

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**VIVENCIA HOMOFÓBICA Y SU RELACIÓN CON LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE
INFECCIÓN POR EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN MÉXICO**

JUAN CARLOS MENDOZA PÉREZ

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA

GENERACIÓN 2008-2010

DIRECTORA DE TESIS: CECILIA GAYET

ASESORA: BETTY MANRIQUE

ASESOR: MIGUEL SANCHEZ

NOVIEMBRE DEL 2011

CUERNAVACA, MORELOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGÍA	7
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	14
LIMITACIONES	18
LITERATURA CITADA	26

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha afectado a muchos mexicanos a lo largo de casi tres décadas desde que se diagnosticó por primera vez en el país. Desde sus inicios hasta el año 2010 se han acumulado 144,127 personas notificadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)⁽¹⁾. Se sabe que ha habido grandes avances a lo largo de los años, tanto respecto a la atención como a la prevención, por ejemplo la desaparición de la transmisión por vía sanguínea y la oferta de acceso gratuito al tratamiento. De ello se han aprendido lecciones al transcurrir los años; por ejemplo, ha quedado en evidencia que el VIH afecta en mayor medida en México a poblaciones específicas en situación de vulnerabilidad (entendiéndose ésta última como aquellos factores económicos, socioculturales, políticos e individuales que impiden o limitan a una persona, su respuesta a la prevención o a la atención de una infección por VIH⁽²⁾); y que al mejorar el acceso a los servicios de salud y la protección de los derechos humanos, se favorece la salud de dichos grupos⁽³⁾. Se ha considerado que la discriminación por orientación sexual es un factor de vulnerabilidad para la población homosexual, que los aleja de los servicios de salud⁽⁴⁾.

A nivel mundial, en el año 2009, había en todo el mundo 33.3 millones de personas que vivían con el VIH⁽⁵⁾. En el año 2008, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que en América Latina había 2 millones de personas con VIH, con una prevalencia regional del VIH del 0.6%. La región se caracterizó por ser una epidemia de bajo nivel y concentrada principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁽⁶⁾.

En México la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, se estimó en 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser personas con VIH en nuestro país. A pesar de que la transmisión heterosexual ha tomado relevancia epidemiológica, los HSH representan el 60% de la población de adultos con VIH⁽⁷⁾.

Aún cuando se reconoce que es difícil identificar el origen de la infección⁽⁸⁾ y que puede haber sesgos en la categorización realizada por el médico en la consulta, para el año 2010, en hombres jóvenes de 15 a 29 años se afirma que el 96.1% de

los casos de SIDA se encuentran en la categoría de transmisión sexual, los cuales se dividen en hombres homosexuales 36.6%, bisexuales 22.2% y heterosexuales 37.4%⁽⁹⁾. En hombres adultos de 30 años o más, el 96.7% de los casos es por vía de transmisión sexual y se encuentra distribuido en hombres homosexuales 30.2%, bisexuales 23.2% y heterosexuales 22.9%⁽¹⁰⁾.

Una medida más precisa que la clasificación de casos de sida es la prevalencia de VIH en la población de HSH. Se han realizado algunas encuestas en distintas ciudades de México para estimar esta prevalencia, encontrándose una prevalencia del 13.8% en Guadalajara, Jalisco en el año 2003⁽¹¹⁾; 9.3% en Acapulco, Guerrero, en el año 2005; 10.8% en Monterrey, Nuevo León en el año 2005; 10.5% en Nezahualcóyotl, Estado de México, en el año 2005 y 8.9% en Tampico, Tamaulipas en el año 2006⁽¹²⁾. En la ciudad de Mexicali se ha encontrado una prevalencia del 10% en un estudio realizado entre el 2003 y el 2005⁽¹³⁾, en tanto que en Tijuana se encontró una prevalencia en el año 2001 del 20.5%, en una muestra de HSH donde el 41% reportó inyectarse drogas⁽¹⁴⁾.

Las relaciones sexuales son la principal vía de transmisión del VIH entre los HSH, siendo la penetración anal una práctica frecuente entre ellos. Otras prácticas sexuales que realizan habitualmente son el sexo oral, la eyaculación en cualquier superficie de la piel y la masturbación. Desde una perspectiva biológica, los tejidos del recto tienden a presentar lesiones con facilidad y por ende se incrementa la posibilidad de adquirir el VIH al tener contacto sexual sin el uso del condón, con una persona con este virus⁽¹⁵⁾. En relación al sexo oral con una persona con VIH, se ha reportado que se incrementa el riesgo de adquirir la infección mediante tres factores: eyaculación en boca, inmunosupresión y lesiones en boca del receptor, aunque el riesgo de transmisión por esta vía es reducido, encontrándose riesgos relativos de 0.95 a 1.5 ^(16;17).

El condón es una funda fina elástica de látex que es usada para cubrir el pene durante una relación sexual. Cuando es usado de forma correcta y en todas las relaciones sexuales, es un mecanismo efectivo en la prevención de la infección del VIH⁽¹⁸⁾, por lo que el uso inconsistente del condón puede conllevar a una infección por el VIH^(19;20). Diversos estudios han reportado que el porcentaje de efectividad del condón en la protección de la transmisión del VIH es de aproximadamente del

80 al 95%⁽²¹⁻²³⁾, sin embargo, no existe otro método con mayor protección que la que éste proporciona. La mayoría de los estudios son de tipo observacional por lo que los resultados se encuentran basados en los reportes de los usuarios, presentando posiblemente sesgos de información⁽²¹⁾.

Teniendo en cuenta que la población HSH es la mayormente afectada en el país⁽²⁴⁾, se han realizado estudios que exploran los factores que favorecen tener comportamientos de riesgo de adquirir el VIH. Investigaciones desarrolladas en esta población han indagado factores asociados con el uso inconsistente del condón encontrando que a menor edad⁽²⁵⁾ y menor nivel socioeconómico⁽²⁵⁻²⁷⁾ se reportaba menor uso de condón. Un mayor uso del uso de condón se daba en personas que reportaban mayor escolaridad⁽²⁸⁾, percepción del riesgo de adquirir el VIH⁽²⁸⁾ y mayor conocimiento acerca del VIH^(29;30). El tipo de pareja sexual estaba ligado con el uso de condón, siendo mayor con parejas ocasionales y menor con parejas no ocasionales⁽³¹⁾.

Otro de los factores que se ha relacionado con los comportamientos de riesgo de adquirir el VIH es la vivencia de haber sido discriminado por homofobia, llamada también vivencia homofóbica. Ésta se define como la percepción de haber sufrido la discriminación o el haber recibido una actitud negativa de otros, por asumir una orientación sexual no heterosexual. También, el temor de ser discriminado por esta razón. Es decir, las vivencias de las personas que han experimentado rechazo a causa de no compartir la normatividad sexual que postula al comportamiento heterosexual como el único válido^(26;28;32-35).

Para explicar la relación de la vivencia homofóbica con los comportamientos de riesgo para el VIH, es necesario entender el contexto en la que ésta se origina y la posible forma en que llega a afectar al individuo (Figura 1). El sistema de género es el simbolismo del cuerpo sexuado y las formas en las que éste es usado en la sociedad. En él, se encuentran las directrices del comportamiento de acuerdo al género, representado por los estereotipos de género (esperándose sean de acuerdo al sexo definido a cada persona, masculino o femenino), y la justificación de la opresión hacia las personas que salen fuera de sus normas⁽³⁶⁾. Una de las ideologías principales del sistema de género, es el heterosexismo. Éste se refiere a los sistemas que proveen la racionalización y las instrucciones para operar la

apatía hacia las personas que no son heterosexuales⁽³⁷⁾. Debido a que los HSH transgreden los estereotipos de género presentando conductas no heterosexuales, experimentan discriminación, que los lleva a tener vivencias homofóbicas^(36;37).

Por otro lado, la vulnerabilidad involucra la conjunción de tres aspectos: 1) la trayectoria de la persona (ciclo de vida, edad, identidad social), 2) la interacción (características de las parejas como edad, estado serológico, escenario de la interacción, etc) y 3) el contexto (sistema de normas colectivas, instituciones, inequidad, etc)⁽²⁾.

Es entonces que la vivencia de homofobia viene a ser parte del contexto de la vulnerabilidad. La interacción de las experiencias de cada persona acordes a su edad, sus proyectos de vida, su identidad, su estatus social, su estado serológico y ante todo las percepciones del uso del condón pueden ser influenciadas por el contexto en el que se lleva a cabo su interacción⁽²⁾. Sumando que el sistema colectivo de normas es negativo hacia los comportamientos no heterosexuales, y una trayectoria desfavorable, el resultado pudiera reflejar desde lo estructural: condiciones sociales adversas, niveles de pobreza, desigualdad en el acceso a la información sobre salud sexual o servicios de salud; y en lo individual: estrés, dificultades en las relaciones de pareja, daños a la salud mental como sentimientos de autorechazo, culpa, tristeza, aislamiento, depresión y conductas autodestructivas, que puedan terminar traducándose en comportamientos de riesgo para el VIH^(32;35;38-40).

El contexto sociocultural es un factor determinante en los individuos^(15;28;32;41). La falta de condiciones que favorezcan las habilidades para mantener prácticas sexuales seguras, en parte por falta de programas específicos en materia de VIH y de espacios amigables para el desarrollo de una vida sin discriminación, es un ejemplo de la vulnerabilidad de los HSH a causa del entorno social⁽⁴²⁾. Aunado a ello, el estigma asociado a la infección del VIH incrementa la vulnerabilidad, impidiendo que los programas preventivos y de atención para la infección sean efectivos entre la población^(42;43).

Estudios de tipo cualitativo^(28;32;33) y cuantitativo^(26;35;44) han reportado que la homofobia percibida por sus participantes estaba asociada a presentar

comportamientos de riesgo de VIH, como baja percepción de riesgo de adquirir VIH, sexo anal sin condón, no realizarse una prueba de detección del VIH y el incremento de número de parejas sexuales. También se ha afirmado que la discriminación por orientación sexual e identidad de género tiene consecuencias negativas en la salud sexual y física, y en los procesos de malestar mental (angustia, depresión, y otros), más allá del VIH⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Aún cuando se ha mostrado la importancia de la vivencia homofóbica para comprender los comportamientos de riesgo de VIH, en México no se han realizado estudios cuantitativos específicos sobre esta relación. Existen investigaciones que han indagado acerca de la homofobia internalizada, (cuando los individuos homosexuales aprenden desde edades muy tempranas significados y prejuicios negativos relacionados con la homosexualidad en sus entornos, aplicándolos para sí mismos al pasar el tiempo) y su relación con los factores de riesgo para el VIH^(48;49).

El conocer la asociación entre la vivencia homofóbica con comportamientos sexuales de riesgo, será un primer paso para incorporar elementos a una descripción cercana de la vivencia homofóbica en los HSH de México, alertar a los tomadores de decisión en materia de salud pública así como al personal de salud sobre la importancia de impulsar políticas y programas de prevención de VIH enfocados a la población en estudio, evitando comportamientos de discriminación por la orientación sexual y por lo tanto disminuyendo factores de riesgo asociados al VIH. El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre la vivencia homofóbica y el uso del condón, en tanto comportamiento sexual de prevención del VIH, en hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, Acapulco, Tampico y Nezahualcóyotl.

METODOLOGÍA

Antecedentes del estudio

La presente investigación es un análisis secundario de la encuesta realizada en el marco del estudio titulado "*Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*". La encuesta fue desarrollada con la

colaboración conjunta entre la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) México, CENSIDA, *Family Health International (FHI)* y los programas estatales de VIH/SIDA de la Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Nuevo León y Tamaulipas. La encuesta fue realizada entre julio y octubre de 2005 en Acapulco, Monterrey y Nezahualcóyotl, y entre julio y septiembre de 2006 en Tampico⁽¹²⁾. El reclutamiento de participantes fue realizado mediante la técnica *Time Location Sampling*^(50;51) con una muestra de 1,111 personas pertenecientes a la categoría de hombres que tienen sexo con hombres, muestra que será utilizada para el presente análisis. Los participantes fueron entrevistados en sitios de reunión identificados tras la realización de un mapeo (sitios para bailar, bares, cines, sitios de calle, etc.). Se realizaron entrevistas cara a cara. El cuestionario recolectó la siguiente información: características sociodemográficas, prácticas de inyección y uso de drogas, conocimientos de VIH/SIDA, acceso a condones y a la prueba de VIH, comportamientos sexuales, estigma y discriminación. En todos los cuestionarios, el diseño de las preguntas se realizó tomando en cuenta los indicadores establecidos por *Family Health International* y por ONUSIDA⁽¹²⁾.

La muestra se conformó de la siguiente manera: 301 personas de Acapulco, 315 personas de Monterrey, 225 personas de Nezahualcóyotl y 270 personas de Tampico.

Descripción del estudio

Estudio observacional, transversal y analítico. La población de estudio fueron, hombres que hubieran mantenido prácticas sexuales con otro(s) hombre(s), ya sea sexo oral o anal, en los seis meses previos a la encuesta. Para el presente estudio fueron excluidos del análisis los menores de 18 años y aquellos que tuvieron en la última relación sexual a una pareja mujer. La muestra final fue de 1,100 sujetos. Los casos excluidos por no cumplir con el rango de edad fueron 3, y por haber tenido como última pareja sexual a una mujer fueron 8.

Definición de variables

Fueron clasificadas en: a) variable dependiente: uso de condón en la última relación sexual, b) variable independiente principal: vivencia homofóbica y c) variables independientes de control: edad, escolaridad, región de la encuesta,

lugar donde creció, conocimientos sobre el VIH, tipo de última pareja sexual y si vive con pareja sexual mujer.

Construcción de la variable dependiente:

La variable dependiente fue uso de condón en la última relación sexual con dos posibles respuestas: 1= usó condón y 0= no usó condón. Dicha variable fue construida a partir de un conjunto de preguntas de la encuesta. Se utilizó por una parte, el reporte del tipo de pareja en la última relación sexual y por otra parte, el uso de condón en la última relación con cada tipo de pareja del mismo sexo. Los tipos de pareja considerados en la encuesta fueron: 1) parejas comerciales masculinas, que incluían a las parejas masculinas a las que el entrevistado pagó por mantener prácticas sexuales, 2) parejas masculinas que le pagaron al entrevistado a cambio de tener relaciones sexuales, 3) parejas estables masculinas, consideradas como una persona con quien ha vivido o ha salido el entrevistado por 6 meses o más y con quien tiene relaciones sexuales y 4) otros compañeros sexuales no regulares, definidos como parejas masculinas ocasionales durante los últimos 6 meses que no reciben ni dan una remuneración económica. Por otra parte, la encuesta incluyó una pregunta sobre cuál fue el tipo de pareja de la última relación sexual. Fue necesario combinar estas preguntas para obtener el uso de condón en la última relación sexual.

Construcción de la variable independiente principal:

Para la construcción de la variable vivencia homofóbica fueron utilizadas las siguientes variables de la encuesta: 1) Al solicitar trabajo, ha sido rechazado por su orientación sexual, 2) fingió o dijo ser heterosexual en un trabajo, 3) fingió o dijo ser heterosexual cuando recibió servicios médicos, 4) tuvo temor de que en su expediente médico quedara registrada su práctica sexual, 5) fingió o dijo ser heterosexual en la escuela, 6) recibió rechazo, maltrato, agresión verbal o física en la escuela debido a su preferencia sexual, 7) alguien de la familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su orientación sexual. Tomando en cuenta las opciones del cuestionario fueron clasificadas de manera dicotómica con las opciones: a) no reportó el evento y b) sí reportó el evento.

Estas siete variables fueron utilizadas para determinar posibles grupos de HSH en relación a sus niveles de vivencia homofóbica. Para ello, fue utilizado el análisis de *cluster*⁽⁵²⁾. Para el presente análisis, fueron realizados los siguientes pasos: 1) selección de la muestra de datos (variables relacionadas a eventos de discriminación por orientación sexual), 2) selección y transformación de variables a utilizar (variables dicotómicas), 3) selección de concepto de distancia de las mismas (euclídea), 4) selección y aplicación del criterio de agrupación (método jerárquico de agrupación Ward) y 5) determinación de la estructura correcta (el número de grupos se determinó mediante el uso de dendrograma). Éste análisis, permitió identificar dos grupos de HSH de acuerdo a los niveles de vivencia homofóbica: uno relacionado con haber experimentado vivencia homofóbica y otro grupo que no experimentó la vivencia homofóbica.

Adicionalmente, fueron exploradas otras técnicas estadísticas de forma práctica, tales como alfa de Cronbach y análisis de componentes principales para variables categóricas, todas las técnicas dieron resultados en la misma tendencia (datos no mostrados).

Construcción de las variables independientes secundarias:

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y SUS OPCIONES DE RESPUESTA:

- a) Edad. Se agrupó en 1) 18-20 años, 2) 21-25 años, 3) 26-30 años y c) 31 años o más.
- b) Región de la encuesta. Se agrupó en 1) Centro –Acapulco y Nezahualcóyotl, y 2) Norte –Monterrey y Tampico.
- c) Lugar donde creció. Se agrupó en: 1) Rancho o pueblo y 2) Ciudad.
- d) Escolaridad. Se agrupó en 1) hasta algún nivel de secundaria, 2) algún nivel de bachillerato y 3) algún nivel de superior y más.

Las variables que indagaron conocimientos, percepciones, comportamiento sexual reciente y sus opciones de respuesta fueron las siguientes:

- a) Conocimientos sobre el VIH. Fue realizada una escala que mide el número de aciertos a las preguntas: ¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir

comida con alguien? (respuesta correcta: no), ¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más utilizó? (respuesta correcta: sí), ¿Puede una persona que se ve saludable estar infectada con VIH, el virus que causa el SIDA? (respuesta correcta: sí), ¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón de manera correcta? (respuesta correcta: sí) y ¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito? (respuesta correcta: no). La variable, se presenta en forma discreta, con valores de 0 (ningún acierto) hasta 5 (todas las respuestas correctas).

- b) Percepción de riesgo de adquirir el VIH: se agrupó en 1) bajo o ningún riesgo, 2) riesgo medio y 3) alto riesgo.
- c) Vive con pareja sexual mujer: 1) vive actualmente con pareja sexual mujer y 2) no vive actualmente con pareja sexual mujer.
- d) Última pareja sexual: Se agrupó en 1) pareja estable, 2) pareja con la que intercambió dinero (pareja que le pagó o recibió dinero a cambio de sexo) y 3) pareja no regular.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo una revisión del contenido de la base de datos con el fin de eliminar datos no correspondientes y recodificar algunas de las variables. Fueron llevados a cabo análisis descriptivos de cada una de las variables. Se obtuvieron frecuencias de todas las variables de interés para caracterizar a la población bajo estudio, así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas y proporciones para variables categóricas. Fueron realizados análisis bivariados entre las variables independientes y la variable dependiente, por medio del estadístico Chi cuadrada.

La relación de la vivencia homofóbica sobre la variable de uso de condón se estimó mediante razones de momios (RM) e intervalos de confianza al 95%, a partir de modelos de regresión logística multivariada

Para los análisis univariados y bivariados fueron incluidas el total de las personas que respondieron a cada una de las preguntas en investigación y para el caso del análisis multivariado, fueron incluidas solo las personas que respondieron el total

de las variables en investigación. Por lo anterior, la muestra analítica para el análisis multivariado fue de 941 personas.

El modelo de regresión fue el siguiente:

$$\text{Logit}(p_i) = \ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 VH + \beta_2 COV1 + \dots + \beta_k COV_k$$

p_i = Probabilidad de usar el condón en la última relación sexual VH = Vivencia homofóbica (variable independiente principal)

COV = Covariables

β = vector de parámetros (b_0, b_1, \dots, b_k)

Fue realizado el diagnóstico de regresión logística para comprobar que se cumplieran con los siguientes supuestos: bondad de ajuste, especificidad, multicolinealidad y puntos influyentes o extremos⁽⁵³⁾. El análisis del presente fue llevado a cabo mediante el uso del software estadístico *STATA* 10.1.

Aspectos éticos

Si bien esta investigación consiste en el análisis de una encuesta ya existente⁽¹²⁾, el protocolo del estudio de la encuesta, los formatos de consentimiento y el borrador de los cuestionarios fueron sometidos para la aprobación del Comité de Ética del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y del Comité de Protección Humana (*Protection of Human Subjects Committee - PHSC*) de *FHI*. Se obtuvieron las aprobaciones de ambos comités antes del inicio del trabajo de campo de la encuesta. Cabe destacar que para realizar las entrevistas se solicitó el consentimiento informado de los participantes, y se entregó una copia del mismo a cada participante donde se daban los datos de contacto de los investigadores principales.

Para el presente artículo se cuenta con la aprobación del protocolo por parte de las instancias correspondientes del Instituto Nacional de Salud Pública.

RESULTADOS

De los 1100 casos analizados, el promedio de edad fue 27 años (desviación estándar -D.E: 7.3), pertenecientes al centro del país el 47.6% y a la región norte el 52.5%. Las edades de los hombres entrevistados se distribuyeron de la siguiente manera: 21.6% entre 18 y 20 años, 33.7% entre 21 y 25 años, 18.5% entre 26 y 30 años y 26.2% de 31 años o más. En relación a la escolaridad, la mayoría de los entrevistados se encuentran en las categorías de bachillerato (42.1%), y en el estrato de superior y más (35.5%). Los hombres que crecieron en ciudad fueron el 88.0% y tan solo 12.0% creció en un rancho o pueblo. (Cuadro 1)

En cuanto al comportamiento sexual, sólo un 4.6% vivía con una pareja sexual mujer al momento de la entrevista. En relación a la última pareja sexual que tuvieron los entrevistados, predominó la categoría de pareja no regular (54.2%), seguido por la pareja estable (37.4%) y finalmente pareja con la que intercambié dinero (8.4%). El promedio de conocimiento sobre el VIH fue de 4 (D.E.=1) respuestas correctas de un total de 5 preguntas. La percepción de riesgo de adquirir el VIH presentó mayor porcentaje en aquellos que respondieron percibir bajo riesgo (49.8%), seguido por los de mediano riesgo (36.7%) y por último los de alto riesgo (13.5%). El uso de condón en la última relación sexual fue reportado por el 74.8% de los entrevistados. (Cuadro1)

El porcentaje de no respuesta en cada variable fue menor al 5% excepto las variables de uso de condón en la última relación sexual con un 10.3% y última pareja sexual con 8.2%. (Cuadro 1)

Para la variable vivencia homofóbica, se encontró que el 64.4% de la población de estudio fue catalogada dentro de esta categoría (Cuadro 1). En el cuadro 2 se muestran las variables utilizadas para la construcción de la variable vivencia homofóbica, que están relacionadas con la discriminación en el trabajo, los servicios médicos, la escuela y en la familia. Las variables en las que se presentaron mayores porcentajes, fueron las relacionadas a la discriminación en la escuela.

En el cuadro 3, se muestran las características de los participantes en cuanto a la vivencia homofóbica. Las variables estadísticamente significativas asociadas a la vivencia homofóbica ($p < 0.05$, χ^2) fueron: región de la encuesta, lugar donde creció, conocimientos sobre VIH y el uso de condón en la última relación sexual.

Las variables asociadas con el uso de condón, se presentan en el cuadro 4, encontrando que las variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$, χ^2) fueron: escolaridad, región de la encuesta, conocimientos sobre VIH, percepción de riesgo de adquirir el VIH, tipo de última pareja sexual y vivencia homofóbica.

En el cuadro 5 se muestran los resultados del modelo de regresión logística multivariada. Como puede apreciarse, existe una disminución en la posibilidad de utilizar el condón en la última relación sexual para los HSH que sufrieron de vivencia homofóbica (RM= 0.50), que residen en la región norte del país (RM=0.62), y para quienes reportan tener un alto riesgo de contraer el VIH (RM: 0.54). Por el contrario, se observa un aumento en la posibilidad de uso del condón para individuos con mayor escolaridad, sea con bachillerato (RM=1.68) o con licenciatura (RM=1.99) en comparación con aquellos quienes alcanzaron sólo educación secundaria. También se apreció un incremento en la posibilidad de usar condón si el individuo tenía un conocimiento mayor acerca del VIH (RM=1.29). Finalmente, los HSH que reportaron pareja sexual no regular (RM=2.49) y aquellos con pareja con la que intercambiaron dinero (RM=3.04), presentaron una mayor posibilidad de uso del condón en comparación con quienes tenían una pareja sexual estable.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que una proporción importante de los HSH entrevistados no utilizó condón en la última relación sexual (25.2%) y que más de la mitad de los entrevistados experimentó vivencia homofóbica (64.4%). Los hallazgos muestran una disminución en las posibilidades del uso del condón en aquellos que reportaron vivencia homofóbica, una vez que se controlan los efectos de la edad, la escolaridad, la región de la encuesta, la región donde creció, los conocimientos de VIH/SIDA, la percepción de adquirir el VIH, el tipo de última pareja sexual y vivir con pareja sexual mujer. Es decir, que más allá de las

características de los sujetos respecto a esas variables, hay una disminución del uso del condón cuando se presenta vivencia homofóbica.

También se encontró que las personas que reportaron mayor nivel de escolaridad, mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA, los que reportaron pareja sexual no regular y pareja con la que intercambiaron dinero, presentaron mayores posibilidades del uso del condón. Lo cual es consistente con la literatura existente.^(25;29;29;31;54)

No se tienen antecedentes en la literatura sobre la región de residencia y el uso del condón, por lo que el resultado de una disminución en el uso para quienes viven en la región norte debería ser investigado con mayor profundidad con posterioridad. La asociación entre un menor uso de condón y percibirse en alto riesgo de adquirir el VIH puede explicarse porque no se trata de una relación causal. Es posible que debido a que no se usó condón, el sujeto se sienta con mayor riesgo.

En relación a la prevalencia de eventos relacionados con experiencias de homofobia (64.4% en el presente análisis), un estudio en México encontró que al investigar indicadores de percepción del estigma, el 50.4% y 63.5% reportó que sus familiares y compañeros, respectivamente, podrían reaccionar negativamente hacia un homosexual y el 37.3% contestaron que tenían miedo de que se conociera su orientación sexual⁽⁴⁸⁾. Otro estudio en población latina de Estados Unidos de Norteamérica, encontró que el 64% de sus participantes reportó que habían sido hostigados verbalmente durante su niñez por motivos de ser homosexuales o afeminados; 70% se sintieron avergonzados o heridos por parte de su familia y 64% tuvo pretensiones de ser heterosexuales para ser aceptados⁽³⁵⁾. La asociación de la vivencia homofóbica fue encontrada en la región de la encuesta, el lugar donde creció, los conocimientos sobre el VIH y el uso de condón en la última relación sexual. En este sentido los hallazgos de la presente investigación son muy similares a lo encontrado por estudios previos, donde se discute la influencia negativa de la homofobia en los diferentes contextos de la vida de los HSH ^(32;38;45).

En cuanto a la vivencia homofóbica y su relación con los comportamientos de riesgo de VIH, un estudio encontró que las experiencias de homofobia se asociaban con el no uso de condón cuando se practicaba la penetración anal con hombres (RM = 2.15)⁽²⁶⁾. Otra publicación donde se investigó la relación de los comportamientos sexuales de riesgo y el estigma en una muestra de HSH reporta que 47% de los encuestados presentó comportamientos de alto riesgo, y también identificó al estigma (personas con familias intolerantes, coeficiente estimado de regresión logística: 1.12) como predictor de tener comportamientos de riesgo alto en comparación con los de bajo y sin riesgo⁽⁴⁴⁾. Un trabajo realizado con población de hombres gay latinos, encontró que los hombres que reportaban más casos de discriminación social fueron los más afectados psicológicamente y más propensos a participar en situaciones sexuales de riesgo⁽³⁵⁾.

Por otro lado, estudios cualitativos han encontrado resultados semejantes. Una investigación en la que se realizaron entrevistas en profundidad en un grupo de varones homosexuales universitarios encontró que la homofobia se vinculaba a situaciones de riesgo como escasa comunicación en la pareja para usar el condón y prácticas de sexo anal sin el uso de condón⁽³²⁾. Otro estudio reportó que los hombres que utilizaban la confrontación, las redes sociales o respuestas de evasión a la discriminación mostraban menos riesgo de adquirir el VIH en comparación con los que no utilizaban estas estrategias⁽³⁴⁾.

La vivencia homofóbica es un componente que influye en la vulnerabilidad de los HSH. El rechazo social, mediante la exclusión de los individuos por su orientación puede originar desigualdades en la salud y daños a la salud mental⁽³²⁾.

Una de las aproximaciones de la explicación de la influencia de la vivencia homofóbica se puede relacionar a una de las situaciones que experimentan los hombres gay, el estrés de las minorías. Esto es, un estrés psicológico generado por presentar un estatus de minoría. Cuando un individuo es una persona perteneciente a una minoría en una sociedad estigmatizadora y discriminadora, el conflicto entre él y la cultura dominante puede ser molesto o pesado de sobrellevar y por lo tanto el resultado puede ser traducido en estrés. En consecuencia, éste puede influenciar en fomentar relaciones negativas con otros, lo que conllevaría a una conducta negativa consigo mismo y a problemas

relacionados a la salud mental⁽³⁹⁾. En este mismo sentido, otro estudio discute que el rechazo social hacia las personas homosexuales puede verse reflejado en el aislamiento social, problemas psicológicos y una autovaloración negativa. Éstas situaciones, disminuirán las capacidades individuales al momento de enfrentar situaciones de riesgo de adquirir el VIH, como lo es tomar la decisión o negociación del uso del condón⁽³²⁾.

Por lo anterior, la prevención de la infección debe incluir características como: a) interacción persona-situación, b) educación y sensibilización del personal de salud en las necesidades de esta población, c) empoderamiento de los HSH para el desarrollo de estrategias generadas desde sí y d) fortalecimiento comunitario^(32;35;38;40).

Se ha discutido que la marginación, incluyendo la homofobia, la pobreza, el racismo, y factores culturales como el machismo y el silencio sexual, propician que las intervenciones preventivas del VIH no sean efectivas. Por el contrario, intervenciones preventivas del VIH son exitosas en la reducción de riesgos cuando se basan en hacer frente a la homofobia⁽⁵⁵⁾.

Se concluye que son diversos los factores que influyen en la exposición al virus de la población HSH, uno de ellos es la discriminación por orientación sexual, la cual puede relacionarse en las prácticas de riesgo para adquirir el VIH. Por lo tanto, la vivencia de discriminación que experimentan los HSH en distintas áreas de la vida cotidiana tales como escuela, trabajo, familia, servicios de salud, espacios públicos, entre otros, puede incrementar el riesgo de adquirir o transmitir el VIH. Se considera de gran relevancia el incidir en la realización de programas para prevenir y eliminar la discriminación, así como fomentar la denuncia de prácticas discriminatorias como elementos importantes en la construcción de una sociedad saludable.

LIMITACIONES

El presente estudio es de tipo transversal, por lo que solamente se obtuvo una medición de las exposiciones y eventos en un momento único; es por ello que los resultados presentados no pueden explicar causalidad. Los sesgos en la selección de los participantes del estudio en la investigación inicial fueron evitados por medio de la selección aleatoria de los sujetos dentro de los sitios de reunión, lo cual fortalece la validez interna del presente trabajo; por lo que los datos obtenidos son ciertos para la población analizada. Sin embargo, de acuerdo con el documento de la investigación original, la muestra no puede ser considerada como representativa de la población total de HSH por causa del rechazo de los sitios de reunión a dar autorización para la realización de entrevistas dentro de los mismos y porque no fue posible alcanzar a hombres que no acuden a estos sitios de reunión, sino que los resultados son válidos para los participantes del estudio^(12;56).

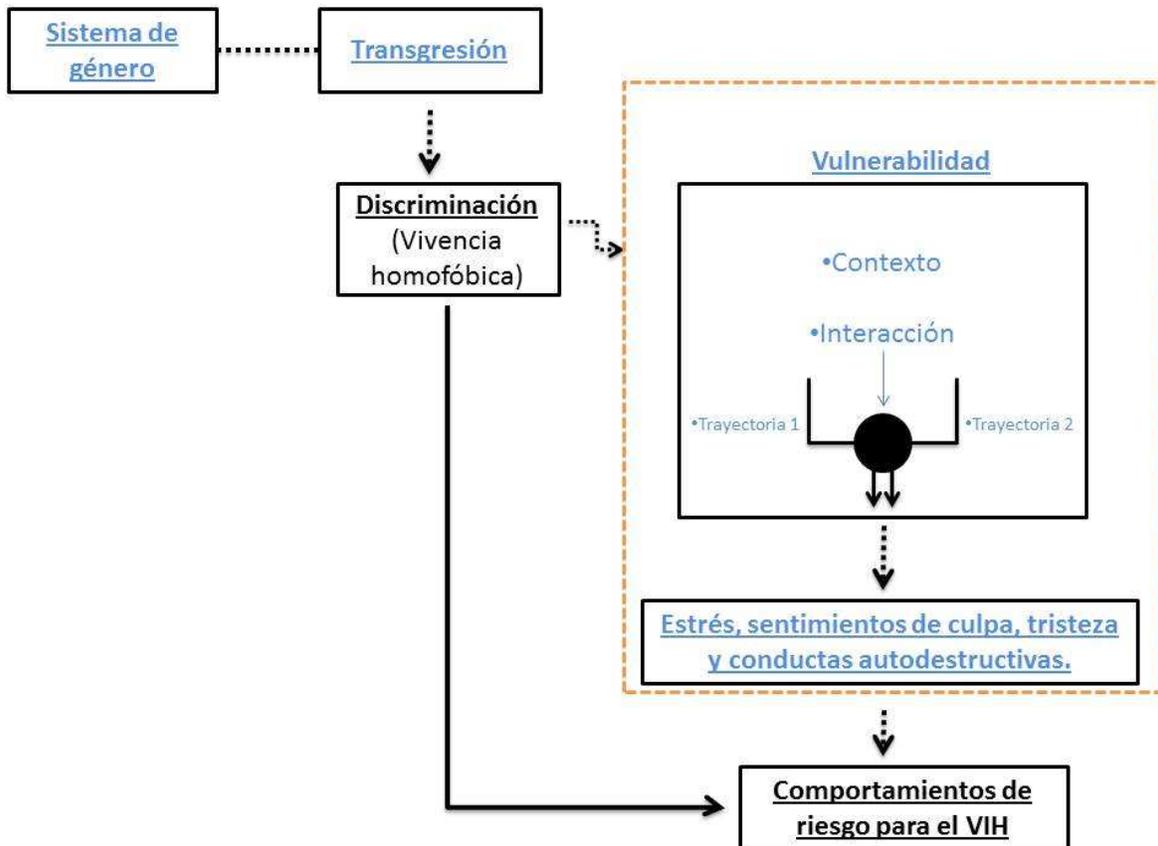
Otra de las limitaciones del presente estudio radica en que las variables que se utilizaron para construir la variable de “vivencia homofóbica” no fueron diseñadas para ese fin; en este sentido, no pertenecen a una batería de preguntas estandarizadas. Sin embargo, dada la importancia y relevancia de las preguntas, y con base a la literatura revisada, se considera que las preguntas empleadas reportan una aproximación cercana de la vivencia homofóbica de los HSH estudiados. En este sentido, esta investigación constituye un aporte pionero en el tema en México.

Algunas cuestiones relacionadas con el tema de investigación que quedan como interrogantes son, por ejemplo, cuál de los ámbitos en donde se sufre discriminación (escuela, trabajo, familia, servicios de salud y espacios públicos) influye más en tener comportamientos sexuales de riesgo. Otra pregunta es si la vivencia homofóbica influye en el tipo de pareja sexual que tienen los individuos, es decir, si influye en tener pareja estable, ocasional o con intercambio de dinero.

Por otra parte, si bien esta investigación aporta elementos para establecer la relación estadística entre la discriminación por homofobia y el menor uso de condón, queda pendiente profundizar en el estudio de los mecanismos que llevan

a ello. Es decir, queda por averiguar la forma en que la discriminación se relaciona directamente con las prácticas de riesgo para adquirir el VIH.

Figura 1. Relación de la vivencia homofóbica con los comportamientos de riesgo de infección por el VIH



Cuadro I. Características socio-demográficas y de comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, Acapulco, Tampico y Nezahualcóyotl. 2005-2006

Variable	n	%
Edad	n=1100	
18-20años	238	21.6
21-25años	371	33.7
26-30años	203	18.5
31 años o más	288	26.2
Escolaridad	n=1094	
Hasta secundaria	245	22.4
Bachillerato	461	42.1
Superior y más	388	35.5
Región de la encuesta	n=1100	
Centro	523	47.6
Norte	577	52.4
Lugar donde creció	n=1099	
Rancho o pueblo	132	12.0
Ciudad	967	88.0
Conocimiento sobre el VIH (Respuestas correctas)	n=1100	
0	24	2.2
1	8	0.7
2	17	1.6
3	72	6.6
4	268	24.3
5	711	64.6
Promedio	4.4 (*D.E.= 1)	
Percepción de riesgo de adquirir el VIH	n=1068	
Bajo o ningún riesgo	532	49.8
Medio riesgo	392	36.7
Alto riesgo	144	13.5
Última pareja sexual	n=1010	
Pareja estable	378	37.4
Pareja con la que intercambio dinero	85	8.4
Pareja no regular	547	54.2
Vive con pareja sexual mujer	n=1098	
No vive con pareja sexual mujer	1047	95.4
Vive con pareja sexual mujer	51	4.6
Uso de condón en la última relación sexual	n=987	
No usó condón	249	25.2
Usó condón	738	74.8
Vivencia homofóbica	n=1057	
Sin vivencia homofóbica	376	35.6
Con vivencia homofóbica	681	64.4

*Desviación estándar (D.E.)

Cuadro II. Variables utilizadas para la construcción de la variable vivencia homofóbica, hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, Acapulco, Tampico y Nezahualcóyotl. 2005-2006

Variables	n	Sí (%)
Al solicitar trabajo ha sido rechazado debido a su orientación sexual	1065	8.0
Fingió o dijo ser heterosexual en un trabajo	1084	17.5
Fingió o dijo ser heterosexual cuando recibe servicios médicos	1082	12.1
Tiene temor de que en su expediente médico, quede registrada su práctica sexual	1085	18.9
Fingió o dijo ser heterosexual en la escuela	1085	41.6
Recibió rechazo, maltrato, agresión verbal o física en la escuela	1086	26.8
Alguien de la familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido	1084	16.5

Cuadro III. Distribución de la población de acuerdo a la vivencia homofóbica, características socio-demográficas y comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, Acapulco, Tampico y Nezahualcóyotl. 2005-2006

Variable	n	Vivencia homofóbica		p
		Sin vivencia (%)	Con vivencia (%)	
Edad		376	681	0.152
18-20años		22.3	21.1	
21-25años		36.2	31.4	
26-30años		18.9	18.7	
31 años o más		22.6	28.8	
Escolaridad		373	680	0.525
Hasta secundaria		20.9	24.0	
Bachillerato		43.2	41.2	
Superior y más		35.9	34.9	
Región de la encuesta		376	681	<0.001
Centro		81.1	29.8	
Norte		18.9	70.2	
Lugar donde creció		376	681	0.044
Rancho o pueblo		9.3	13.5	
Ciudad		90.7	86.5	
Conocimiento sobre el VIH (Respuestas correctas)		376	681	0.034
0		0.8	1.0	
1		0.0	1.0	
2		2.4	1.2	
3		5.0	7.8	
4		22.1	26.0	
5		69.7	63.0	
Percepción de riesgo de adquirir el VIH		373	667	0.725
Bajo o ningún riesgo		50.4	49.6	
Medio riesgo		37.3	36.3	
Alto riesgo		12.3	14.1	
Ultima pareja sexual		360	623	0.649
Pareja estable		35.6	38.4	
Pareja con la que intercambio dinero		8.3	8.5	
Pareja no regular		56.1	53.1	
Vive con pareja sexual mujer		375	681	0.669
No vive con pareja sexual mujer		95.7	95.1	
Vive con pareja sexual mujer		4.3	4.9	
Uso de condón en la última relación sexual		350	611	<0.001
No usó condón		15.4	31.1	
Usó condón		84.6	68.9	

Cuadro IV. Distribución de la población por uso del condón en la última relación sexual con hombres, características socio-demográficas y comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, Acapulco, Tampico y Nezahualcóyotl. 2005-2006

Variable	Uso de condón			p
	No (%)	Sí (%)		
Edad	n	249	738	0.506
18-20años		24.5	20.2	
21-25años		31.3	34.8	
26-30años		18.9	19.0	
31 años o más		25.3	26.0	
Escolaridad	n	249	734	0.002
Hasta secundaria		30.1	19.6	
Bachillerato		38.6	42.2	
Superior y más		31.3	38.2	
Región de la encuesta	n	249	738	<0.001
Centro		37.8	54.9	
Norte		62.3	45.1	
Lugar donde creció	n	249	738	0.573
Rancho o pueblo		12.9	11.5	
Ciudad		87.2	88.5	
Conocimiento sobre el VIH (Respuestas correctas)	n	249	738	<0.001
0		2.8	0.3	
1		1.6	0.5	
2		1.6	1.6	
3		6.0	6.0	
4		28.5	21.4	
5		59.4	70.2	
Percepción de riesgo de adquirir el VIH	n	244	726	0.011
Bajo o ningún riesgo		50.0	49.0	
Medio riesgo		31.2	38.8	
Alto riesgo		18.9	12.1	
Ultima pareja sexual	n	249	738	<0.001
Pareja estable		53.4	32.8	
Pareja con la que intercambio dinero		6.4	8.0	
Pareja no regular		40.2	59.2	
Vive con pareja sexual mujer	n	249	737	0.435
No vive con pareja sexual mujer		96.8	95.7	
Vive con pareja sexual mujer		3.2	4.3	
Vivencia homofóbica	n	244	717	<0.001
Sin vivencia homofóbica		22.1	41.3	
Con vivencia homofóbica		77.9	58.7	

Cuadro V. Modelo de regresión logística multivariada de uso de condón y vivencia homofóbica, controlado por características socio-demográficas y de comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con hombres de Monterrey, Acapulco, Tampico y Nezahualcóyotl. 2005-2006 (n=941)

Variables	RM	IC 95%	
Vivencia homofóbica			
Sin vivencia homofóbica	1		
Con vivencia homofóbica	0.50	0.34	0.74
Edad			
18-20 años	1		
21-25 años	1.47	0.95	2.27
26-30 años	1.29	0.78	2.12
31 años o más	1.25	0.78	2.00
Escolaridad			
Hasta secundaria completa	1		
Bachillerato	1.68	1.13	2.50
Superior y más	1.99	1.29	3.05
Región de la encuesta			
Centro	1		
Norte	0.62	0.43	0.89
Lugar donde creció			
Rancho o pueblo	1		
Ciudad	1.02	0.63	1.66
Conocimiento sobre el VIH			
Conocimiento	1.29	1.07	1.56
Percepción de riesgo de adquirir el VIH			
Bajo o ningún riesgo	1		
Medio riesgo	1.33	0.93	1.89
Alto riesgo	0.54	0.35	0.85
Ultima pareja sexual			
Pareja estable	1		
Pareja con la que intercambio dinero	3.04	1.54	6.00
Pareja no regular	2.49	1.80	3.46
Vive con pareja sexual mujer			
No vive con pareja sexual mujer	1		
Vive con pareja sexual mujer	1.99	0.76	5.21

LITERATURA CITADA

- (1) Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación. <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/panorama.html> 2011 May 25 Available from: URL: <http://www.censida.salud.gob.mx>
- (2) Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Soc Sci Med* 2000 Jun;50(11):1557-70.
- (3) ONUSIDA. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. *Derechos humanos y salud*. 2006. ONUSIDA, Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH y SIDA, GCTH.
- (4) Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. *Homofobia y Salud*. Memoria. 2007.
- (5) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010. <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/epidemiology/> 2011 May 25 Available from: URL: <http://www.unaids.org/es/>
- (6) ONUSIDA. Situación de la Epidemia de SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS).; 2009.
- (7) CENSIDA. *El VIH/SIDA en México 2009*. México, D.F.: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA; 2009 Dec.
- (8) Gayet C, Magis-Rodríguez C. Inmigración y Sida en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México. *Economía, Sociedad y Territorio* 2000;II(8):641-86.
- (9) Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes (15-29 años), por categoría de transmisión y sexo. <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/panorama.html> 2011 May 25 Available from: URL: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- (10) Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos (30 años y más), por categoría de transmisión y sexo. <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/panorama.html> 2011 May 25 Available from: URL: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- (11) Magis-Rodríguez C, Bravo E, Gayet C, De Luca M. *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*. Ciudad de México: CENSIDA; 2008.
- (12) Gayet C, Magis C, Sacknoff D, Guli L. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. Primera edición[8], 39-52. 2007. México, CENSIDA, FLACSO. *Ángulos del SIDA*.
- (13) Ritieni Aea. "Prevalence of HIV and Risk Behaviors among Young Latino MSM in the Imperial, California-Mexicali, Mexico, Border Region". *Atlanta, Natl HIV Prev Conf. Abstract M3-B0203* 2005.
- (14) Ruiz JDea. *HIV prevalence and risk behaviors among young latino MSM in San Diego, California and Tijuana, Mexico*. 2000.
- (15) ONUSIDA. *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones*. ONUSIDA 2000 Available from: URL: <http://www.unaids.org>

- (16) Scully C, Porter S. HIV topic update: oro-genital transmission of HIV. *Oral Diseases* 2000 Mar;6(2):92-8.
- (17) Campo J, Perea MA, del RJ, Cano J, Hernando V, Bascones A. Oral transmission of HIV, reality or fiction? An update. *Oral Dis* 2006 May;12(3):219-28.
- (18) ONUSIDA. El preservativo masculino. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2000.
- (19) Davis KR, Weller SC. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Fam Plann Perspect* 1999 Nov;31(6):272-9.
- (20) Piña L.J.A. Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de psicología* 2004 Jun;20(1):23-32.
- (21) Gayón VE, Orozco HH, Sam SS, Lombardo AE. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(2):88-96.
- (22) Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Stud Fam Plann* 2004 Mar;35(1):39-47.
- (23) Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 2004 Jun;82(6):454-61.
- (24) Del RC, Sepulveda J. AIDS in Mexico: lessons learned and implications for developing countries. *AIDS* 2002 Jul 26;16(11):1445-57.
- (25) Mendoza-Perez JC, Ortiz-Hernandez L. Factors associated with infrequent condom use amongst men having sex with other men in Ciudad Juarez. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2009 Oct;11(5):700-12.
- (26) Choi KH, Hudes ES, Steward WT. Social discrimination, concurrent sexual partnerships, and HIV risk among men who have sex with men in Shanghai, China. *AIDS Behav* 2008 Jul;12(4 Suppl):S71-S77.
- (27) Gutierrez JP, Molina-Yeppez D, Morrison K, Samuels F, Bertozzi SM. Correlates of condom use in a sample of MSM in Ecuador. *BMC Public Health* 2006;6:152.
- (28) Salazar X, Caceres C, Maiorana A, Rosasco AM, Kegeles S, Coates T. Influence of socio-cultural context on risk perception and negotiation of protection among poor homosexual males on the Peruvian coast. *Cad Saude Publica* 2006 Oct;22(10):2097-104.
- (29) Liu S, Wang K, Yao S, Guo X, Liu Y, Wang B. Knowledge and risk behaviors related to HIV/AIDS, and their association with information resource among men who have sex with men in Heilongjiang province, China. *BMC Public Health* 2010;10:250.
- (30) Manning SE, Thorpe LE, Ramaswamy C, Hajat A, Marx MA, Karpati AM, et al. Estimation of HIV prevalence, risk factors, and testing frequency among sexually active men who have sex with men, aged 18-64 years--New York City, 2002. *J Urban Health* 2007 Mar;84(2):212-25.
- (31) Canellas S, Perez dIP, Noguera I, Villaamil F, Garcia Berrocal ML, de la Fuente L, et al. High-risk sex behavior and HIV prevalence among gay and bisexual men in the community of Madrid. *Rev Esp Salud Publica* 2000 Jan;74(1):25-32.

- (32) Granados-Cosme JA, Torres-Cruz C, Salgado-Sánchez G. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA. *Salud Publica Mex* 2009;51:482-8.
- (33) Siegel K, Levine MP, Brooks C, Kern R. The motives of gay Men for Taking or Not Taking the HIV Antibody Test. *Social Problems* 1989;36(4):368-83.
- (34) Wilson PA, Yoshikawa H. Experiences of and responses to social discrimination among Asian and Pacific Islander gay men: their relationship to HIV risk. *AIDS Educ Prev* 2004 Feb;16(1):68-83.
- (35) Diaz RM, Ayala G, Bein E. Sexual risk as an outcome of social oppression: data from a probability sample of Latino gay men in three U.S. cities. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2004 Aug;10(3):255-67.
- (36) Ortiz-Hernandez L. La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura* 22, 161-182. 2004.
- (37) Herek GM. Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy* 1[2], 6-24. 2004.
- (38) Granados-Cosme JA, Delgado-Sanchez G. Identity and mental health risks for young gays in Mexico: recreating the homosexual experience. *Cad Saude Publica* 2008 May;24(5):1042-50.
- (39) Meyer IH. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 38-56. 1995.
- (40) Toro-Alfonso J. Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: la otra historia de la masculinidad. In: Cáceres C, Terto J, editors. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.* 2002 ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA; 2002. p. 81-102.
- (41) Amuchástegui HA. Aportaciones de las ciencias sociales para la prevención del SIDA. Izazola JA. *SIDA: Estado actual del conocimiento.* México: 1996. p. 117-39.
- (42) Brooks RA, Etzel MA, Hinojos E, Henry CL, Perez M. Preventing HIV among Latino and African American gay and bisexual men in a context of HIV-related stigma, discrimination, and homophobia: perspectives of providers. *AIDS Patient Care STDS* 2005 Nov;19(11):737-44.
- (43) White RC, Carr R. Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Cult Health Sex* 2005 Jul;7(4):347-59.
- (44) Preston DB, 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 Educ Prev* 2004 Aug;16(4):291-303.
- (45) Ortiz-Hernandez L, Garcia Torres MI. Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City. *Cad Saude Publica* 2005 May;21(3):913-25.
- (46) Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003 Sep;129(5):674-97.

- (47) Diaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin BV. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *Am J Public Health* 2001 Jun;91(6):927-32.
- (48) Ortiz HL, Garcia Torres MI. Internalized oppression and high-risk sexual practices among homosexual and bisexual males, Mexico. *Rev Saude Publica* 2005 Dec;39(6):956-64.
- (49) Fernandez-Cerdeño A. Effects of internalized homonegativity and gender of past sexual partners on the relationship between high-risk behaviors and HIV serostatus University of California, San Diego.San Diego State University; 2010.
- (50) Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS* 2005 May;19 Suppl 2:S67-S72.
- (51) Mills S, Saidel T, Magnani R, Brown T. Surveillance and modelling of HIV, STI, and risk behaviours in concentrated HIV epidemics. *Sex Transm Infect* 2004 Dec;80 Suppl 2:ii57-ii62.
- (52) Johnson DE. Métodos multivariados aplicados al análisis de datos. International Thomson Editores; 2000.
- (53) Kleinbaum DG, Klein M. Logistic regression: a self-learning text. 2nd ed. 2002. New York, Springer-Verlag New York Inc.
- (54) Li X, Shi W, Li D, Ruan Y, Jia Y, Vermund SH, et al. Predictors of unprotected sex among men who have sex with men in Beijing, China. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2008 Jan;39(1):99-108.
- (55) Marin BV. HIV prevention in the Hispanic community: sex, culture, and empowerment. *J Transcult Nurs* 2003 Jul;14(3):186-92.
- (56) Hernandez B, Velasco-Mondragon HE. Encuestas transversales. *Salud Pública Méx* 2000;42(5):447-5.