron relación con la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA. Es importante señalar que algunos de los predictores socioculturales son considerados como factores de protección y algunos otros como factores de riesgo. El apoyo familiar se mostró como un factor de protección, sin embargo, niveles bajos de ingresos y educación y altos niveles de homofobia y machismo se mostraron como factores de riesgo.

En cuanto a la metodología, se puede decir que fue útil para realizar la presente revisión sistemática, sin embargo, se limitó a utilizar algunas bases de datos de

las cuales se podían tener acceso a texto completo para su evaluación. Una limitante fue que no se buscaron los artículos de investigación que estuvieran guiados por un marco teórico concreto, por ejemplo modelos psicológicos como la Teoría de Acción Razonada, Teoría Cognitiva Social, entre otras.

Para futuras investigaciones se sugiere continuar realizando estudios sobre la identidad sexual y atracción sexual, para lograr una mejor comprensión de los conceptos. Se propone utilizar modelos que consideren aspectos psicológicos y del medio ambiente, como por ejemplo el Modelo Ecológico. A través de estos modelos se pretende lograr una mayor explicación de las variables que interactúan y se asocian con la conducta sexual de los HSH. Se recomienda utilizar instrumentos de conducta sexual en HSH más completos, que incluyan los roles sexuales, si la pareja es femenina o masculina, y el tipo de relación de pareja (estable o casual).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 World Health Organization (WHO, 2013). The global HIV/AIDS epidemic. Available via: http://kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-global-hiv-aids-epidemic/#endnote_link_UNAIDSGlobalReport
- 2 Guzmán I, Vega E & Rodríguez M (2008). Assessment of knowledge about occupational transmission of HIV/AIDS in nursing staff in a tertiary level hospital. *Medwave*, 8(7), e559. doi: 10.5867/medwave.2008.07.559
- 3 Mustanski B, Newcomb M, Du Bois S, García S & Grov C. HIV in young men who have sex with men: A review of epidemiology, risk, and protector factors, and interventions. *Journal Sex Research*, 2001; 48 (2-3): 218-253.
- 4 Isacco A, Yallum N & Chromik L. A review of gay men's health: Challenges, strengths, and interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2012; 1(6): 45-62. doi:10.1177/1559827611402580
- 5 Akin M, Fernández M, Bowen G & Warren J. HIV risk behaviors of Latin American and Caribbean men who have sex with men in Miami, Florida, USA. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008; 23(5): 341-348. doi:10.1590/S1020-49892008000500006
- 6 Preston D, D'augelli AR, Kassab CD, Cain RE, Schulze FW & Starks MT. The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 2004; 16(4): 291-303 doi:10.1521/aeap.16.4.291.40401
- 7 Ross MW, Rosser B & Neumaier ER. The relationship of internalized homonegativity to unsafe sexual behavior in Hiv-Seropositive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 2008; 20(6): 547-557. doi:10.1521/aeap.2008.20.6.547
- 8 Read T, Hocking J, Sinnott V & Hellard M. Risk factors for incident HIV infection in men having sex with men: a case-control study. *Sexual Health*, 2007; 4(1): 35-39. doi:10.1071/SH06043
- 9 Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010). Proyecto para la provisión de cuidado integral a HSH en América Latina y el Caribe [Project for providing comprehensive care to MSM in Latin America and the Caribbean]. Available via: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20SPANISH.pdf>
- 10 Bravo M. Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México [Attitude towards sexual diversity among health care providers in city of Taxco, Guerrero, Mexico]. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. 2009; 15 (1): 71-85.
- 11 Ryan C, Huebner D, Díaz R & Sánchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 2009; 123(1): 346-352. doi:10.1542/peds.2007-3524
- 12 Glanz K, Rimer BK & Lewis FM. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. 2002. San Francisco: Wiley & Sons.
- 13 Fishbein M & Ajzen I. *Predicting and changing behavior: The reasoned action*

- approach. 2010. New York: Psychology Press.
- 14 Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior 2005 (2nd. ed.). Milton-Keynes, England: Open University Press/McGraw-Hill.
 - 15 Martín M, Martínez J & Rojas D. Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales [Theory of planned behavior and risky sexual behavior in homosexual men]. Pan American Journal of Public Health, 2011; 29 (6): 433-443.
 - 16 Gu JJ, Lau JF & Tsui HH. Psychological factors in association with uptake of voluntary counselling and testing for HIV among men who have sex with men in Hong Kong. Public Health. 2011; 125(5): 275-282. doi:10.1016/j.puhe.2011.01.010
 - 17 Cooper H. Research synthesis and meta-analysis 2010; (4th ed.). Thousand, Oaks: Sage Publications, Inc. doi:10.4135/9781483348858.n11
 - 18 Appleby P, Marks G, Ayala A, Miller L, Murphy S & Mansergh G. Consideration of future consequences and unprotected anal intercourse among men who have sex with men. Journal of Homosexuality, 2005; 50(1): 119-133. doi:10.1300/J082v50n01_06
 - 19 Choi K, Han C, Hudes E & Kegeles S. Unprotected sex and associated risk factors among young Asian and Pacific Islander men who have sex with men. AIDS Education and Prevention. 2002; 14(6): 472-481. doi:10.1521/aeap.14.8.472.24114
 - 20 Amirkhanian Y, Kelly J, Takacs J, Kuznetsova A, DiFranceisco W, Mocsonaki L & Toth T. HIV/STD prevalence, risk behavior, and substance use patterns and predictors in Russian and Hungarian sociocentric social networks of men who have sex with men. AIDS Education and Prevention. 2009; 21(3): 266-279. doi:10.1521/aeap.2009.21.3.266
 - 21 Kelly JA, Amirkhanian YA, Seal DW, Galletly CM, DiFranceisco W, Glasman LR & Rosado N. Levels and predictors of sexual HIV risk in social networks of men who have sex with men in the Midwest. AIDS Education and Prevention. 2010; 22(6): 483-495. doi:10.1521/aeap.2010.22.6.483
 - 22 Jarama S, Kennamer J, Poppen P, Hendricks M & Bradford J. Psychosocial, behavioral, and cultural predictors of sexual risk for HIV infection among Latino men who have sex with men. AIDS and Behavior. 2005; 9 (4): 513-523.
 - 23 Sohn A & Cho B. Knowledge, attitudes, and sexual behaviors in HIV/AIDS and predictors affecting condom use among men who have sex with men in South Korea. Osong Public Health and Research Perspectives. 2012; 3(3): 156-164. doi:10.1016/j.phrp.2012.07.001
 - 24 Thomas B, Mimiaga M, Menon S, Chandrasekaran V, Murugesan P, Swaminathan S & Safren S. Unseen and unheard: predictors of sexual risk behavior and HIV infection among men who have sex with men in Chennai, India. AIDS Education and Prevention. 2009; 21(4): 372-383. doi:10.1521/aeap.2009.21.4.372
 - 25 Warren J, Fernández M, Harper G, Hidalgo M, Jamil O & Torres R. Predictors of unprotected sex among young sexually active African American, Hispanic, and White MSM: the importance of ethnicity and culture. AIDS and Behavior. 2008; 12(3): 459-468. doi:10.1007/s10461-007-9291-y
 - 26 Frankowski LB. Sexual orientation and adolescents. Pediatrics. 2004; 113(6), 1827-1832. doi:10.1542/peds.113.6.1827
 - 27 Pender Murdaugh y Parsons NJ. Health Promotion Model Manual. 2011 Recuperado de http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1
 - 28 Estrada J & Vargas L. El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: Su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres [Respondent-driven sampling (RDS) to access populations in vulnerable to HIV: Its application in groups of men who have sex with men]. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2010; 28 (3): 266-281.
 - 29 Antezana M. Hosexualidad, familia y apoyo social [Homosexuality, family and social support]. Gaceta Médica Boliviana. 2007; 30 (1): 30-35.

Investigación

Valdez C, Moral J, Benavides R, Onofre D.

- ³⁰ Elwood WN, Greene K & Carter KK. Gentlemen don't speak: communication norms and condom use in bathhouses. *Journal of Applied Communication Research*. 2003; 31(4): 277-297. doi:10.1080/1369681032000132564
- ³¹ Fragoso JM & Kashubeck S. Machismo, gender role conflict, and mental health in Mexican American men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2000; 1(2): 87-97. doi: 10.1037/1524-9220.1.2.87
- ³² Wilton L, Herbst JH, Coury-Doniger P, Painter TM, English G, Álvarez ME, Scahill M, Roberson MA, Lucas B, Johnson WD & Carey JW. Efficacy of an HIV/STI Prevention Intervention for Black Men Who Have Sex with Men: Findings from the Many Men, Many Voices (3MV) Project. *AIDS and Behavior*. 2009; 13(3): 532-544. doi:10.1007/s10461-009-9529-y