



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**FACTORES CONDUCTUALES Y COGNITIVOS ASOCIADOS AL  
RIESGO DE CONTRAER VIH EN UN GRUPO DE HSH**

Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica  
que presenta el bachiller:

GUILLERMO JOSÉ GUERRA ENRIQUEZ

ASESORA: MÓNICA DE LOS MILAGROS CASSARETTO BARDALES

LIMA - PERÚ

2017



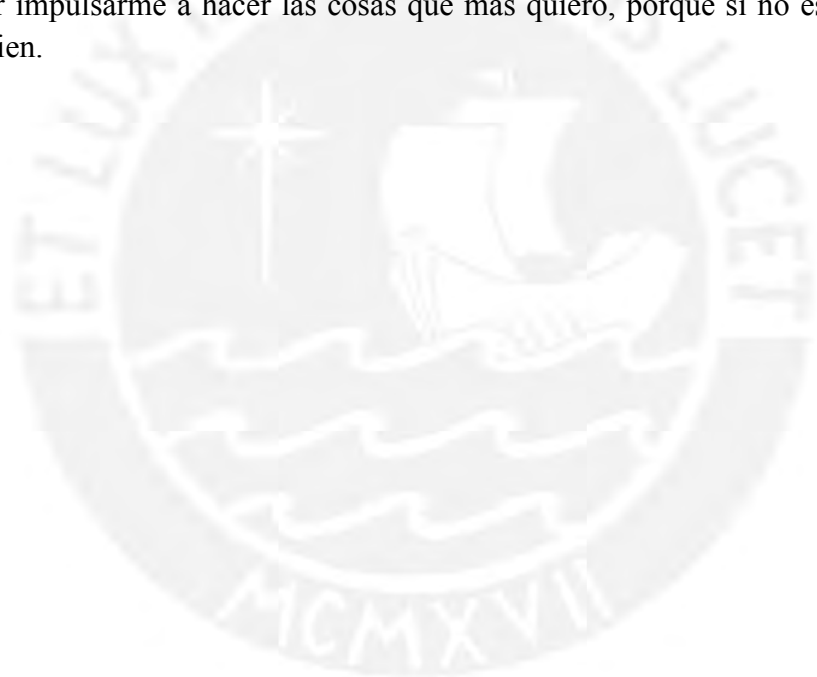
## Agradecimientos

Quisiera comenzar agradeciendo a Mónica, que, sin su guía, empuje y tiempo dedicado a este proyecto, no hubiera tenido éxito.

A Hugo Sánchez y a todo el equipo médico, técnico y administrativo de Epicentro. Sin su apoyo incondicional desde el inicio y sus ganas de ayudar a personas fue fundamental para que la presente investigación se lleve a cabo.

A Alessandra, Joaquín y Pedro por la disposición a ayudar y a reunirnos para conversar sobre nuestras tesis. Por los cafés que se sumaron a nuestra meta de obtener investigaciones de calidad. A Macarena, como siempre, por nuestro amor incondicional.

A mis papás, indudablemente. Por enseñarme a seguir, a luchar, a sacar los proyectos adelante y por impulsarme a hacer las cosas que más quiero, porque si no es así... jamás nada saldría bien.





## RESUMEN

La presente investigación buscó describir los factores conductuales (conductas sexuales de riesgo) y factores cognitivos (conocimientos, actitudes negativas y positivas, susceptibilidad y autoeficacia percibida) asociados al contagio del VIH en un grupo de 56 hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Ellos asisten a una ONG en Lima, con edades entre 20 y 54 años ( $DE= 29.95$ ). Para el objetivo, se usó parte del *Cuestionario Confidencial de Vida Sexual Activa (CCVSA)* desarrollado por el Ministerio de Salud de Colombia con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997) y el *VIH-65* (Bermúdez, Buela-Casal y Uribe, 2005). Se encontró que el 89% de los participantes reportan conductas de riesgo para la práctica de sexo oral, otro 61% con el sexo anal, 50% con el sexo vaginal y el 46% presentó una ITS en el último año. Los altos índices de incidencia en este tipo de conductas, anales y orales, son alarmantes ya que estos ponen en riesgo la salud con respecto al VIH. Por otro lado, se encontró niveles adecuados de conocimientos correctos, autoeficacia y actitudes frente a aspectos relacionados al VIH y a personas con dicha condición. Sin embargo, las escalas de susceptibilidad percibida; autoeficacia y actitudes negativas, mostraron índices de consistencia interna muy bajos por lo que no se pudieron incorporar al análisis de correlación luego de realizadas las pruebas de confiabilidad. No se hallaron correlaciones entre las conductas de riesgo y el nivel de conocimientos, ideas erróneas o las actitudes positivas en la muestra. Se discute la necesidad de realizar más investigaciones y de desarrollar y/o adaptar instrumentos más específicos a las poblaciones con las que se pretende trabajar.

Palabras claves: Factores conductuales, factores cognitivos, VIH, conducta sexual de riesgo

## ABSTRACT

This research sought to describe behavioral (risky sexual behavior) and cognitive factors (knowledge, positive and negative attitudes, susceptibility and perceived self-efficacy) associated to the infection of HIV in a group of 56 men that have sex with other men (MSM). They attend an NGO in Lima, and their ages range between 20 and 54 years (M= 29.95). The Confidential Active Sexual Life Questionnaire (CCVSA) developed by the Colombian Ministry of Health with the collaboration of the Pan American Health Organization (PAHO) (1997) and HIV-65 (Bermudez, Buena-Casal and Uribe, 2005) were used to reach this objective. It was found that 89% showed risk behaviors in oral sex, another 61% had risk in anal sex, 50% in vaginal sex and 46% identified an STD in the last year. These high incidence rates in this type of behavior are alarming and put these people's health at risk with respect to HIV/AIDS. On the other hand, accurate levels of knowledge, self-efficacy and attitudes were found. The need for more research is discussed, as well the development and/or adaptation of more accurate instruments.

Key words: Behavioral factors, cognitive factors, HIV / AIDS, risky sexual behavior

## Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes.....	11
Medición.....	11
Procedimiento.....	14
Análisis de datos.....	15
Resultados.....	17
Discusión.....	25
Referencias.....	33
Apéndices.....	41
Apéndice A: Ficha sociodemográfica.....	41
Apéndice B: Resumen descriptivo de la ficha sociodemográfica.....	42
Apéndice C: Consentimiento informado.....	43

Hasta el año 2015 se estimó que existían alrededor de 36.7 millones de personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH [ONUSIDA], 2016). Según la misma fuente, en la región sudamericana y centroamericana, la prevalencia del VIH se da en cinco personas adultas de cada mil. El Ministerio de Salud afirmó que, dentro del territorio del Perú, existen unas 65 000 personas con un diagnóstico positivo de VIH (MINSA, 2016). Según la misma fuente, las regiones de Lima y Callao concentran el 70% del total de los casos. Kusunoki, Gunaira, Navarro y Velásquez (2005) señalaron la importancia de tener en cuenta que existe un sub-registro de casos que, debido a distintos problemas de notificación, el estigma o la discriminación, no son reportados y registrados de manera oportuna. Según los autores, habría entre 20 mil y 50 mil personas adicionales que viven con VIH y desconocen su condición dentro del territorio nacional.

Según afirma la doctora Pun (2015), en el territorio nacional la epidemia del VIH se encuentra en un nivel “concentrado”, lo que, de acuerdo a ONUSIDA (2011), significa que el virus se ha propagado solo a una o pocas poblaciones y aún no se ha extendido a la población general. La concentración reportada por Pun (2015) se encuentra entre los hombres homosexuales, existiendo una prevalencia del 15.1%; en hombres bisexuales, de igual modo, el mismo indicador se estima en 6.6%.

La concentración del VIH que se encuentra en el Perú es un reflejo de la situación de centro y Sudamérica, en las cuales se señala una prevalencia de 0.5% en el total de la población adulta, pero en la población denominada “hombres que tienen sexo con hombres”, o HSH, la cifra aumenta a 14.7% (Beyrer, 2012). El término HSH se usa para describir a hombres que tienen sexo con hombres, independientemente de su orientación sexual, o incluso si también tienen relaciones sexuales con mujeres (ONUSIDA, 2011).

En el año 2012, Alarcón et al. estimaron la incidencia de VIH a corto plazo por modo de transmisión en adultos de 15 a 49 años dentro del Perú. Para este propósito se utilizaron fuentes de información de los distintos sistemas de vigilancia de hospitales y servicios ambulatorios nacionales entre 1983 y el 2008. Nuevamente, los HSH fueron la población de mayor riesgo, obteniendo 55%, el valor porcentual más alto en incidencia (Alarcón et al., 2012). En contraposición, se encuentra la población heterosexual, la cual alcanza tan solo el 16% de la incidencia, según la misma fuente. Los autores señalan la



importancia de generar acciones de prevención enfocadas al primer grupo, orientadas a producir un impacto más fuerte en el curso de la epidemia dentro del país.

La principal vía de transmisión del VIH es la sexual (mediante relaciones sexuales no protegidas), responsable del 97% de nuevas infecciones (Pun, 2015). La OMS (2015) afirma que un factor de riesgo conductual que incrementa la posibilidad de ser infectado por este virus es el practicar coito anal, vaginal o sexo oral sin protección. El Ministerio de Salud resalta tres maneras de prevenir una infección del VIH por vía sexual: la abstinencia, la monogamia y el uso adecuado del condón o preservativo durante las relaciones sexuales (MINSA, 2010). Según Holmes, Levine y Weaver (2004), el uso correcto del condón es una forma efectiva de protegerse contra el VIH o cualquier infección de transmisión sexual, tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, es importante destacar que la OMS (2015) afirma que el hecho de padecer otra infección de transmisión sexual (sífilis, herpes, clamidia, gonorrea, etc.) es otro importante factor de riesgo para contraer el VIH.

Tomando en cuenta la importancia de conocer las conductas sexuales de la población, Escalante, Cerrón, Salazar y Mezones (2008) realizaron un estudio con 156 adultos jóvenes de Lima para conocer sus prácticas sexuales y comprender mejor la situación real del VIH en esta ciudad. Se reportó que la mitad de los participantes manifestó haber tenido relaciones sexuales sin protección en algún momento. El 81.82% de los hombres que participaron en el estudio señalaron haber tenido contacto sexual desprotegido, este porcentaje se mantenía independientemente de la orientación sexual del varón o del género de la pareja. Ello lleva a concluir que son los varones quienes más desarrollan esta conducta de riesgo (Escalante et al., 2008).

Otro estudio que evidencia la inconsistencia en el uso del preservativo fue realizado en el Perú por Blas, Alva, Cabello, Cárcamo y Kurth (2011) a 1301 HSH en un rango de 12 a 71 años ( $M=22.5$ ). En este estudio se encontró que el 50% de los evaluados nunca o casi nunca usó condón en los últimos tres meses; del mismo modo, se encontró que al 22.1% de los participantes se les rompió el condón durante el acto sexual, el 16.4% alegó que el condón se salió, el 13.7% se quitó el preservativo durante el acto sexual y el 39.1% inició el acto sexual sin usar el preservativo (Blas et al., 2011).

De manera similar, en la investigación realizada en Lima por Gálvez-Buccollini, DeLea, Herrera, Gilman y Paz-Soldan, (2009) que buscaba detallar las conductas sexuales

de riesgo y consumo de drogas en con 793 jóvenes adultos de un asentamiento humano, se encontró que, más de la mitad (51.3%) de los hombres evaluados señaló no haber usado preservativo en su última relación sexual. Los que usaron preservativo con sus parejas sexuales casuales solo alcanzó el 44.7% y, de los que tuvieron relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, solo el 84% se cuida todas las veces.

En base a los estudios expuestos, se puede apreciar que la población masculina es un grupo con alta prevalencia de conductas de riesgo dentro del país. Esta conducta sexual de riesgo puede ser influenciada por muchas variables como, por ejemplo, la susceptibilidad percibida a contraer el virus (Belcher et al., 2005; Cabieses, Ferrer, Villarroel, Tunstall y Norr, 2010; Uribe y Orcasita, 2011a, 2011b), la autoeficacia (Bermúdez et al, 2012; Couóh y Vera, 2006; Zea, Reisen, Poppen y Bianchi, 2008), el nivel de conocimientos sobre el VIH (Anderson et al., 1990; Bermúdez et al., 2012; Cabieses et al., 2010), las diferentes actitudes frente al VIH (Bermúdez et al., 2012; Navarro y Vargas, 2003; Uribe y Orcasita, 2013; Vera, López, Orozco y Caicedo, 2001), la autoestima (Hollar y Snizek, 1996), la presencia de sintomatología depresiva (Ramiro, Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2013), el estilo de apego (Feeney, Peterson, Gallois y Terry, 2000), el consumo de drogas (Folch et al., 2014), el consumo de alcohol (Herrera et al., 2016), la edad (Zea et al., 2008), entre otros condiciones.

En un inicio, las variables más asociadas con las conductas preventivas en salud (incluidas, por ejemplo, las conductas sexuales seguras) fueron de carácter demográfico como género, religión, edad y nivel socioeconómico (Ramiro, Bermúdez, Sierra y Buela-Casal, 2013; Zea et al., 2008). Sin embargo, dichas variables no pueden ser modificadas a través de intervención alguna (Abraham y Sheeran, 2005). Debido a ello, se empezó a indagar cómo la cognición tiene un papel fundamental en las conductas de protección, así como el rol de la misma en la intención de cambio de conducta (Rodríguez, 1995).

Un concepto vinculado a la cognición, que permite entender el comportamiento de las personas, son las “creencias”. Las creencias son definidas por Abraham y Sheeran (2005) como características individuales y duraderas que moldean la conducta y se pueden adquirir a través de la socialización. Éstas son modificables y diferenciadas entre cada individuo; del mismo modo, hacen que una conducta sea atractiva en mayor o menor medida (Abraham y Sheeran, 2005). En otras palabras, las creencias son factores

cognitivos que se podrían definir como las ideas acerca de algo en particular y determinan la percepción que se tiene frente a un objeto o persona (Abraham y Sheeran, 2005; Flórez, 2007; Rosenstock, 1994).

Con esta idea es que surge el modelo de creencias de salud, dentro del cual se plantea que las conductas de protección de la salud (o también llamadas conductas de salud o practicas preventivas de salud) están asociadas a creencias tales como la percepción subjetiva que tenga la persona hacia una enfermedad, la gravedad percibida de la enfermedad, las barreras percibidas que pueden disminuir la disponibilidad de opciones de solución, así como la percepción de los costos y beneficios del cambio (Becker, 1974). Si se desea adquirir un comportamiento o conducta saludable, es esencial que la persona sienta cierta amenaza, perciba susceptibilidad al evento o enfermedad, que la evaluación de los beneficios de una conducta sea más favorable sobre los costos de ésta y, por último, que exista un factor desencadenante para iniciar una conducta preventiva (Rodríguez, 1995; Rosenstock, 1974).

En síntesis, las mencionadas creencias son evaluaciones que se realizan sobre distintos eventos para determinar si una conducta saludable resulta atractiva en mayor o menor medida (Flórez, 2007; Moreno y Gil, 2003). En base a ello, se plantearon seis diferentes creencias dentro del modelo de salud, las cuales tienen consecuencias en las conductas de las personas frente a una determinada enfermedad. Éstas fueron la susceptibilidad percibida, la autoeficacia, la severidad percibida, los beneficios percibidos, las barreras percibidas y las señales de acción (Baum, 1997). Sin embargo, la susceptibilidad percibida y la autoeficacia son las creencias, según esta teoría, que muestran mayor evidencia empírica sobre su posible rol en la prevención del VIH, (Abraham y Sheeran, 2005; Barra, 2003; Moreno y Gil, 2003).

La vulnerabilidad o susceptibilidad percibida fue definida por Barra (2003) como el nivel de riesgo que una persona percibe frente a un determinado problema de salud. Rosenstock et al. (1994) precisó el mismo constructo como una dimensión del modelo de creencias de salud que hace referencia a la percepción subjetiva de uno mismo sobre el riesgo de contraer una cierta condición de salud.

Al respecto, un estudio de corte cualitativo realizado por Li et al. (2016) buscó entender, mediante el modelo de creencias de salud, las variables relacionadas a las

conductas sexuales de riesgo en 17 HSH de procedencia China. Se encontró que todos los participantes han incurrido en prácticas sexuales anales sin usar el condón en los últimos seis meses; sin embargo, ellos no reconocieron este comportamiento como uno de riesgo, ya que la mayoría percibe una muy baja vulnerabilidad frente al VIH (Li et al., 2016). El estudio concluyó que una baja percepción de vulnerabilidad referente al VIH puede ser una de las razones para las altas conductas sexuales de riesgo. Asimismo, se señaló que la fuerte creencia de los participantes de sentirse fuera del peligro en relación al VIH pudo ser influenciada por conocimientos poco acertados sobre dicha enfermedad.

Un estudio más cercano fue el de Uribe, Vergara y Berona (2009), quienes evaluaron la vulnerabilidad percibida de 217 adolescentes en Colombia. Encontraron que puede existir relación entre la vulnerabilidad percibida y las conductas sexuales de riesgo desprotegidas. En los adolescentes varones que tienden a tener una menor percepción de riesgo de contraer el VIH, por ejemplo, es muy probable que presenten más conductas sexuales de riesgo, como tener diferentes parejas sexuales o tener relaciones sexuales sin condón. Del mismo modo, se señaló que hay diferencias entre géneros, siendo las mujeres jóvenes las que tienen mayor vulnerabilidad percibida frente al VIH que los hombres.

En España se realizó un estudio a 202 HSH adultos, en el cual se encontró que el 72% de los evaluados usaba condón con parejas esporádicas, mientras que solo el 25% lo hacía cuando tenía alguna pareja estable (Morell, Gil, Ballester y Díaz, 2014). De igual manera, se encuentra que un quinto de la muestra se siente vulnerable frente al VIH. En el estudio se señala que una percepción optimista del riesgo otorga una sensación de invulnerabilidad (Morell et al., 2014).

Un estudio realizado en Washington, EEUU, con población carcelaria (499 nuevos reclusos), tuvo como objetivo examinar la relación entre la vulnerabilidad percibida al VIH al inicio de la condena con sus conductas de riesgo durante el primer año de encarcelamiento. Se encontraron correlaciones significativas entre el nivel de vulnerabilidad percibida hacia el VIH con el grado de peligro a contraerlo por conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, esto no ocurre con todos los participantes, y se considera que la variación puede deberse a aspectos individuales de carácter sociodemográfico o de personalidad (personalidad limítrofe, psicopatología) (Adams, Stuewig, Tangney y Kashdan, 2014).

En el Perú, Tavera (2012) realizó un estudio de corte cualitativo con un grupo conformado por 20 adolescentes de ambos sexos, nivel socioeconómico bajo y con edades entre los 18 y 20 años. Se encontró que los jóvenes evaluaron su propia percepción del riesgo o vulnerabilidad frente al VIH dependiendo del contexto interpersonal en que se realiza la conducta sexual. Es decir, un determinante importante del nivel de vulnerabilidad percibida es la evaluación del conocimiento o familiaridad que se tiene con la pareja sexual, el cual es resultado del tiempo compartido con la pareja. Tavera (2012) aclara que los participantes creen que, al conocer a otra la persona, podrán saber si ésta tiene VIH a partir de la presencia de sintomatología física o la deducción personal a través de “la forma de ser”, los comportamientos sexuales pasados, así como también las conductas actuales de la pareja y el contexto en el que ésta se desenvuelve, refiriéndose al tipo de familia y amigos.

Así como la vulnerabilidad podría influir en la decisión de una persona a realizar o no una conducta de riesgo, Bandura (1977) señala que la autoeficacia percibida también tiene una influencia directa en las elecciones de conductas. Este autor define la autoeficacia como la convicción que tiene uno mismo para realizar conductas que lo lleven a cierto resultado de manera satisfactoria. En ese sentido, a mayor sea la autoeficacia de una persona, sus esfuerzos serán más activos y determinarán si ésta puede o no enfrentar experiencias aversivas. En esa línea, la autoeficacia en relación al sexo seguro es definida como la autoevaluación de una persona sobre su capacidad de usar condón o evitar prácticas sexuales de riesgo en una variedad de circunstancias (Murphy, Stein, Schlenger, Maibach y Multisite HIV Prevention Trial Group [NIMH], 2001).

El estudio realizado en México por Couón y Vera (2006) con 57 personas de ambos sexos, señala que los hombres tienden a una menor percepción de autoeficacia para cuidar que sus prácticas sexuales sean seguras al momento de tener relaciones en comparación de las mujeres; es decir, ellos se sienten menos capaces de pedir a sus parejas usar preservativo. Además, se encontró que solo el 30.8% de los hombres tenían muy alta autoeficacia para insistir en el uso de condón durante una relación sexual, insistiendo incluso cuando la pareja insista en no usarlo; cifra que difiere significativamente con las mujeres, donde un 77.4% de ellas afirmó que si podría insistir. Los porcentajes fueron muy similares en ambos géneros cuando se les preguntó sobre si están seguros que podrían

negarse a tener relaciones sexuales si su pareja sexual no aceptara usar el condón (varones 26.9% y mujeres 77.4%). En la discusión se resalta la baja autoeficacia de la muestra en general al momento de preguntarles si indagarían en las experiencias homosexuales previas de su compañero sexual del momento (Couóh y Vera, 2006).

Las creencias de salud buscan explicar las conductas y prácticas de salud que las personas tienen, tanto para prevenir el riesgo como para proteger a la persona (Barra, 2003; Flórez, 2007; Moreno y Gil, 2003; Rosenstock et al., 1994). Sin embargo, Hollar y Snizek (1996) señalan que las variables expuestas anteriormente (vulnerabilidad percibida y autoeficacia) no son las únicas que pueden ayudar en la prevención de infección por el VIH. Ellos postulan, en un inicio, la necesidad de incluir al nivel de conocimiento de la enfermedad como parte de los factores que pueden ayudar a explicar el porqué de una conducta. Esto con el afán de profundizar y detallar con mayor precisión aquellas variables o factores que determinan las razones por las cuales una persona se protege o previene un riesgo con respecto a su salud (Hollar y Snizek, 1996).

Los conocimientos sobre el VIH son muchas veces pensados como una forma de prevención en la transmisión del virus; sin embargo no en todos los casos se cuenta con la información adecuada (Anderson et al., 1990; Bermúdez et al., 2012; Hollar y Snizek, 1996; Orcasita, Uribe y Valderrama, 2013). Salazar et al. (2007) realizaron un estudio con 1109 adolescentes de ambos sexos de escuelas públicas del distrito de El Agustino. El objetivo de esta investigación fue evaluar sus conocimientos en sexualidad (métodos anticonceptivos y sus usos, infecciones de transmisión sexual y VIH, relaciones sexuales de riesgo). Se obtuvo que el 50% de los encuestados tenía conocimientos malos y el 15.5% muy malos, mientras que solo el 27.5% de ellos llegaba a un nivel bueno de conocimientos en el tema.

Se encontraron resultados similares en otras zonas del Perú, tal es el estudio realizado por Catacora y Villanueva (2007) con 399 escolares de centros públicos entre los 14 y 17 años de edad, en la ciudad de Tacna. El objetivo era determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH y sus prácticas sexuales. De los participantes varones, poco más de la mitad (56.3%) sabe que el uso del condón evita la infección del VIH; asimismo, el 83% sabe que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales con parejas infectadas, ya sea mediante semen, fluidos vaginales o, por otro lado, mediante una transfusión de

sangre infectada. El nivel de conocimiento sobre el VIH en los varones fue catalogado como “regular” en el 46% de los casos, inadecuado en el 28.4% y, tan solo el 25.6%, obtuvo una calificación de adecuado para el mismo indicador. Ahora bien, un 34,7% los hombres encuestados, afirmó haber tenido relaciones sexuales y, de estos, el 30% manifestó nunca haber usado preservativos en sus relaciones sexuales. Entre los que si usaron preservativo, la prevalencia de uso fue de 41.3%, sin diferenciar entre sexos.

Por otro lado, Flórez (2007) propone investigar sobre otra variable de carácter cognoscitivo que puede ayudar a explicar los comportamientos sexuales de riesgo; las actitudes que cada persona tiene frente a una determinada circunstancia. Ellas pueden dar alcances sobre lo que influye en que un individuo se acerque o se aleje de determinada conducta; asimismo, pueden ser dirigidas hacia una conducta, hacia otros pares, entre otros. Las actitudes tienen una naturaleza evaluativa, que valora desde lo bueno y lo malo, lo agradable y desagradable, lo cual se asocia con la conducta de la persona frente a objetos u otras personas (Eiser, 1997).

En la revisión bibliográfica, se ha encontrado registro de estudios que evalúan las actitudes que las personas tienen frente al VIH. No obstante, no se ha encontrado información sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo (Bermúdez et al., 2012; Navarro y Vargas, 2003; Uribe y Orcasita, 2013; Vera, López, Orozco y Caicedo, 2001). Sin embargo, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2010) a un total de 4510 varones entrevistados entre los 15 y 59 años resaltó que hay actitudes negativas frente al VIH en ciertas circunstancias. Tan solo el 45.9% de los entrevistados, por ejemplo, cree que le compraría verduras a un vendedor infectado; solamente el 56% cree que un profesor infectado puede seguir dictando clases y 40% de los entrevistados del área rural del país cree que un empleador tiene derecho a despedir a una persona por estar infectada de VIH (INEI, 2010).

Otro estudio realizado con 157 adolescentes varones en EE.UU. buscó evaluar el impacto de una intervención en las conductas sexuales de riesgo, siendo una de las variables las actitudes de las personas hacia este tipo de conductas. Se encontró que los hombres con mayores actitudes favorables a las conductas sexuales de riesgo, realizaban mayores conductas de este tipo. Asimismo, se discutió la importancia de realizar intervenciones que busquen cambiar las actitudes de las personas sobre las conductas

sexuales de riesgo para disminuir la ocurrencia de dicha práctica (Jemmot, Sweet y Fong, 1992).

Habiendo revisado los factores anteriores y, tomando en cuenta que la epidemia del VIH se encuentra en un nivel ‘concentrado’ en el Perú (Pun, 2015), existe la posibilidad de enfocar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo a la población más afectada. Ello, sin dejar de considerar que ninguna población está aislada del contagio del VIH, a pesar de la mayor concentración en la población HSH (ONUSIDA, 2015). Los esfuerzos de prevención se tendrían que llevar a cabo con el fin de controlar la infección y evitar su propagación a otros poblacionales.

Es necesario nutrir las técnicas y estrategias preventivas dirigidas a los hombres que tienen sexo con hombres con conocimientos específicos a dicha población, con la finalidad de desarrollar campañas efectivas. Con ayuda de nuevos estudios, los esfuerzos de las instituciones y el sector público deberían concentrarse en los aspectos cognitivos de mayor importancia, considerando factores específicos vinculados a las conductas de salud. Al contar con nueva información sobre su campo de acción, los centros de salud, públicos o privados, podrían revisar sus estrategias para proponer métodos de prevención asertivos.

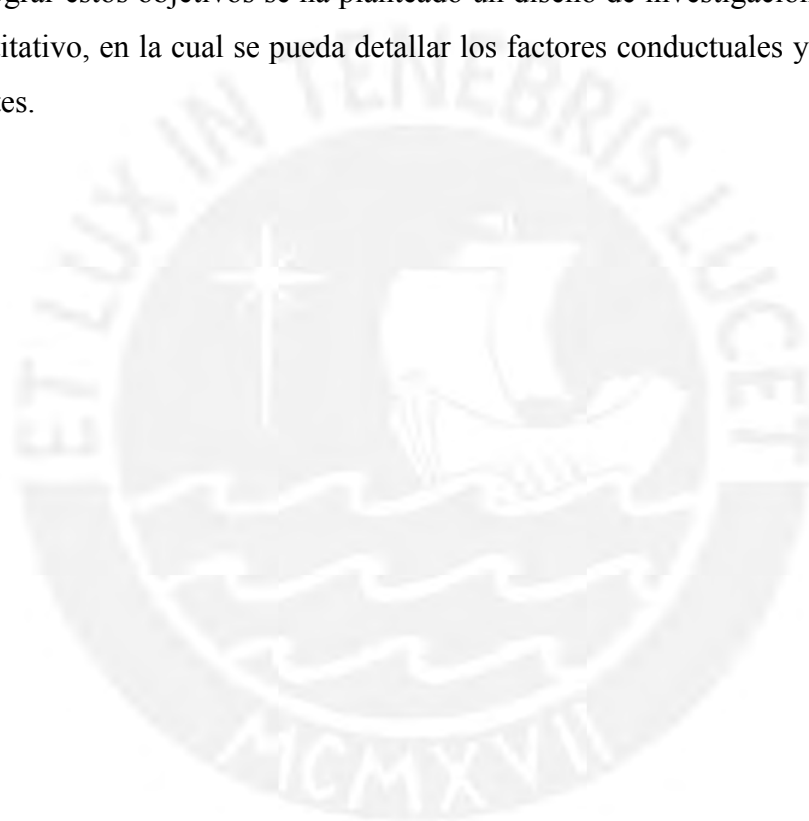
Lamentablemente, no se ha encontrado suficiente investigación sobre el modelo de creencias de salud en la población HSH de nuestro medio y, menos aún, investigaciones que relacionen dicho modelo al VIH. Conocer de manera exhaustiva el modelo de creencias de salud y su relación con las otras variables cognitivas, así como las conductas sexuales particulares de la población en cuestión, facilitará las intervenciones que tengan como objetivo hacer frente a la propagación del VIH. La evidencia que se genere en esta investigación conectará la cognición y las conductas de las personas de manera empírica y científica, evidenciando conexiones y abriendo camino a futuros estudios en nuestro contexto.

Aportar los posibles vínculos y relaciones entre los factores cognitivos y las conductas sexuales al conocimiento científico ayudará a generar y desarrollar modelos más integrados y efectivos. Frente a la gran incidencia y prevalencia del virus en la población HSH y el bajo porcentaje de uso de condón (Pun, 2015; Blas et al., 2011) es necesario reformular la forma en que se está dando la información e investigar otras variables que también interfieren con una práctica sexual responsable y segura.



Tomando en cuenta todo ello, es que la presente investigación pretende discutir de manera descriptiva los aspectos conductuales (conductas sexuales de riesgo) y aspectos cognitivos (conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia percibida) asociados al contagio del VIH en un grupo de HSH que asisten a una ONG en Lima. De manera específica, se analizará las posibles diferencias entre estas variables y las de tipo sociodemográfico (edad, orientación, conocimiento de estatus serológico y estatus serológico del participante); asimismo, se analizará las posibles relaciones que puedan existir entre los factores cognitivos y conductuales asociados al VIH en este grupo.

Para lograr estos objetivos se ha planteado un diseño de investigación descriptiva y de corte cuantitativo, en la cual se pueda detallar los factores conductuales y cognitivos de los participantes.



## Método

### Participantes

El grupo de participantes de la presente investigación estuvo compuesto por 56 hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) que asisten a una ONG en Lima. Se recopilaron datos de los participantes a partir de una ficha de datos (Apéndice A) y en el apéndice B se muestra el detalle, donde el promedio de edad del total de participantes fue de 29.95 años ( $DE=8.57$ ) con un rango entre los 20 y 54 años. Asimismo, el 82.1% autodefine su orientación sexual como homosexual, siendo el porcentaje restante correspondiente a aquellos participantes que se definen como bisexuales. Con respecto al estado serológico de los participantes, el 85.7% de ellos conoce su estado actual, de los cuales el 23.2% es seropositivo, 57.1% seronegativo, mientras que el 19.6% prefiere no revelarlo.

Todos los participantes que formaron parte de este estudio fueron invitados a participar por el investigador dentro de la ONG. Estas invitaciones se hicieron verbalmente a cada individuo y siguieron los criterios éticos de la investigación (confidencialidad, posibilidad de abandonar cuando quiera y que no había efectos negativos de la aplicación del instrumento) para lo cual firmaron un consentimiento informado (Apéndice C) el cual era firmado en caso de aceptar participar). Además, los participantes contaron con un espacio de consejería y soporte en caso quisieran conversar sobre algún tema en particular relacionado al VIH o a la prueba en general. Cabe resaltar que la ONG es un espacio de consultoría, medicina primaria, descarte de ITS y centro comunitario que se distingue por ser abierto e inclusivo con HSH y mujeres trans.

### Medición

Con el objetivo de medir las conductas sexuales de riesgo de los participantes del presente estudio, se usó el *Cuestionario confidencial de vida sexual activa (CCVSA)*. Este cuestionario fue construido por el Ministerio de Salud de Colombia junto con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (1997, citado en Uribe 2005;

Contreras, Carrobles y Juárez-Acosta, 2007). La prueba cuenta con 27 ítems divididos en dos partes; la primera se enfoca en recoger información sociodemográfica de los participantes (edad, sexo, estado civil, y NSE); la segunda parte se orienta hacia el tipo de relaciones sexuales (vaginal, anal y oral), el uso del condón, el número de parejas sexuales, las formas de prevenir la infección por el VIH y la prueba de diagnóstico del VIH.

Es importante resaltar que, para esta investigación, no se utilizó la primera parte de la prueba ya que el CCVSA abarca muchas áreas que permiten una caracterización detallada de la vida sexual de los participantes. En orden de cumplir con los objetivos del estudio, solo se tomaron en cuenta aquellos ítems que miden de manera independientemente las conductas sexuales de riesgo señaladas por la OMS (2015), dentro de los cuales tres de ellos midieron la frecuencia del uso del condón en tres tipos de contacto sexual (vaginal, oral y anal), mientras que el último evaluó si es que el participante ha tenido otra ITS en el último año. Los ítems tienen un formato de respuesta variado dependiendo de la pregunta y pueden ser de opción múltiple, dicotómica o escala Likert.

La validación se realizó en Colombia en el año 1997, donde se aplicó esta prueba a escolares de tres ciudades diferentes del país ( $n=4280$ ), población militar ( $n=120$ ) y a población institucionalizada de dos prisiones colombianas ( $n=161$ ). En dicha aplicación, al evaluar la confiabilidad se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.76. Posteriormente, en el 2007 se realizó un análisis de las propiedades psicométricas de esta misma prueba con 690 estudiantes universitarios con edad promedio de 21.77 años en Colombia. El CCVSA presentó un coeficiente de confiabilidad de 0.98. Asimismo, la validez del instrumento se obtuvo mediante un análisis por componentes principales, el cual reveló dos dimensiones: en la primera hay conductas de protección, pero no son constantes, mientras que en la segunda las conductas sexuales de riesgo se asocian a diferentes conductas de riesgo (alcohol, comportamiento delictivo, uso de sustancias) (Contreras et al., 2007).

Para evaluar los conocimientos con respecto al VIH, actitudes, vulnerabilidad percibida y la autoeficacia se utilizó la prueba *VIH-65* (Bermúdez, Buena-Casal y Uribe, 2005), la cual cuenta con 65 ítems traducidos y validados por Bermúdez, Sánchez y Buena-

Casal (2003) en España y fue adaptada al contexto colombiano por Bermúdez, Buena-Casal y Uribe (2005). La versión original fue de 164 ítems desarrollada por Paniagua y colaboradores (1994).

La versión original primero fue construida por Paniagua et al (1994), el cual partió de 352 ítems relacionados al VIH los cuales se redujeron a 164 luego de un análisis de contenido en adolescentes. Posteriormente Bermúdez et al (2003) tradujeron y adaptaron esta versión en 39 sujetos. Ellos hicieron una revisión de la prueba mediante criterio de 10 jueces y revisión del instrumento en diez fases. Según el criterio de Aiken (1985), en el caso de contar con 10 jueces se necesita por lo menos 8 de los jueces estén de acuerdo con el ítem, lo cual terminó en una disminución de ítems (citado en Escurra, 1988). La versión traducida fue evaluada y la confiabilidad de la prueba arroja para las áreas conocimientos un alfa de Cronbach de 0.73, ideas erróneas de 0.83, las actitudes negativas de 0.79, susceptibilidad 0.53 y autoeficacia 0.76 (Citado por Bermúdez et al. 2012).

El cuestionario tiene como objetivo evaluar de manera multidimensional las variables que la revisión científica relacionaba con la prevención del VIH. En ese sentido, las áreas de la prueba son conocimientos sobre el VIH (*Conocimientos*, 20 ítems); ideas erróneas sobre transmisión y prevención del VIH (*Ideas erróneas* 20 ítems), todas las respuestas de estas dos primeras sub-escalas se responden mediante ‘verdadero’, ‘falso’ o ‘no sé’; las actitudes negativas hacia personas con el VIH (*Actitudes negativas*, 5 ítems), actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH (*Actitudes positivas*, 5 ítems), actitudes neutras hacia los preservativos (*Actitudes neutras*, 5 ítems), susceptibilidad hacia la infección por VIH (*Susceptibilidad*, 5 ítems) y autoeficacia en el uso del preservativo (*Autoeficacia*, 5 ítems) son las cinco sub-escalas que cuentan con un formato de respuesta ‘acuerdo’, ‘desacuerdo’ y ‘no sé’, esto se debe a que en ellas se evalúa la opinión de la persona sobre cierto tema, mas no se evalúa un conocimiento correcto o incorrecto como en los dos primeros casos.

Un estudio que utilizó el VIH-66 realizado por Ramiro et al. (2013) con 1897 adolescentes de ambos sexos de edades fluctuantes entre los 14 y 18 años ( $M = 16.25$ ;  $DT = 1.47$ ) reportó índice alfa de Cronbach para las áreas Conocimientos de 0.65, Ideas

erróneas 0.79, Actitudes negativas 0.79, Susceptibilidad 0.66 y finalmente un 0.76 en Autoeficacia.

La confiabilidad de la prueba VIH-65 para la presente investigación se realizó por cada una de las áreas individualmente. La escala de conocimientos correctos sobre el VIH y la de ideas erróneas sobre la prevención y transmisión del VIH obtuvieron valores Kuder-Richardson satisfactorios de .71 y .58 respectivamente. La escala de susceptibilidad percibida obtuvo un valor de .32, mientras que la escala de autoeficacia obtuvo un valor de .37. Con respecto a las actitudes, la escala que evalúa actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH obtuvo un valor Kuder-Richardson de .48, siendo la escala de actitudes negativas hacia personas con el VIH la escala con el valor más bajo de todas, obteniendo .18. Debido a los bajos valores Kuder-Richardson, solamente se realizó en análisis de relación entre conocimientos correctos e ideas erróneas con las conductas de riesgo; mientras que con las demás escalas se realizó un análisis descriptivo a nivel de ítems.

## **Procedimiento**

Luego de obtener el permiso necesario por parte de la autoridad principal de la ONG para la realización de la investigación se procedió con la recolección de datos. Esta recolección fue llevada a cabo por el investigador, el cual se acercó a los pacientes que estaban en la sala de espera y les ofreció participar en una investigación universitaria de manera voluntaria. De aceptar, se les pidió que acompañasen al investigador a un espacio más privado, donde se les explicó el objetivo de la investigación, la duración, así como las normas éticas. Se les recordó que podían detener la investigación cuando quisieran y que podían realizar las preguntas necesarias. Luego se les solicitó leer el consentimiento informado y de aceptar, que lo firmasen. A partir de ese momento los participantes continuaban solos.

Durante la prueba algunos participantes hicieron preguntas, las cuales eran respondidas por el investigador. Al finalizar, se les ofrecía un espacio de consejería psicológica en VIH y de apoyo en caso la prueba los haya movilizó emocionalmente o

requiriesen algún tipo de asistencia. Cabe resaltar que el investigador cuenta con certificación como consejero en VIH e ITS emitida por la Universidad Cayetano Heredia en conjunto con la ONG Epicentro.

### **Análisis de datos**

El programa estadístico que se utilizó para analizar los datos fue el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su vigésima tercera y última versión. Luego de levantar la data y de tabular todos los resultados se procedió a correr análisis descriptivos de todas las partes de la prueba (media, desviación estándar y valores mínimos y máximos de cada sub escala y general), tanto de la ficha sociodemográfica como de las otras dos pruebas. Asimismo, se evaluó las frecuencias para ver si es que había datos perdidos o valores erróneos. A continuación, se determinó la normalidad de las pruebas, y como resultado dio que los resultados de las pruebas en la muestra no presentan una distribución normal.

Luego, se evaluó la confiabilidad mediante el Kuder-Richardson al evaluarse las respuestas de manera dicotómica por cada una de las áreas del VIH-65. Posteriormente, se realizó pruebas de frecuencia y descriptivos de dicha prueba con fin de analizar las respuestas por cada ítem. Con respecto a la prueba CCVSA se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos de aquellos ítems de interés para esta investigación. Las escalas de la prueba que resultaron ser válidas fueron ambas de conocimientos, tanto los correctos como la de ideas erróneas y es con ellas que se realizaron correlaciones de Spearman para determinar si es que hay o no relación entre las escalas y sus ítems para su posterior descripción.



## Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos luego de haber realizado el proceso de recolección de datos. En primer lugar, se presentará las frecuencias de respuesta en las preguntas relacionadas a las conductas sexuales de riesgo de la prueba CCVSA. Seguidamente, se presentan los estadísticos descriptivos de cada una de las sub-escalas de la prueba VIH-65, indicando su frecuencia en cada una de las respuestas e ítems. Finalmente se señala lo hallado de la relación entre las escalas de conductas con las de conductas de riesgo.

### *Sobre los factores conductuales*

Sobre el cuestionario confianza de vida sexual activa (CCVSA) se tomó en cuenta los ítems que según la literatura corresponden a una conducta sexual de riesgo (OMS, 2015). Estas fueron la práctica de relaciones sexuales (vaginales, orales y anales) sin protección y la presencia de una ITS en los últimos 12 meses.

Con respecto al sexo vaginal, tan solo cuatro personas (7.1%) del total de los participantes señaló haber practicado este tipo de relación sexual en el último año, de los cuales la mitad de ellos afirmó haber usado el condón todas las veces, mientras que los dos restantes indicaron haberlo usado algunas veces. En otras palabras, el 3.6 % del total de los participantes ha realizado alguna conducta de riesgo sexual de este tipo en el último año.

Siguiendo con la frecuencia de la práctica de sexo oral, el 92.9 % de los participantes lo han practicado el último año, de todos los participantes solo cuatro (3.6%) usaron condón todas las veces que lo practicaron, habiendo un 44.6% del total de casos que lo usó solo algunas veces y el mismo porcentaje admite no haberlo usado nunca. Es decir, 89.3 % de los participantes total han realizado conductas de riesgo sexual de este tipo en el último año.

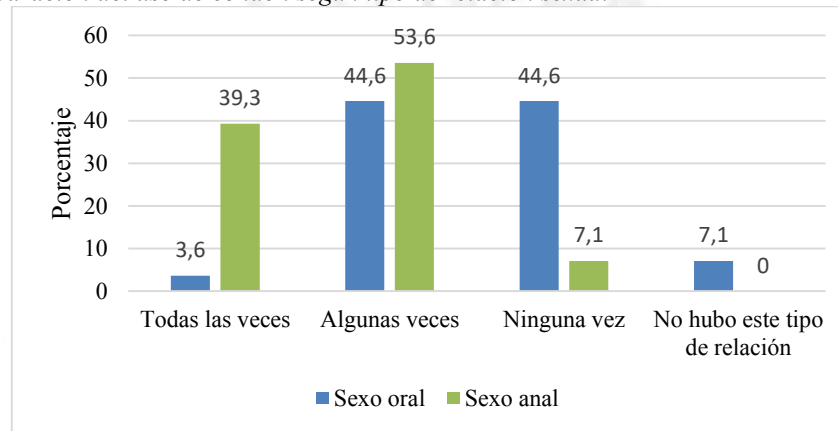
Respecto a la frecuencia a la práctica de sexo anal, el 100% de los participantes lo han practicado el último año y de ellos, menos de la mitad (39.3%) afirma haber usado el



preservativo en todos sus encuentros sexuales, el 53.6% refiere que lo usó algunas veces y un porcentaje menor (7.1%) señaló no haberlo utilizado nunca en este tipo de relaciones durante los últimos doce meses. Es decir, el 60.7% del total ha realizado conductas de riesgo sexual de este tipo en el último año.

En la tabla 7 podemos contrastar la frecuencia de uso del preservativo de manera comparada entre los dos últimos tipos de encuentros sexuales señalados: oral y anal. Puede observarse un mayor porcentaje de conductas de riesgo en prácticas orales que en las actividades sexuales anales.

Gráfico 1  
Comparación del uso de condón según tipo de relación sexual



Cuando se les preguntó a los participantes si en el último año se les había diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual, se encontró que el 46.4% de ellos afirman haber tenido una de éstas en ese periodo, mientras que el 44.6% que no ha tenido ninguna enfermedad de este tipo. El 8.9% de los participantes no se encontraba seguro de haber tenido una ITS en los últimos doce meses. No se encontraron diferencias en la realización de estas conductas de riesgo de acuerdo al conocimiento del estado serológico, el estatus serológico actual, orientación sexual reportada ni edad.

#### *Sobre los factores cognitivos*

En la tabla 1 se puede apreciar las respuestas en el área conocimientos correctos sobre el VIH. Puede observarse que en la mayoría de afirmaciones priman conocimientos correctos sobre las formas de infección del VIH; sin embargo, las afirmaciones que

presentan menores niveles de aceptación como conocimiento correcto son las referentes al reconocimiento de la abstinencia como forma de prevención del contagio (ítem 5: 71.4%; ítem 11: 73.2%), la idea de que el virus no tiene que ser asociado a una sintomatología visible (ítem 28: 75%) y la aceptación de que aún no hay cura de la enfermedad (ítem 26: 76.8%). El ítem 37 de la escala es el más controversial del área, alcanzando el nivel más bajo de acierto con 67.9%.

Tabla 1  
*Conocimientos Correctos en relación al VIH*

Ítem	Respuestas					
	Verdadero		No sabe		Falso	
	f	%	f	%	f	%
3. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad.	55	98.2	0	0	1	1.8
7. Hombres con el virus del SIDA pueden infectar mujeres.	55	98.2	0	0	1	1.8
4. Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen.	54	96.4	1	1.8	1	1.8
9. Recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA.	54	96.4	1	1.8	1	1.8
33. Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal.	54	96.4	0	0	2	3.6
10. Las mujeres con el virus del SIDA pueden infectar a los hombres.	53	94.6	1	1.8	2	3.6
24. Las personas con el virus del SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades.	53	94.6	2	3.6	1	1.8
40. Se puede contraer el SIDA a través de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad.	53	94.6	1	1.8	2	3.6
14. El virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer.	52	92.9	0	0	4	7.1
8. El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.	51	91.1	1	1.8	4	7.1
36. El virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.	49	84.5	0	0	7	12.5
32. El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.	52	82.9	2	3.6	2	3.6
1. Las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el virus del SIDA.	46	82.1	1	1.8	9	16.1
27. Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.	46	82.1	4	7.1	6	10.1
26. En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA.	43	76.8	9	16.1	4	7.1
25. Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el SIDA.	42	75.0	6	10.7	8	14.3
28. Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas	42	75.0	6	10.7	8	14.3
11. Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales.	41	73.2	3	5.4	12	21.4
5. Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales	40	71.4	4	7.1	12	21.4
37. Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA.	38	67.9	5	8.9	13	23.2

La segunda escala de la prueba, la cual evalúa las ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH, se puede ver en la tabla 2. En ella se analizó la distribución de las respuestas de los participantes para cada uno de los veinte ítems. Se puede observar que un porcentaje pequeño de los participantes presentan ideas erróneas sobre la enfermedad en términos generales. Sin embargo, la afirmación “*existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del SIDA*” es la que es más valorada como correcta cuando no lo es (32.1%). De manera específica, un grupo de 10.7% presenta ideas erróneas sobre la gravedad del VIH consignándolo como no grave o que lo es tanto como estar resfriado.

Tabla 2  
Ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH

Ítem	Respuestas					
	Verdadero		No sabe		Falso	
	f	%	f	%	f	%
22. Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del virus del SIDA.	15	32.1	13	23.2	25	44.6
16. Tener Sida no es grave, es como estar resfriado.	6	10.7	2	3.6	48	85.7
31. Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como un cepillo del cabello.	5	8.9	5	8.9	46	82.1
12. Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del SIDA.	4	7.1	5	8.9	47	83.9
18. Se puede evitar contraer el virus del SIDA haciendo deporte con regularidad.	3	5.4	4	7.1	49	87.5
20. Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos.	3	5.4	6	10.7	47	83.9
39. Se puede contraer el virus del SIDA en la piscina.	3	5.4	5	8.9	48	85.7
2. Se puede saber si una persona tiene el virus del SIDA con solo la mirarla.	2	3.6	3	5.4	51	91.1
34. Se puede contraer el virus del SIDA bebiendo de la misma taza o vaso que una persona con SIDA usó.	2	3.6	2	3.6	52	92.9
6. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada.	1	1.8	2	3.6	53	94.6
17. El estrés puede causar SIDA.	1	1.8	2	3.6	53	94.6
21. Se puede contraer el virus del Sida compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA.	1	1.8	1	1.8	54	96.4
38. El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA.	1	1.8	3	5.4	52	92.9
13. Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con SIDA.	0	0	1	1.8	55	98.2
15. Todas las personas con el virus del SIDA son homosexuales.	0	0	0	0	56	100.0
19. Es posible que una persona contraiga el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público utilizado por una persona infectada del virus.	0	0	1	1.8	55	98.2
23. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona con el virus.	0	0	0	0	56	100.0
29. Las personas pueden contraer el virus del SIDA con un simple apretón de manos.	0	0	0	0	56	100.0
30. El SIDA se ha encontrado sólo en hombres.	0	0	0	0	56	100.0
35. Se puede transmitir el virus del SIDA mediante abrazos.	0	0	0	0	56	100.0

En la tabla 3 se presenta las respuestas de los participantes a la escala percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH; se puede notar como las personas dieron respuestas contradictorias; por ejemplo, el 94.6% afirma que no le preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA (ítem 44), lo cual se contradice cuando el 83.9% afirma que sí le preocupa lo mismo (ítem 58). Es importante señalar, que ésta es la es la única escala con ítems inversos.

Tabla 3  
*Percepción de susceptibilidad para la infección de VIH*

Ítem	Respuestas					
	De Acuerdo		No sabe		En Desacuerdo	
	f	%	f	%	f	%
<b>44. No me preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA.</b>	53	94.6	1	1.8	2	3.6
<b>65. Creo que solo los homosexuales hombres deberías preocuparse del virus del SIDA.</b>	52	92.9	1	1.8	3	5.4
58. Me preocupa contraer el virus del SIDA.	47	83.9	0	0	9	16.1
<b>43. No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA.</b>	44	78.6	6	10.7	6	10.7
53. Creo que puedo contraer el SIDA.	34	60.7	12	21.4	10	17.9

En negrilla ítems inversos

Es en la tabla 4 donde se señalan las frecuencias de respuesta sobre la percepción de autoeficacia en el uso del preservativo. En esta escala, es evidente un nivel alto de percepción de autoeficacia. La gran mayoría de los participantes (90%) se ubican dentro de una autoeficacia completa o lograda, no habiendo personas que tengan una autoeficacia mala o baja.

Tabla 4  
*Percepción de autoeficacia en el uso de preservativo*

Ítem	Respuestas					
	De Acuerdo		No sabe		En Desacuerdo	
	f	%	f	%	f	%
41. Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón.	56	100	0	0	0	0
55. Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales.	54	96.4	1	1.8	1	1.8
52. Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya.	50	89.3	1	1.8	5	8.9
54. Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual.	50	89.3	2	3.6	4	7.1
47. Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente.	46	82.1	0	0	10	17.9

Con respecto al área actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el SIDA, se observan en la tabla 5 que la mayoría de los participantes presenta niveles superiores al 80% en la mayoría de los ítems, siendo “*debería permitirse que las personas con el virus*

del SIDA vivan en unidades residenciales” el ítem que presenta un porcentaje más bajo (44.6%).

Tabla 5  
*Actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el SIDA*

Ítem	Respuestas					
	De Acuerdo		No sabe		En Desacuerdo	
	F	%	f	%	f	%
48. Es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud.	56	100	0	0	0	0
49. Creo que a cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del virus del SIDA.	49	87.5	2	3.6	5	8.9
57. Debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos.	48	85.7	0	0	8	14.3
61. Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA asistan a clase.	47	83.9	2	3.6	7	12.5
60. Debería permitirse que las personas con el virus del SIDA vivan en unidades residenciales.	25	44.6	8	14.3	23	41.1

Finalmente, la última escala que concierne a las actitudes negativas hacia personas con SIDA se presenta en la tabla 6. Con respecto a ésta área, la mayoría de personas no presentan actitudes negativas. Sin embargo, salta a la vista que hay algunos participantes que consideran que lo que se invierte en el SIDA es demasiado (14.3%), así como también hay gente que se siente incómodo de usar el mismo baño y vestuarios que una persona con VIH (12.5%).

Tabla 6  
*Actitudes negativas hacia personas con SIDA*

Ítem	Respuestas					
	De Acuerdo		No sabe		En Desacuerdo	
	f	%	f	%	f	%
51. Se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades.	8	14.3	11	19.6	37	66.1
45. Me sentiría incómodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del SIDA.	7	12.5	6	10.7	43	76.8
42. Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene SIDA.	0	0	0	0	56	100
50. Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás.	0	0	2	3.6	54	96.4
64. Las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás.	0	0	2	3.6	54	96.4

Se exploró la relación entre las escalas con las conductas de riesgo de los participantes. Cabe señalar, que en tanto las únicas escalas con consistencia interna aceptable fueron conocimientos correctos e ideas erróneas, se procedió a analizar la relación entre estas y las prácticas de riesgo hallándose que no existen relaciones estadísticamente significativas entre ellas.





## DISCUSIÓN

El VIH es una enfermedad crónica y preocupante, se considera una epidemia concentrada, ya que en nuestro país ataca principalmente a población HSH (Pun, 2015). En ese sentido, es importante que los esfuerzos en salud se concentren también en intervenciones preventivas y de cuidado sexual en las poblaciones más afectadas (Bertozzi et al., 2006). La población HSH es un grupo de particular riesgo ya que es una población que incurre en prácticas como no protegerse en todas sus relaciones sexuales penetrativas, tener un uso infrecuente y poco constante del preservativo; y ello, se da, incluso conociendo la utilidad, importancia y necesidad de protegerse durante las relaciones sexuales (Gálvez-Buccollini et al., 2009; Morell et al., 2014; OMS, 2015; Pun, 2015).

En el caso de este estudio, encontramos resultados alarmantes que apoyan la noción de por qué esta población presenta conductas de riesgo. Al momento de analizar los aspectos conductuales asociados al riesgo de contagio del VIH de las personas HSH evaluadas se encontró una tasa alta de personas que incurren en prácticas sexuales de riesgo, incluso llegando a ser mayores que los obtenidos en otros estudios (Blas et al., 2011; Catacora y Villanueva, 2007; Escalante et al., 2008; Gálvez-Buccollini et al., 2009; Morell et al., 2014). Por ejemplo, en el caso del sexo vaginal que, si bien es la práctica menos realizada dentro del grupo (7.1% del total), la mitad de los casos no fue protegido. Esta cifra es similar a la obtenida por Blas et al. (2011) donde se halló, en una muestra similar en términos de orientación sexual, que el 51% no se protegía en el mismo acto sexual.

Si bien la cantidad de casos (7.1% del total) que tuvieron relaciones sexuales de tipo vaginal es pequeño en esta muestra, podría ser un reflejo de lo que está sucediendo en términos más generales, escapando incluso a la orientación sexual de la persona. Por ejemplo, en el estudio de Gálvez-Buccollini et al. (2009) se halló que el 51.7% de muestra de varones, la mayoría de ellos heterosexuales, no uso preservativo en la misma situación.

Ello lleva a reconocer la importancia de tener en cuenta toda la población masculina al momento de generar proyectos y campañas que apunten a disminuir la incidencia del VIH. Esto debido a que muchas veces éstas se enfocan en HSH y en las



prácticas homosexuales, dejando de lado que esa misma población también se relaciona con mujeres de manera sexual.

La situación es más alarmante con las prácticas sexuales orales ya que se encontró un porcentaje mayor de personas que no se protegen en este tipo de relación. En este caso, el 93% de las personas consultadas para este estudio tuvo relaciones sexuales orales, de las cuales un 90% no se protegió en alguna oportunidad. Estas cifras sobrepasan a las obtenidas en otros estudios (Blas et al., 2011; Escalante et al., 2008), lo que invita a reflexionar las razones por las cuales una población tan cercana a un centro de salud sexual y siendo supuestamente más consciente de los peligros del sexo desprotegido, del riesgo de infecciones en prácticas sexuales y de las formas correctas de protección, incurre en esta práctica de riesgo.

En la presente investigación, 6 de cada 10 hombres no se ha protegido de manera adecuada en sus relaciones sexuales penetrativas anales en el último año. Esta cifra es mayor a la obtenida por otros estudios nacionales (Alarcón et al., 2012; Blas et al., 2011) con el 50% en una muestra con características similares e incluso es superior a las obtenidas en poblaciones más lejanas, ya sea por la edad (Catacora y Villanueva, 2007), el consumo de drogas (Gálvez-Buccollini et al., 2009) u orientación sexual (Escalante et al., 2008). La incidencia de conductas de riesgo sexuales es mayor que la reportada en población HSH en otros países como España (Morell et al., 2014).

Estos resultados son preocupantes principalmente por dos razones. La primera es que se está frente a una población con mucho peligro de infección de VIH o cualquier ITS (Alarcón et al., 2012; Blas et al., 2011; Catacora y Villanueva, 2007; Pun, 2015). La necesidad de tomar acción y de generar campañas que reduzcan estos casos de desprotección sexual es necesario y urgente, sobretodo en una población que está tan en cercanía con la infección, por la misma razón que se encuentra concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres. La segunda razón es alarmante debido a que está trabajando con una población particularmente más sensible, instruida y capacitada sobre el VIH. La muestra fue recogida de un centro de salud especializado en temas de salud sexual y en dónde se suelen hacer campañas de despistaje de VIH/ITS y de promoción de prácticas sexuales seguras, lo que deja en duda la resonancia de estas capacitaciones con las personas que se trabaja. Estos resultados invitan a replantear la forma en la cual el

centro está previniendo nuevas infecciones con la gente que los frecuenta, así como también se insta a realizar una mayor cantidad de investigaciones.

Otro de los factores sexuales de riesgo es la presencia de una ITS previa que puede hacer más posible el contagio de VIH (OMS, 2015) y que, lamentablemente, en la muestra evaluada se presenta en un 46.4% de los casos, lo que puede aumentar hasta 53.5% si tomamos en cuenta que hay ciertos participantes que no se encontraban seguros sobre una ITS previa. Estos resultados corresponden con los obtenidos por la dirección general de epidemiología del MINSA (2016) y de la OMS (2016) en el cual se señala que los varones representan la mayoría de casos de ITS, independientemente de su orientación sexual (Cáceres, Mendoza, Konda y Lescano, 2007).

Una forma de buscar posibles explicaciones a las razones por las cuales los HSH de esta muestra no se protegen en sus relaciones sexuales puede ser a través del modelo de creencias de salud. Esta teoría apunta a prevenir el riesgo y de proteger a la persona de aquellos peligros que atentan a la salud (Barra, 2003; Flórez, 2007; Moreno y Gil, 2003; Rosenstock et al., 1994). Es necesario buscar creencias psicológicas que traten de dar explicación a la poca eficacia de las campañas preventivas y, eventualmente, usarlas para tratar de hacer una conducta de salud más atractiva para el individuo (Abraham y Sheeran, 2005; Flórez, 2007; Rosenstock, 1994).

Las campañas que buscan atenuar la frecuencia de prácticas sexuales de riesgo normalmente apuntan a la difusión de conocimientos sobre el VIH, mas no a la comprensión de los riesgos reales. Lo dicho coincide con lo hallado en la presente investigación, en donde se ve que a pesar de ser un grupo HSH con adecuados conocimientos correctos sobre el VIH y pocas ideas erróneas, ninguna de estas áreas correlacionó con las conductas de riesgo. El ser instruido o capacitado sobre el VIH, sus formas de contagio y de prevención no es suficiente para que las personas ejerzan un mayor cuidado en sus relaciones sexuales (Bermúdez et al., 2012).

Desgraciadamente, la medida elegida para evaluar los factores cognitivos que podrían asociarse a las prácticas de riesgo resultó tener índices de consistencia interna muy bajos, a excepción de las escalas de conocimientos correctos e ideas erróneas. Ello podría deberse a la complejidad y reto en la construcción de un instrumento que cuantitativamente mida creencias de salud. Sería interesante buscar los factores asociados a las prácticas

sexuales de manera cualitativa o incluso mixta con lo cuantitativo. De esta manera se abarcará de manera más específica aquellos factores que son necesarios evaluar para correlacionarlos con las conductas sexuales de riesgo y tener índices más certeros.

La prueba VIH-65 resultó ser compleja y presentó varias complicaciones no esperadas, como las otras cuatro escalas de las pruebas VIH-65 (susceptibilidad, autoeficacia, actitudes positivas y actitudes negativas) que no llegaron a alcanzar un valor satisfactorio de consistencia interna. Esto puede tener diversas razones: algunos ítems pudieron haber generado controversia o confusión en los evaluados u otros pueden no haber entendido lo que realmente se quiso plasmar en el ítem.

En el caso de la escala de conocimientos correctos, en su mayoría reportaron altos niveles en esta escala. Sin embargo, se reportaron ciertas dudas sobre la cura del VIH (“*en la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA*”) lo cual puede estar relacionado con la gran cantidad de teorías conspiratorias sobre este tema que existen, tal como sucede en el estudio de Ross, Essein y Torres (2006), donde se señala que el 55% de latinos encuestados en Estados Unidos afirma que el Estado tiene una cura para el VIH pero no la distribuye. Se encontraron, también, ítems que resultaron ser confusos para la muestra. Tal es el caso del ítem “*los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA*”, el cual obtuvo un puntaje de verdadero distantemente más bajo (67.9%) al resto dentro de la escala de *conocimientos correctos*; esto puede deberse a que el ítem genera confusión sobre lo que significa un homosexual masculino versus, quizás, uno femenino y porqué sería esto una asociación con el riesgo de contagio, además que puede interpretarse al ítem como una medida de prejuicio a la comunidad. Asimismo, no está demás señalar que no son las personas y sus características las que están en riesgo, sino que es la presencia de conductas riesgosas las que colocan a la persona en una situación de vulnerabilidad frente al virus (ONUSIDA, 2011).

Con respecto a los siguientes dos ítems más bajos en la misma escala, ítem 5 (“*Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales*”) e ítem 11 (“*Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales*”), ambos obtuvieron resultados muy similares, lo cual tiene sentido debido a que quieren decir lo mismo.

Resalta que hay personas que no consideran la abstinencia como forma realista de reducción de contagio del VIH, lo cual puede ser indicador de personas que no están conscientes de que el tener relaciones sexuales es la principal forma de contagio de VIH en nuestro país (Pun, 2015).

A nivel de la escala ideas erróneas, se encuentra que existen pocas ideas de este tipo sostenidas por esta muestra. Se comprende que un porcentaje importante (32%) considere que existe tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del VIH ya que en los últimos se han desarrollado técnicas como el PreP. El *Pre-exposure prophylaxis (PreP)* o profilaxis pre-exposición (ONU, 2015) es un tratamiento médico con eficacia bastante elevada y que la ONU recomienda desde setiembre del 2015 a todas aquellas personas que se encuentren en riesgo de contagio alto como método adicional al preservativo. Se podría plantear, entonces, que casi un tercio de los participantes está enterado de este nuevo avance en la prevención del VIH, lo cual sería necesario confirmar en próximos estudios, así como también se puede postular que dicho resultado puede deberse a que la prueba está desactualizada en algunos ítems; por lo tanto, hay algunos ítems que en el momento de su creación se tomaron como falsos, cuando ahora son verdaderos.

Sin embargo, llama la atención que un 10% de los evaluados consideren que el SIDA no es una enfermedad grave y lo comparen con un resfriado. Lo cual podría deberse a mecanismos defensivos de las personas tales como la racionalización o la minimización, incluso también puede deberse a temas de información, por lo que se considera sumamente necesaria investigación de corte cualitativo, y de esta manera definir aquellas razones por las cuales se está considerando el VIH como agudo y no como crónico.

En el caso particular de la escala de susceptibilidad algunos de sus ítems son opuestos y se contradicen entre sí, lo cual genera confusión al momento de analizar los resultados. Esto puede deberse a que, probablemente, los participantes no captaron la pregunta en el sentido negativo o no fueron sinceros. En general, por los resultados obtenidos en esta sub-escala se recomienda una evaluación distinta para medir la susceptibilidad frente al VIH, ya que, cómo menciona Tavera (2012) la susceptibilidad de las personas está también en función a la cercanía que se sienta con el enunciado, por ejemplo, cuando se trata de evaluar el propio riesgo, las personas puntúan bajo en

susceptibilidad, mientras que si se trata del riesgo posible de otro, un tercero, se puntúa más alto. Un claro ejemplo de esto se ve en esta investigación, ya que el 92% que señala que los homosexuales deberían preocuparse por dicho virus (recordando que el 82% del total se considera homosexual y el resto bisexual), se contradice con el 78.6% que afirma no ser el tipo de persona que pueda contraer del virus.

La escala referente a la percepción de autoeficacia es particularmente alta en comparación al resto de las escalas. Sin embargo, el ítem 47 (“*Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente*”) resultó ser el más bajo entre todos (82%), lo que podría dar señales de que hay personas en el grupo evaluado que no se sienten capaces de conseguir preservativos por su cuenta, o que el acceso a estos no es tan simple. Esto puede ser punto de partida para una próxima pregunta de investigación la cual indague sobre qué tan sencillo es obtener o comprar condones para los HSH en Lima.

El ítem “*debería permitirse que las personas con el virus del SIDA vivan en unidades residenciales*” de la escala de actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el SIDA es el único que puntúa por debajo del 80% en las respuestas “de acuerdo”, llegando solo al 44.6%. Este fue un ítem complejo para la comprensión de algunos participantes, lo que llevó a que consultaran al encuestador sobre la lógica del ítem (preguntas como: “¿se refiere a aisladas?”, “¿quiere decir alejadas del resto de la población?”, etc.), lo cual evidencia una necesidad de reformulación de este ítem para futuras investigaciones, esclareciendo el significado y la idea que se quiere plasmar.

A pesar de ello, este estudio vio importante hacer análisis a nivel de ítems a nivel de frecuencias, así como las correlaciones con las variables sociodemográficas; esto porque, se consideró útil brindar alguna guía para futuras investigaciones que implementen mejoras en la generación de instrumentos de medición, así como brindar indicio de creencias particulares que podrían aclarar el porqué de las conductas de riesgo.

Con el fin de buscar diferencias entre las tablas, se corrieron pruebas de tablas cruzadas (*cross tabs*) con las escalas de las pruebas. No se hallaron dichas referencias, lo cual puede deberse los problemas en los ítems y escalas discutidos previamente.

Resumiendo, queda claro que las prácticas sexuales de los participantes en cuestión no están siendo protegidas de la manera adecuada. Conocer y captar la realidad de estos indicadores es sumamente importante para empezar a trazar una línea sobre la cual

podamos desarrollar nuevas estrategias de prevención y protección sexual. Si bien parece ser una muestra con conocimientos correctos sobre el VIH y pocas ideas erróneas, no necesariamente se relaciona con sus conductas. Es necesaria mayor investigación sobre estos temas, quizás aplicando una prueba de conocimientos del VIH más aguda, que logre captar en más detalle conocimientos no tan comunes y amplios como de la prueba utilizada, así como también en las demás escalas de factores cognitivos. Así como también se recomienda el uso de métodos de medición con cualitativo y cuantitativo, con el fin de tener resultado más certeros y concretos.

La presente investigación ha presentado ciertas limitaciones que resultan necesarias de discutir para que haya resultados de calidad. La necesidad de abarcar una población mayor de HSH, así como también más diversa entre ellos mismos, es sumamente importante para potenciar campañas de salud y prevención. En esta investigación se recogió resultados en una ONG que se especializa en población con estas características, y por lo general suelen realizar campañas informativas, discusiones abiertas y charlas con expertos a fin de concientizar a la población y de brindar conocimientos sobre el cuidado sexual. Esto hace que la población HSH sea muy homogénea y se tienda a una inclinación de los resultados y, si en cambio, se recogen los datos en diferentes ONGs de Lima o en los centros de salud dónde estos participantes vayan.

Así mismo, se hace un reconocimiento de la necesidad de crear o adaptar mejores y más modernos instrumentos para medir los factores asociados al contagio de VIH. Las investigaciones acerca de este virus han avanzado mucho desde la creación de los instrumentos, por lo que se hace imprescindible la modernización. Sin esto, es complicado sacar conclusiones certeras acerca de las razones por las cuales se incurre a estas prácticas de riesgo sexual. De mismo modo, es necesario hacer hincapié en la necesidad de generar mayor interés por este tipo de temas en organismos relacionados a la salud pública del Perú, con el fin de encontrar factores y variables que se asocien de manera directa con las conductas para poder, luego, trabajar sobre ellas con el fin de disminuir progresivamente el alto índice de prevalencia del VIH.



## Referencias

- Abraham, C. y Sheeran, P. (2005). The Health Belief Model. En M. Conner y P. Norman. (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp. 28-80). Londres: Open University Press.
- Adams, L., Stuewig, J., Tangney, J. y Kashdan, T. (2014). Perceived susceptibility to AIDS predicts subsequent HIV risk: a longitudinal evaluation of jail inmates. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 544-523. DOI: 10.1007/s10865-013-9507-8
- Aiken, L. (1985). Three Coeficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142
- Alarcón, J., Pun, M., Gutiérrez, C., Whittembury, A., Tejada, R., Suárez, L., Rosell, G., Bórquez, A. y Cuchi, P. (2012) Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: resultados de la aplicación del modelo matemático MoT. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(4), 452-460.
- Anderson, J., Kann, L., Holtzman, D., Arday, S., Truman, B. y Kolbe, L. (1990). HIV/AIDS Knowledge and Sexual Behavior Among High School Students. *Family Planning Perspectives*, 22(6), 252-255.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Baum, A. (1997). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Becker, M. H. (1974). The health believe model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Belcher, L., Sternberg, M. R., Wolitski, R., Halkitis, P., Hoff, C. y Seropositive Urban Men's Study [SUMS] (2005). Condom use and perceived risk of HIV transmission among sexually active HIV-Positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention: The Guildford Press*, 17(1), 79-89.



- Bermúdez, M., Buela-Casal, G. y Uribe, A. (2005). Adaptación al colombiano de la escala VIH-65. Granada: Universidad de Granada.
- Bermúdez, M., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (2003) Adaptación castellana de la escala VIH-164. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 95-111.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 235-249.
- Bertozi, S., Padian, N., Wegbreit, J., DeMaria, L., Feldman, B., Gayle, H., Gold, J., Grant, R. y Isbell, M. *HIV/AIDS Prevention and Treatment. Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2(18), 331-369.
- Beyrer, C., Baral, S., van Grinsven, F., Goodreau, S., Charialertsak, S., Wirtz, A. y Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380, 367-377. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60821-6
- Blas, M.M., Alva, I.E., Cabello, R., Carcamo, C. y Kurth A.E. (2011). Risk Behaviors and Reasons for not Getting Tested for HIV among Men Who Have Sex with Men: An Online Survey in Peru. *Plos One*, 6(11), 1-6. DOI:10.1371/journal.pone.0027334
- Cabieses, B., Ferrer, L., Villarroel, L., Tunstall, H. y Norr, K. (2010). Relación entre conocimientos sobre VIH, percepción de vulnerabilidad y conductas sexuales de riesgo en trabajadores de salud primaria en Chile. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 777-789.
- Cacéres, C., Mendoza, W., Konda, K. y Lescano, A. (2007) *Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH e infecciones de transmisión sexual en el Perú: información disponible hasta febrero 2007*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud.
- Catacora, F. y Villanueva, J. (2007). Conocimientos sobre VIH y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3), 240-247.

- Contreras, F., Carrobles, J. A. y Juárez-Acosta, F. (2007). Propiedades psicométricas del “Cuestionario confidencial de Vida Sexual Activa” para evaluar conductas de riesgo en VIH-SIDA. *Psicología Conductual*, 15(1), 5-27.
- Couóh, M. y Vera, L. (2006). Autoeficacia ante conductas de riesgo para la infección por VIH en jóvenes de Sinaché, una comunidad rural de Yucatán, México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 7(1), 35-51.
- Eiser, R. (1997). Attitudes and beliefs. En A. Baum, Newman, S., Weinman, J., West, R., McManus, C. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 03-06).
- Escalante, L., Cerrón, C. R., Salazar, A. y Mezones E. (2008). Descripción de la conducta sexual en adultos jóvenes limeños. *Revista Horizonte Médico*, 8(1), 73-80.
- Escurra, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología*, 6(1, 2), 103-111.
- Feeney, J., Peterson, C., Gallois, C. y Terry, D. (2000). Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behavior in late Adolescence. *Psychology & Health*, 14(6), 1105-1122. DOI: 10.1080/08870440008407370
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud: Promoción y prevención*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (2014). Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Medicina Clínica*, 20(10), 1-6.
- Gálvez-Buccollini, J., DeLea, S., Herrera, P., Gilman, R. y Paz-Soldan, V. (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. *Bio Medical Center Public Health*, 23(9). Doi: 10.1186/1471-2458-9-23
- Herrera, M., Konda, K., Leon, S., Deiss, R., Brown, B., Calvo, G., Salvatierra, H., Cáceres, C. y Klausner, J. (2016). Impact of alcohol use on sexual behavior among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 174-154.
- Hollar, D. y Snizek, W. (1996). The influence of knowledge of HIV/AIDS and self-esteem on sexual practices of college students. *Social Behavior and Personality*, 24(1), 75-86. DOI: 10.2224/sbp.1996.24.1.75.

- Holmes, K.K., Levine, R. y Weaver, M. (2004). Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 454-461.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], (2010). Perú: Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH, 2008: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Varones. Lima: INEI.
- Jemmott, J., Sweet, L. y Gong, G. (1992) Reductions in HIV Risk-Associated Sexual Behaviors among Black Male Adolescents: Effects of an AIDS Prevention Intervention. *American Journal of Public Health*, 82(3), 372-377.
- Kusunoki, L., Gunaira, J., Navarro, C. y Velásquez, C. (2005). Report on monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS 2005. *United Nations General Assembly Special Sessions on HIV/AIDS*. Recuperado de [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006\\_country\\_progress\\_report\\_peru\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_peru_en.pdf)
- Li, X., Lei, Y., Wang, H., He, G. y Williams, A. B. (2016). The Health Belief Model: A Qualitative Study to Understand High-risk Sexual Behavior in Chinese Men Who Have Sex With Men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 27(1), 66-76. DOI: 10.1016/j.jana.2015.10.005
- Mendoza, J. y Ortíz, L. (2009). Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con otros hombres de Ciudad Juárez. *Revista de Salud Pública*. 11(5), 700-712.
- Ministerio de Salud [MINSA] (2010). ¿Cómo se previene el VIH?. *Dirección General de Salud de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA*. Recuperado el 20 de Abril del 2016 en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=1&Opc=2>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2016). MINSA actualiza aspectos preventivos y de diagnóstico temprano en atención de las personas con VIH. Publicado el lunes 19 de enero en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=15995>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2016). Situación Epidemiológica de la Hepatitis B en el Perú. *Boletín Epidemiológico*, 25(5), 91-94.

- Morell, V., Gil, M. y Ballester, R. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 409-414.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias de salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.
- Murphy, D., Stein, J., Schlenger, W., Maibach, E. y Multisite HIV Prevention Trial Group [NIMH] (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*, 20, 281-290. DOI: 10.1037/0278-6133.20.4.281
- Mustanki, B. (2008). Moderating Effects of Age on the Alcohol and Sexual Risk Taking Association: An Online Daily Diary Study of Men Who have Sex with Men. *AIDS behavioral Journal*, 12, 118-126. Doi: 10.1007/s10461-007-9335-3.
- Navarro, E. y Vargas, R. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*, 19, 14-24.
- Orcasita, L., Uribe, A. y Valderrama, L. (2013). Conocimientos y Actitudes frente al VIH en padres de familia de adolescentes colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 59-73.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Setiembre, 2015). *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *VIH*. Recuperado el: 14 de Noviembre del 2016.
- Organización de las Naciones Unidas para el SIDA [ONUSIDA]. (2011). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*.
- Outlaw, A., Phillips, G., Hightow-Weidman, L., Fields, S., Hidalgo, J. Halpern-Felsher, B., Green-Jones, M. y The Young MSM of Color SPNS Initiative Study Group. (2011).

- Age of MSM Sexual Debut and Risk Factors: Results from a Multisite Study of Racial/Ethnic Minority YMSM Living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(1). Doi: 10.1089/apc.2011.9879
- Paniagua, F., O'Boyle, M., Dineen, K., Ramirez, S., Holmes, W., Nieto, F. y Smith, E. (1994). AIDS-Related Items for Developing an AIDS Questionnaire for Children and Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9(3), 311-339.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH [ONUSIDA] (2011). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA – Versión revisada*. Ginebra: ONUSIDA.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH [ONUSIDA] (2015). *El SIDA en cifras 2016*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.620?lang=en>
- Pun, M. (2015). *Situación de la Epidemia de VIH en el Perú*. Presentación, Dirección General de Epidemiología. Lima: Ministerio de Salud.
- Ramiro, M., Teva, I., Bermúdez, M. y Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Rosenstock, I., Strecher, V. y Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. En R. J. DiClemente et al. (Eds.), *Preventing AIDS* (pp. 5-23). New York: Springer+Business Media.
- Ross, M., Essein, E. y Torres, I. (2006). Conspiracy Beliefs about the Origin of HIV/AIDS in Four racial/Ethnic Groups. *Journal of Acquire Immune Deficient Syndrome*, 41(3), 342-344. DOI: 10.1097/01.qai.0000209897.59384.52
- Salazar, A., Santa María, A., Solano, I., Lázaro, K., Arrollo, S., Araujo, V., Luna, D. y Echazu, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y

- comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7(2), 79-85.
- Sánchez-Gómez, A., Jacobson, J., Montoya, O., Magallanes, D., Bajaña, W., Aviles, O., Esparza, T., Soria, E., González, M., Morales-Miranda, S., Tobar, R. y Riera, C. (2014). *HIV/ STI and Behavioral Risk among Men who have Sex with Men in a Setting of Elevated HIV Prevalence along Ecuador's Pacific Coast*. AIDS and Behavior. New York, Estados Unidos: Springer Science+Business.
- Tavera, M. (2012). Representaciones del VIH y percepción de riesgo en adolescentes de nivel socioeconómico bajo (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Uribe, A. (2005). Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH en adolescentes colombianos (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Uribe, A. y Orcasita, L. (2011a). Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Revista de psicología: Universidad de Antioquia*, (3)1, 39-57.
- Uribe, A. y Orcasita, L. (2011b). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH en profesionales de la salud. *Avances en enfermería*, 19(2), 271-284.
- Uribe, A., Vergara, T. y Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1513-1533.
- Vera, L., López, N., Orozco, L. y Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta médica Colombiana*, 26(1), 16-23.
- Zea, M., Reisen, C., Poppen, P. y Bianchi, T. (2009). Unprotected Anal Intercourse Among Immigrant Latino MSM: The Role of Characteristics of the Person and the Sexual

Encouter. *AIDS Behavior – Springer Science*, 13, 700-715. DOI: 10.1007/s10461-008-9488



## Apéndice A

### Datos Sociodemográficos

Nr. \_\_\_\_\_

1. Sexo: M  F
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. ¿Conoce usted su estado serológico actual, es decir, sabe si es VIH (+) o VIH (-)?  
 Sí.  
 No.
4. ¿Cuál es su estado serológico?  
 Positivo  
 Negativo  
 No sabe  
 Prefiero no revelarlo
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último año con otro hombre? (Penetrativa)  
 Sí.  
 No.
6. ¿Cómo define Usted su orientación sexual?  
 Homosexual  
 Bisexual  
 Heterosexual



## Apéndice B

### Resumen Datos Sociodemográficos

#### *Frecuencia de la edad*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	29.95	8.574	20	54

#### *Resumen resultados obtenidos de la ficha sociodemográfica*

	Respuesta	f	%
¿Conoce usted su estado serológico actual, es decir, sabe si es VIH (+) o VIH (-)?	Si	48	85.7
	No	8	14.3
¿Cuál es su estado serológico?	Positivo	13	23.2
	Negativo	32	57.1
	No sabe	7	12.5
	Prefiero no revelarlo	4	7.1
¿Cómo define Usted su orientación sexual?	Homosexual	46	82.1
	Bisexual	10	17.9

## Apéndice C

### Consentimiento informado

N° \_\_\_\_\_

#### **Algunos factores del modelo de creencias de salud y conductas sexuales de riesgo en un grupo de HSH**

Al firmar el presente documento, acepto participar, de manera voluntaria, del Proyecto de Investigación al cuál estoy siendo invitado; realizado por el estudiante de psicología Guillermo Guerra Enríquez (20100571), alumno de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Me ha sido explicado y comprendo que el propósito de la investigación busca conocer algunas características referidas a mis prácticas sexuales y temas afines. Para ello, entiendo que se me solicitará responder una ficha de datos y dos cuestionarios, proceso que durará aproximadamente entre 25 y 30 minutos.

Es de mi conocimiento que información que brinde es totalmente confidencial debido al carácter anónimo de los cuestionarios y que las pruebas que se me aplicarán no resultarán perjudicial para mí. Además, confirmo estar informada/o que no se me podrá brindar ningún tipo de resultado.

Por último, me queda claro que mi participación es totalmente voluntaria y que, si deseo, puedo retirarme de la evaluación en cualquier momento.

En función a lo leído y entendido de este consentimiento deseo participar en la investigación.

Se le agradece de antemano, su apoyo, participación, tiempo y sinceridad.

---

Firma del participante

---

Firma del investigador

En caso tenga dudas o preguntas favor comunicarse con mi asesora Mg. Mónica Cassaretto Bardales mediante el siguiente correo electrónico: [mcassar@pucp.edu.pe](mailto:mcassar@pucp.edu.pe)