

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA



“ESTIGMA AL VIH, REDES DE APOYO Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN
JÓVENES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES”

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E. AXEL GERARDO MALDONADO MORENO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ROSARIO EDUARDO APODACA ARMENTA.

DRA. DAFNE ASTRID GÓMEZ MELASIO

LOS MOCHIS, SINALOA, MÉXICO, MARZO 2026.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso



Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd.
Universitarios
C.P. 80010 Culiacán Sin. Méx.
Tel (667) 713 78 32 y
(667) 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

Agradecimientos

La presente tesis fue realizada gracias al apoyo académico, institucional y personal de diversas personas e instancias, a quienes expreso mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, agradezco a la Universidad Autónoma de Sinaloa, en particular a la Facultad de Enfermería Mochis, así como al programa de la Maestría en Ciencias en Enfermería, por brindarme la formación académica y los espacios necesarios para el desarrollo de este trabajo de investigación durante el periodo 2023–2025.

Expreso un especial y profundo agradecimiento al Dr. Rosario Eduardo Apodaca Armenta, director de esta tesis, por su acompañamiento, orientación y compromiso a lo largo de estos dos años de formación en la maestría. Su apoyo constante, así como sus conocimientos y experiencia, fueron fundamentales para la culminación de este proyecto académico.

Asimismo, agradezco a la Dra. Dafne Astrid Gómez Melasio, codirectora de tesis, quien además me recibió durante mi estancia académica realizada en el periodo de junio a agosto de 2025, brindándome apoyo y orientación que contribuyeron de manera significativa a mi crecimiento académico en el posgrado y al fortalecimiento del trabajo de tesis. De igual forma, agradezco a las Dra. Carolina Valdez Montero y Dra. Liliana Salcido Cibrián, en su calidad de asesoras, por las observaciones, acompañamiento y aportaciones realizadas de manera continua, las cuales favorecieron mi formación académica y el desarrollo de esta investigación a lo largo de los distintos seminarios cursados.

Agradezco también a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti) del Gobierno de México, por el otorgamiento de la beca que hizo posible mi dedicación a los estudios de posgrado durante el periodo 2023–2025.

De manera especial, agradezco a mi familia, en particular a mi madre, Zabeida Moreno Félix, por su apoyo incondicional, su acompañamiento constante y su confianza en mí en cada etapa de este proceso. A mi hermana, Nohely Maldonado Moreno, por estar siempre presente durante este camino académico, y a mi tía, Ana Lilia Moreno Félix, por creer en mí y motivarme a seguir adelante en los momentos más retadores.

Finalmente, agradezco a mi pareja, Héctor Alejandro Urías Díaz, por ser una persona fundamental en mi vida, por su apoyo constante, su confianza en mí y por acompañarme durante este tiempo, estando siempre a mi lado para afrontar los retos y celebrar los logros alcanzados.

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mi madre, Zabeida Moreno Félix, por su apoyo incondicional, su fortaleza y su acompañamiento constante a lo largo de mi formación académica.

A mis hermanas, Nohely y Grecia, y a mi tía, Ana Lilia Moreno Félix, por su confianza, motivación y respaldo permanente durante este proceso.

Asimismo, dedico este trabajo a mi pareja, Héctor Alejandro Urías Díaz, por su apoyo, comprensión y compañía durante mis estudios de posgrado, así como por compartir conmigo los retos y logros alcanzados.

También, dedico esta tesis a mí mismo, por mi constancia durante todo el proceso, el esfuerzo dedicado día a día a su desarrollo y elaboración, y la perseverancia demostrada a lo largo de este proceso académico.

Finalmente, agradezco de manera especial a los jóvenes HSH que participaron en este estudio, por su confianza, apertura y disposición para compartir sus experiencias. Su colaboración fue fundamental para hacer posible este trabajo y para aportar conocimiento que contribuya al bienestar de la comunidad.

Resumen

Objetivo: Establecer la influencia del estigma al VIH y redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH. **Metodología:** Estudio cuantitativo con diseño correlacional predictivo y corte transversal. La población estuvo conformada por HSH de 18 a 44 años. El tamaño de muestra se calculó con el programa Nquery Advisor para poblaciones ocultas, considerando tamaño de efecto de 0.15, error de 0.05, dos variables independientes y potencia estadística del 95%, estimándose 130 participantes. Se aplicó muestreo no probabilístico por bola de nieve y recolección de datos en línea.

Resultados: Participaron 130 jóvenes HSH con edad media de 25.88 años; predominó la escolaridad de licenciatura y la condición de estudiante. La mayoría se identificó como hombre cisgénero y homosexual. Los instrumentos mostraron adecuada consistencia interna. El estigma al VIH se presentó principalmente en niveles moderados (70.8%), mientras que las redes de apoyo social fueron mayormente altas (72.3%). Aunque se reportó práctica de sexo oral sin preservativo, el nivel global de conductas sexuales de riesgo fue predominantemente bajo (54.6%). Se encontró correlación negativa entre estigma y conducta sexual de riesgo ($r_s = -.219, p = .012$). En la regresión, el estigma fue predictor positivo ($B = 0.181, p = .034$) y el apoyo social predictor negativo ($B = -0.274, p = .002$), explicando 13% de la varianza.

Conclusiones: El estigma incrementa el riesgo y el apoyo social lo reduce; se requieren intervenciones educativas y psicosociales focalizadas en población HSH.

Palabras clave: VIH; estigma Social; apoyo Social; conducta Sexual; hombres que tienen sexo con hombres.

Abstract

Objective: To determine the influence of HIV-related stigma and social support networks on sexual risk behavior among young men who have sex with men (MSM).

Methodology: A quantitative study with a cross-sectional predictive correlational design was conducted. The population consisted of MSM aged 18 to 44 years. The sample size was calculated using NQuery Advisor software for hidden populations, assuming an effect size of 0.15, a significance level of 0.05, two independent variables, and 95% statistical power, resulting in an estimated sample of 130 participants. A non-probability snowball sampling method was employed, and data were collected online.

Results: A total of 130 young MSM participated, with a mean age of 25.88 years. Most participants had a university-level education and were students. The majority identified as cisgender men and homosexual. The instruments demonstrated adequate internal consistency. HIV-related stigma was predominantly moderate (70.8%), whereas social support levels were mostly high (72.3%). Although condomless oral sex was reported, the overall level of sexual risk behavior was predominantly low (54.6%). A negative correlation was found between stigma and sexual risk behavior ($r_s = -.219, p = .012$). In the regression analysis, stigma was a positive predictor ($B = 0.181, p = .034$) and social support was a negative predictor ($B = -0.274, p = .002$), explaining 13% of the variance.

Conclusions: Stigma increases sexual risk behavior, whereas social support reduces it. Targeted educational and psychosocial interventions are needed for MSM populations.

Keywords: HIV; Social Stigma; Social Support; Sexual Behavior; Men Who Have Sex with Men.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	8
Estudios Relacionados	13
Definición de Términos	17
Objetivos	18
Capítulo II	
Metodología	20
Diseño del Estudio	20
Población, Muestra y Muestreo	20
Criterios de Inclusión	20
Instrumentos de Medición	21
Procedimiento de Recolección de la Información	24
Consideraciones Éticas	25
Plan de Análisis de Datos	29
Capítulo III	
Resultados	31
Descripción de los Participantes	31
Confiabilidad de los Instrumentos	32
Datos Descriptivos de las Variables de Estudio	34

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	40
Limitaciones	47
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Referencias	51
Apéndices	63
A. Cédula de datos sociodemográficos	63
B. Estigma Relacionado con el VIH/ Sida	65
C. Escala de Apoyo Social (EAS)	69
D. Conductas Sexuales de Riesgo (CSR)	71
E. Aprobación del comité de ética	73
F. Consentimiento informado	74
Resumen autobiográfico	77

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Datos sociodemográficos de los participantes	32
2. Fiabilidad de los instrumentos	33
3. Descripción de las variables del estudio y normalidad	34
4. Nivel de estigma al VIH de los jóvenes HSH	35
5. Redes de apoyo que mantienen los jóvenes HSH	36
6. Conductas sexuales de riesgo que practican los jóvenes HSH.	37
7. Nivel de conducta sexual de riesgo de los jóvenes HSH	38
8. Correlación del estigma al VIH y el apoyo social con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH	38
9. Modelo de regresión nivel de estigma al VIH y las redes de apoyo con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH.	40

Capítulo I

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo, si no se recibe tratamiento o no se controla, puede causar síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Acerca del VIH y sida, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en 2022 mencionó que tuvo su origen en África entre los chimpancés. Posteriormente, se cree que pudo haber sido transmitido a los humanos a través de prácticas de caza y consumo de carne de simio, alrededor del año 1800 aproximadamente, propagándose lentamente por África, para posteriormente llegar a Estados Unidos en la segunda mitad de la década de 1970.

En México, los primeros casos se documentaron aproximadamente en el año 1981; posteriormente, se comenzaron a diagnosticar en 1983 (Gómez et al., 1995). Según datos proporcionados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH y sida (ONUSIDA), en 2023 existían alrededor de 39 millones de personas en el mundo con VIH. De esta población, los jóvenes a partir de 15 años reflejaban la mayor prevalencia con alrededor de 37.5 millones. Además, se registraron 1.3 millones de nuevos casos en ese año y alrededor de 630 mil fallecieron por enfermedades relacionadas con el sida.

De acuerdo con datos proporcionados por ONUSIDA (2023), los grupos vulnerables o poblaciones clave ante esta situación, son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con 7.5% de prevalencia, personas transexuales con 10.3%, consumidores de drogas inyectables con 5%, profesionales del sexo con 2.5% y por último los reclusos con 1.4%. Estas estadísticas refieren como los hombres homosexuales y otros HSH, presentan una prevalencia significativamente mayor considerando las demás poblaciones

En México, hasta el 31 de octubre de 2022, existían alrededor de 292 mil hombres de 15 años o más que vivían con VIH, 74 mil mujeres y aproximadamente 3400 menores de 15 años, observándose una mayor prevalencia en hombres dentro del rango de edad de 15 a 49 años (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2022). En Sinaloa, de 2022 a 2023, hubo un incremento del 17% en personas diagnosticadas con VIH, siendo este un total de 551 nuevos casos, con una mayor incidencia en grupos vulnerables como los HSH y prevalencia en el sexo masculino. La mayor incidencia se registró en Culiacán con 215 casos, seguido de Mazatlán con 170, Ahome con 113, Guasave con 23, Escuinapa con 18 y, por último, El Fuerte y Sinaloa de Leyva con un caso cada uno (López, 2023).

El estigma es un factor que puede condicionar a la poblaciones respecto al VIH y especialmente a los HSH. El estigma se define como todo el conjunto de actitudes y creencias desfavorables que “desacreditan o rechazan” a una persona o a un grupo por considerarles diferentes (CENSIDA, 2020). Es un factor relevante que influye en las conductas de riesgo de los HSH. El estigma puede afectar la autoestima y la disposición a buscar apoyo, lo que a su vez puede estar relacionado con un mayor riesgo de transmisión del VIH (Campillay & Monárdez, 2019). Esta variable se relaciona directamente con la conducta sexual de riesgo, ya que aquellos que experimentan estigmatización pueden sentir mayor presión social y emocional, lo que aumenta la probabilidad de involucrarse en conductas sexuales sin protección.

Los HSH suelen enfrentar discriminación y exclusión social, por su orientación sexual como por la asociación con el VIH genera barreras significativas para el acceso a servicios de salud. El estigma puede tener un impacto psicológico considerable, derivando en aislamiento y menor percepción del riesgo. Estudios han demostrado que el miedo al

rechazo o la discriminación puede disminuir la probabilidad de realizarse pruebas de detección, usar condones o buscar apoyo profesional, perpetuando así su vulnerabilidad al virus (Bolaños-Gutiérrez, 2018). El estigma asociado al VIH añade una capa adicional de vulnerabilidad. La falta de conocimiento sobre el virus, los prejuicios perpetuados por los medios de comunicación y la criminalización de su transmisión refuerzan las percepciones negativas hacia las personas que viven con VIH, especialmente los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Estas dinámicas pueden traducirse en la pérdida de apoyo familiar, laboral y comunitario, lo que con frecuencia deriva en aislamiento social y emocional (Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/sida [CONASIDA], 2014).

A menudo se perciben estos actos de estigmatización hacia esta población, cuando se les señala de manera negativa, con la finalidad de insultarlos y atacarlos; estas acciones se justifican frecuentemente desde la ignorancia y los estereotipos. Lo que puede tener como consecuencia que se sientan vulnerados emocionalmente y estén propensos a tener conductas sexuales de riesgo si no tienen alguna red de apoyo disponible para tener un soporte emocional.

Otro factor relacionado con la adquisición o no del VIH en la población HSH son las redes de apoyo, como una importante fuente que brinda diferentes tipos de recursos afectivos, psicológicos, materiales, entre otros (Infanti, 2021). Estas redes se componen de familiares, amigos y fundamentalmente por todas aquellas personas por quienes se piensa, estarán para apoyar. Son beneficiosas ya que pueden contribuir a mejorar la capacidad de lidiar con situaciones estresantes, brindar compañía en momentos de dificultad, permiten valorar opciones en momentos de crisis, aliviar efectos de la angustia emocional, promueven buena salud mental, además de mejorar la autoestima. Las redes de apoyo suelen variar dependiendo de si son personas diagnosticadas o no con VIH, como muestra

Pineda et al., (2010) donde menciona que los jóvenes con mayores redes de apoyo en general suelen tener más probabilidad de evitar conductas sexuales de riesgo.

Las redes de apoyo social, como los amigos, familiares y organizaciones comunitarias, son fundamentales para mitigar los efectos del estigma y fomentar prácticas de prevención, sin embargo, no todos los HSH cuentan con redes de apoyo efectivas (Campillay & Monárdez, 2019). La ausencia de estas redes puede exacerbar la soledad y aumentar el riesgo de conductas sexuales sin protección. Por el contrario, las redes de apoyo sólidas han demostrado ser herramientas valiosas para fortalecer el acceso a información preventiva y reforzar comportamientos protectores, aunque su disponibilidad y efectividad varían ampliamente (Laniga-Wijnen & Veenstra, 2021).

Sin redes de apoyo efectivas, los HSH enfrentan mayores obstáculos para participar en esfuerzos de prevención, buscar atención médica temprana o recibir intervenciones oportunas, perpetuando el riesgo de conductas sexuales peligrosas. Promover la justicia, crear espacios seguros y fortalecer las redes comunitarias son estrategias esenciales para contrarrestar el impacto del estigma y fomentar un entorno que garantice la salud y el bienestar de los HSH evitando conductas sexuales de riesgo (CONASIDA, 2014).

Se le conoce como conducta sexual de riesgo a todas aquellas situaciones en las cuales, los jóvenes participan e incrementan las posibilidades de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no planificados, y de estar en una relación sexual antes de estar lo suficientemente maduros para saber la responsabilidad que esta implica. Dentro de los grupos mayormente vulnerables están los jóvenes. Estas conductas pueden incluir tener relaciones sexuales sin condón, o uso intermitente, contacto sexual sin protección boca con genitales, iniciar su vida sexual a temprana edad, así como múltiples parejas, etc. (Cigna-

Healthcare, 2019). Muchas veces esto a causa de falta de educación sexual, cultura, desinformación o no tener alguna red de información confiable para la resolución de dudas.

Dentro de la literatura se puede encontrar prácticas sexuales de riesgo con mayor incidencia entre los HSH. Entre los factores asociados a estos comportamientos sexuales se incluyen haber sufrido abuso sexual entre 12 a 16 años ya que, en la edad adulta estas personas son propensas a tener relaciones de riesgo, tener encuentros con desconocidos y la mayor parte del tiempo sin protección. Se menciona el rol sexual, como una conducta de riesgo, quienes suelen ejercer el rol de pasivo o versátil tienden a tener un mayor de riesgo; siendo los jóvenes quienes más frecuentemente asumen estos roles. Por otra parte, los medios de sexo explícito son un factor importante ya que suelen llegar a normalizar lo que se ve, como mantener tener relaciones sexuales sin condón (Sola-Lara et al., 2022)

Por su parte, Guevara-Sotelo y Hoyos- Hernández, (2018) destacan que las interrogantes que rodean el VIH y su etiología, al ser algo poco conocido pueden distorsionar la percepción del VIH y la imagen que se tiene ante quienes la padecen. Otro resultado interesante es que estas personas suelen tener una imagen negativa de sí mismos y generan sentimientos de culpa en torno a su estado serológico, por lo cual tienden a aislarse y a mantener su estado en secreto. Para ello, se recomienda realizar un abordaje en donde se tome en cuenta el bienestar emocional de esta población, como el acompañamiento familiar y redes de apoyo buscando un menor estigma sobre el VIH.

El uso de drogas, tanto estimulantes como depresoras, es un factor asociado con las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes HSH (Tena-Suck et al., 2022). Una de las drogas más usadas es el Popper, que aumenta la excitación, deseo sexual, las hace más duraderas, además que se usa para la relajación rectal evitando que sea doloroso. También

se encontró que la marihuana está relacionada en las relaciones sin preservativo y con el tener muchos encuentros sexuales ocasionales (Morgan et al., 2016).

Aproximadamente el 51% de los casos nuevos por VIH tienden a corresponder a los hombres homosexuales y bisexuales (Sousa et al., 2023). Los hombres identificados como HSH mostraron una tasa inconsistente del uso del preservativo, lo que recalca la importancia de enfocarse en esta población. En relación con esto, un estudio en Cuba muestra que se ha identificado razones para no protegerse, lo cual propicia la adquisición del VIH. Entre estas razones está la percepción de que si usan condón no se siente igual, que no les suele gustar usar, no tener uno a la mano, o sobre la confianza en la pareja, siendo estas situaciones las que pueden ser modificables para la no transmisión del virus sumándole el uso del PrEP (Betancourt Llody, 2021).

El estigma al VIH sigue siendo una barrera crítica en la prevención y atención, especialmente en los HSH. Las actitudes discriminatorias y los estereotipos asociados con el virus desincentivan la búsqueda de apoyo médico y emocional, perpetuando el aislamiento y el miedo al rechazo. Este estigma afecta directamente la autoestima de las personas, limitando sus capacidades para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual. Abordar esta problemática desde un enfoque educativo y cultural es crucial para reducir las tasas de transmisión del VIH y promover una mayor inclusión social, mejorando así la calidad de vida de las personas afectadas.

Por otra parte, las redes de apoyo desempeñan un papel vital en la vida de los jóvenes HSH al proporcionar recursos emocionales, psicológicos y materiales que fortalecen su capacidad para enfrentar desafíos relacionados con el VIH. Familias, amigos y comunidades de apoyo fomentan un entorno que reduce el estrés y promueve la toma de decisiones responsables en torno a la salud sexual. Las personas con buen nivel en sus redes

de apoyo tienden a evitar conductas sexuales de riesgo, mejoran su autoestima y desarrollan estrategias para manejar el estigma asociado al VIH. Estas redes son fundamentales para garantizar un acompañamiento integral y la construcción de espacios seguros para esta población.

Además, las conductas sexuales de riesgo representan un desafío crítico en la prevención del VIH entre los jóvenes HSH. Factores como el uso inconsistente de preservativos, múltiples parejas sexuales y la desinformación contribuyen significativamente a la alta prevalencia del virus en esta población. Estas prácticas suelen estar influenciadas por la falta de educación sexual adecuada, estigmatización social y la ausencia de redes de apoyo efectivas. Enfrentar estas conductas mediante intervenciones educativas, campañas de sensibilización y acceso a recursos preventivos puede reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual y mejorar la salud sexual de los HSH.

En las investigaciones revisadas previamente, se ha encontrado una escasa literatura respecto a temas de VIH y sida, entorno al estigma al VIH, y conductas sexuales en personas HSH, ya que la evidencia solo muestra el estudio mayormente en población heterosexual. Por lo tanto, es de interés seguir fomentando estudios que incluyan estas variables en los HSH y que a su vez permitan identificar como estas tienen incidencia en que esta problemática sea tan recurrente es esta población. Esto incentivará el desarrollo de medidas preventivas, de intervenciones o de generación de programas centrado en esta población adaptada a sus necesidades muy particulares.

Para la disciplina de enfermería es sustantivo abordar esta temática ya que en la actualidad se establece como prioridad la atención sexual, ya que se puede aportar significativamente mediante el desarrollo de intervenciones integrales que reduzcan el estigma al VIH y fortalezcan las redes de apoyo en jóvenes HSH, con el fin de disminuir

conductas sexuales de riesgo. Incorporar en la práctica clínica estrategias para abordar el estigma y promover ambientes libres de discriminación favorecerá la adherencia a medidas preventivas y el bienestar psicosocial de esta población.

La taxonomía NANDA-I, en el dominio de la sexualidad, posiciona a la enfermería como un agente clave en la promoción de la salud sexual, la prevención del VIH y la mejora de la calidad de vida en jóvenes hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mediante la adaptación de intervenciones a sus necesidades específicas. No obstante, de acuerdo con la taxonomía NANDA-I en su edición 2024–2026, el dominio 8 correspondiente a la sexualidad, particularmente en la Clase 1 de identidad sexual, no contempla actualmente un diagnóstico que aborde de manera directa esta problemática (Herdman et al., 2024). Esta ausencia resalta la necesidad de visibilizar el tema en el ámbito disciplinar de la enfermería, con el fin de fortalecer la generación de conocimiento y fomentar la promoción de conductas sexuales saludables, responsabilidad en la que el personal de enfermería debe desempeñar un papel central.

Por todo lo expuesto anteriormente, este estudio tuvo como propósito establecer la influencia del estigma al VIH y redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH.

Marco de Referencia

A continuación, se abordan las variables de la investigación, comenzando con el estigma al VIH, las redes de apoyo y la conducta sexual de riesgo.

Estigma al VIH.

Goffman (1970) menciona que los griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. En la actualidad, la palabra es utilizada con un

sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa diferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. Goffman (1963) define el estigma a una cualidad que desacredita a una persona en términos de sus relaciones sociales, haciendo que el individuo sea percibido de manera distinta, provocando desaprobación por parte de su entorno social. Aunque esta cualidad no se considera una falta moral o social, si se percibe como una marca que disminuye el valor del individuo y lo hace menos deseable. Goffman también describe como un defecto, falla o desventaja, especialmente cuando genera un amplio descrédito en los demás.

El estigma al VIH/sida se asocia como la consecuencia de una conducta sexual de riesgo, que suelen ser rechazados en la sociedad debido a actividades como la prostitución, el uso de drogas inyectables, etc. Esto es resultado de la falta de conocimientos sobre el VIH, creencias, y el miedo a adquirirlo, lo que conduce a la discriminación de las personas quienes lo padecen, unido al rechazo y exclusión (Tamayo-Zuluaga et al., 2015). El CDC, (2022) refiere respecto al estigma al VIH a aquellas las actitudes negativas y las suposiciones sobre las personas que padecen VIH. Esta misma, sobre el prejuicio que tiende a envolver a una persona al catalogarlo dentro de un grupo al que ven como inaceptable en la sociedad. Como por ejemplo el que solo ciertos grupos se pueden contagiar juzgar la moral de las personas que toman sus medidas de prevención para el VIH y el llegar a sentir que una persona se merece adquirirlo.

"La estigmatización y discriminación a personas con características diferentes a las heterosexuales respecto al VIH o sida a nivel global sigue siendo uno de los principales problemas a los que las autoridades y organismos internacionales deben hacer frente. La imagen negativa de la condición se ha mantenido a pesar de los importantes avances en el

tratamiento y mejora en la calidad de vida de los pacientes" (Campillay & Monárdez, 2019).

Redes de apoyo.

Conjunto de relaciones las cuales integran a una persona con su entorno social, con quienes se establece un vínculo solidario, además de proporcionar la comunicación para la resolución de problemas (INPM, 2019). En las redes de apoyo existentes se pueden considerar redes de apoyo formales, las cuales son las redes primarias, que se componen de familia, amigos cumpliendo funciones sociales, de cuidado, afecto, economía, etc. Por otro lado, las redes secundarias, se componen de lo externo, como grupos recreativos, organizaciones, lo laboral, etc. También hay informales, que son todas aquellas organizaciones del sector público, como por ejemplo los programas comunitarios, etc.

Las redes de apoyo tienen una gran importancia en los jóvenes, en donde se atribuye a la trayectoria y esta favorece o no lo que es el desarrollo de las estrategias de vida de los jóvenes. (Lavatelli et al., 2014). Tomando relevancia las redes de apoyo con las que cuentan y como influyen en sus proyectos a futuro, esto toma importancia en la manera en la que estas se consideran en los factores y estrategias que se ponen en juego para sostenerlas a través del tiempo y cómo en la actualidad existen escasos estudios al respecto (Lavatelli et al., 2014). Las redes de apoyo viéndose como recursos sociales se toman como una de las principales fuentes de protección para la persona y junto con ello aumentar la resiliencia individual, la familiar y la comunitaria (Saforcada et al., 2015).

Estas redes tienden a tener un papel crucial en la vida de las personas puesto que suelen dar apoyo emocional a quienes las necesitan, brindando consigo un espacio seguro en donde quien lo requiera pueda expresarse algún temor. Proporciona un mejor afrontamiento de dificultades, dando un apoyo tanto físico como emocional en los

momentos donde una persona lo necesita. Brinda mejores oportunidades de crecimiento y desarrollo personal ya que estas mismas suelen dar un mejor consejo, acompañamiento, motivación ayudando a impulsarlo a crecer. Además, ayudan a reducir el aislamiento social al proporcionar múltiples interacciones sociales y mantener conexiones con otras personas aportando esa sensación de pertenencia (Sáenz-Moncaleano, 2024).

Conducta sexual de riesgo.

Se consideran como conductas sexuales de riesgo a cada una de las exposiciones de un individuo como; tener relaciones con múltiples parejas, cometer infidelidad, consumir de drogas y no usar anticonceptivos o algún método de protección (Saeteros et al., 2015). Este tipo de exposiciones pueden ocasionar múltiples daños a su salud llegando a contraer alguna infección de transmisión sexual incluyendo el VIH o tener un embarazo no planeado (Figuroa et al., 2019). Diversas investigaciones identifican dentro de las conductas de riesgo el inicio temprano de la vida sexual, tener sexo oral, anal o vaginal, un gran número de parejas, las infidelidades, el consumir drogas, los conocimientos deficientes sobre salud sexual, no hacer uso de métodos anticonceptivos o de barrera, etc. (Valle-Solís et al., 2011; Valdez-Montero et al., 2015; Chemnasiri et al., 2018).

Las percepciones de las conductas sexuales se pueden identificar a lo largo de la vida, el socializar con los demás, y a través de experiencias. Se destaca la importancia sobre la diferencia entre los datos entre hombres y mujeres, en donde los hombres se demuestran que estadísticamente tiene mayor riesgo de tener conductas sexuales de riesgo (Rodríguez-Pérez et al., 2022). Dentro de las conductas sexuales de riesgo, se encuentra el uso sexualizado de drogas en la población HSH, haciendo uso de este para incrementar su excitación sexual, el, placer y la duración de sus relaciones sexuales, conocido como chemsex (Carvalho-Gomes et al., 2020). Los HSH que suelen hacer este tipo de prácticas

en promedio suelen ser relacionados con la práctica de fisting, el cual puede facilitar la transmisión del VIH al momento de que después tengan sexo anal sin condón.

Las prácticas sexuales de riesgo específicamente dentro de la población HSH se suele relacionar con el consumo de drogas y también con determinados lugares donde puede haber contacto sexual como lo suelen ser las fiestas privadas, los clubes o las saunas, donde no se suelen usar condón. El uso de aplicaciones de citas es un medio común de contacto que facilita los encuentros entre los usuarios. Además, al tener parejas ocasionales se dejan guiar por su apariencia física al asumir que se ven saludables tienen un menor riesgo para la transmisión del VIH (Jacques et al., 2015).

Estudios Relacionados

Conducta sexual de riesgo y el estigma al VIH.

Rodríguez-Otero, (2023) realizó un estudio el cual tuvo como propósito analizar la relación entre las conductas sexuales de riesgo y el estigma interiorizado y percibido de pacientes seropositivos en una población 850 pacientes seropositivos, Se encontró que respecto a las conductas sexuales de riesgo un 10.6% de los participantes indicaron que tienen varias parejas sexuales, el 15.6% consume drogas de forma habitual, el 17.1% ha contraído otras infecciones de transmisión sexual (ITS) desde su diagnóstico de VIH, El 14.6% nunca utiliza preservativo durante las relaciones sexuales. En cuanto al estigma percibido, se observó en personas que no tienen varias parejas sexuales, no consumen drogas, han contraído ITS, no usan preservativo y no revelan su estatus.

Dentro de las conductas sexuales de riesgo según variables sociodemográficas los hombres reportan más parejas sexuales, mayor consumo de drogas y menos revelación de su seropositividad que las mujeres, además de que a población homosexual y bisexual tiene más parejas sexuales, mayor consumo de drogas y más ITS que la población heterosexual. Por lo que hombres, personas de áreas rurales, y con mayor nivel formativo, experimentan más temor a la discriminación y estigma internalizado.

Estigma al VIH.

Infante et al. (2006) investigaron el estigma y la discriminación relacionada con el VIH/sida en los servicios de salud en México. Los resultados revelan que el 23% de los proveedores de salud encuestados consideran que la homosexualidad es la causa del VIH en el país, y el 66% cree que las pruebas de VIH deberían ser obligatorias para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Además, entre el 70% y el 80% de los proveedores clasifican a las personas que viven con VIH/sida (PVVS) en dos grupos: "víctimas" y

"culpables", y dentro de este último grupo incluyen a los HSH, personas en trabajo sexual (TS) y consumidores de drogas intravenosas (CDIV).

La discriminación también se manifiesta en actitudes como que el 23% de los encuestados no compraría comida de una PVVS, mientras que el 59% considera que las mujeres con VIH no deberían tener hijos, y el 16% cree que se debería prohibir a las PVVS usar servicios públicos como baños y albercas.

Dunbar et al., (2020) realizaron un estudio que tuvo como propósito identificar los mecanismos a través de los cuales la mitigación del estigma que generan una mejor prevención del VIH y contribuyen a la continuidad de la atención para los HSH. Relevó que la socialización, el intercambio de conocimientos y el empoderamiento social permiten a los HSH ayudar a sus pares no solo a reducir el estigma sino también a lograr su participación y retención en la atención. Además de que el impacto del estigma se extiende a lo largo de la vida de los HSH, provocando la pérdida del hogar, el abandono escolar, la inestabilidad en el mercado laboral y una voluntad y capacidad limitadas para buscar atención.

Conducta sexual de riesgo.

Rodríguez Pérez et al., (2022) realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar las percepciones asociadas a las conductas sexuales de riesgo que se encuentran arraigadas en jóvenes tabasqueños. Como resultado para la percepción de riesgo de contraer VIH alrededor del 10% de los hombres mencionaron percibir bastante riesgo, 3.33% percibió mucho riesgo, 3.33% de las mujeres percibió bastante riesgo y 3.33% percibió mucho riesgo. También acerca de la percepción sobre los preservativos, en la población masculina: “son complicados de usar”, “crean desconfianza en la pareja”, “cortan el deseo” e “impiden sentir el cuerpo del otro”.

Sola Lara et al., (2022) realizaron una revisión que tuvo como objetivo sintetizar la evidencia científica disponible sobre los factores que determinan conductas sexuales de riesgo asociadas con la adquisición y transmisión de ITS entre la población de HSH. Esta revisión reveló que las prácticas sexuales de riesgo mayormente encontradas fueron el haber sido abusados sexualmente de pequeños, el consumo de alcohol, el cruising, el estigma (32% fueron llamados insultados o insultados, el 23% reportó al menos uno de los tres incluyeron medidas de discriminación, y el 8% indicó haber sufrido una agresión física).

El estudio de Caudillo Ortega et al., (2024) explora la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas sexuales de riesgo HSH, destacando la influencia del uso de drogas en la salud sexual de esta población. Los resultados evidencian que el consumo de marihuana (72.4%) y alcohol (88.7%) es particularmente prevalente, con un porcentaje significativo de participantes involucrados en policonsumo. Este comportamiento se asoció con un aumento en la frecuencia de relaciones sexuales y un uso inconsistente del condón, especialmente en el contexto de parejas estables. La relación entre el consumo de sustancias y la disminución de prácticas sexuales protegidas sugiere que el uso de drogas actúa como un factor predisponente para conductas sexuales de riesgo, incrementando la vulnerabilidad a ITS, incluido el VIH.

Apoyo social.

Hill et al., (2023) realizó un estudio que tuvo como objetivo examinar los posibles roles mediadores del apoyo social y el afrontamiento adaptativo y desadaptativo en la relación entre el estigma percibido relacionado al VIH y la desconfianza médica basada en la orientación sexual entre hombres homosexuales, bisexuales u otros HSH recién diagnosticados con VIH. Los resultados muestran correlación positiva entre el estigma al

VIH y la desconfianza médica ($r_s = 0,182, p < 0,05$) y una correlación negativa estadísticamente significativa entre la desconfianza médica y apoyo social ($r_s = -0,337, p < 0,01$). El estigma al VIH no se correlacionó con el afrontamiento adaptativo; sin embargo, se correlacionó negativamente con el apoyo social ($r_s = -0,206, p < 0,01$) y positivamente con el afrontamiento desadaptativo ($r_s = 0,559, p < 0,01$).

Rodríguez-Bustamante et al., (2022) realizó un estudio con la finalidad de comparar y aportar evidencias que contribuyan a mostrar la necesidad de visibilizar la prioritaria intervención del personal sanitario ante el cuidado de estos grupos sociales. El cual dio como resultado que los HSH, al no sentir el soporte del grupo familiar, no reciben respuestas a sus demandas personales relacionadas a su orientación sexual y, por consiguiente, no satisfacen sus necesidades y requerimientos individuales, lo que puede influir negativamente en su interacción con el entorno y generar sentimientos de insatisfacción con su grupo familiar.

Síntesis de Estudios Relacionados

Los estudios fueron realizados en México, Estados Unidos de América, España y Bélgica se puede observar que las percepciones de las personas son mayormente sobre el rechazo tanto a la infección como a quienes padecen. Trayendo consigo problemas de abandono, rechazo, inestabilidad laboral y la limitación del apoyo social para las personas quienes llegan a padecer VIH.

Entorno las redes de apoyo los resultados muestran una relación con el estigma al VIH ya que al sentir mayor apoyo y soporte emocional estas personas suelen sentirse más seguras, y con un mayor nivel de confianza. Al no recibir un buen apoyo por parte de sus familiares podrían no cumplir con sus demandas emocionales muchas veces relacionadas a su orientación sexual, el no satisfacer sus necesidades y esto puede influir de una manera

negativa a su gestión emocional, insatisfacción ante su grupo familiar y se relaciona mucho a la toma de malas decisiones y al adoptar una conducta sexual de riesgo.

La principal conducta sexual de riesgo es no usar condón, esto aludido a que no se siente igual, se pierde la pasión, o porque significa una falta de confianza, aun cuando se tiene relaciones sexuales anales, vaginales u oral; el mantener relaciones sexuales con más de una persona a la vez, el tener también un inicio temprano de la vida sexual activa, mantener relaciones sexuales bajo efectos de drogas o el tomar el rol de pasivo o versátil. El consumo de sustancias psicoactivas, como marihuana y alcohol, es frecuentemente asociado con un aumento en la frecuencia de relaciones sexuales y un uso inconsistente del condón, especialmente en el contexto de parejas estables.

La relación entre el consumo de sustancias y la disminución de prácticas sexuales protegidas sugiere que el uso de drogas actúa como un factor predisponente para conductas sexuales de riesgo, incrementando la incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Por todo lo anterior se puede decir que, aunque los estudios han sido abordados en la población joven, han sido enfocadas en heterosexuales, lo cual genera un vacío en el conocimiento respecto a la situación de las variables en población HSH, ya que este grupo tiene características muy particulares.

Definición de Términos

Estigma al VIH.

Es el rechazo, prejuicio o discriminación hacia las personas que viven con VIH. Este estigma obstaculiza la prevención, dificulta el acceso a la prueba y tratamiento, y afecta la calidad de vida de quienes lo padecen. Se midió con la Escala sobre el Estigma Relacionado con el VIH/sida creado por Varas-Díaz et al., (2008). Actitudes negativas y

discriminación hacia las personas con VIH que dificultan la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y afectan su salud mental y calidad de vida.

Redes de apoyo.

Grupo de personas las cuales son fuente importante que brinda recursos afectivos, psicológicos, materiales, etc., a los HSH. Estos se componen tanto de familiares como amigos, es decir de personas a las que acuden en momentos de necesidad de los HSH. Se midió con la Escala de Apoyo Social (EAS) desarrollada por Palomar Lever et al., (2012).

Conductas sexuales de riesgo.

Son aquellas conductas sexuales practicadas por los HSH la cual puede provocar, dar resultados perjudiciales como consecuencia de actividades como el tener sexo sin protección, hacerlo bajo el efecto de las drogas, tener múltiples parejas sexuales, tener sexo casual, o hacerlo como profesión. Se midió con la Escala de Conductas Sexuales De Riesgo (CSR) De Ali Fernández y Quiñones Lucen, (2020).

Jóvenes HSH.

Son todos aquellos hombres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con otros hombres mediante prácticas como sexo anal, oral o vaginal. Abarcando desde hombres cisgénero a hombres transgénero o de cómo se identifiquen sexualmente.

Objetivo General

Establecer la influencia del estigma al VIH y redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH.

Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de estigma al VIH en jóvenes HSH.
2. Conocer las redes de apoyo que mantienen los jóvenes HSH.
3. Identificar las conductas sexuales de riesgo que practican los jóvenes HSH.

4. Determinar el nivel de conducta sexual de riesgo de los jóvenes HSH.
5. Identificar la relación entre el nivel de estigma al VIH y las redes de apoyo con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH.

Capítulo II

Metodología

En el siguiente capítulo se describe la metodología propuesta para cumplir con los objetivos de la investigación. Se presenta el diseño, población muestra y muestreo, criterios de eliminación, instrumentos de medida, procedimiento de recolección de la información, consideraciones éticas y el plan de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

Esta investigación es de tipo correlacional predictivo de corte transversal. Descriptivo por que se describió cada una de las variables de estudio, que son el estigma al VIH, redes de apoyo y conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH. Correlacional por que se identificó la relación entre las variables, así mismo será de corte transversal ya que los datos se levantaron en un solo momento (Grove & Gray, 2019; Saavedra, 2022).

Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio fue conformada por jóvenes de 18 a 44 años que se identificaron como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) considerando las variables demográficas y sociales pertinentes. El cálculo de la muestra de estudio se realizó mediante el programa Nquery Advisor, para poblaciones ocultas, con un efecto de 0.15, un error de 0.05 para dos variables independientes y una potencia del 95% dando un total de 130 participantes. El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico, por bola de nieve, al ser una población oculta y de un acceso complicado (Grove & Gray, 2019).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron a todos aquellos hombres que se identificaron como HSH y contaron con un dispositivo como celular o computadora. Los participantes en este estudio fueron jóvenes HSH sin importar su diagnóstico de VIH o la existencia de redes de apoyo.

Criterios de Exclusión

Los jóvenes que mencionaron no usar dispositivos móviles, puesto que no podrían contestar los cuestionarios.

Criterios de Eliminación

Se descartaron instrumentos que no estuvieron llenados al menos en un 90%.

Instrumentos de Medición

Se utilizó una cedula de datos sociodemográficos, para conocer las características de la población de estudio, en la cual se integraron preguntas como la edad, nivel educativo, el sexo y su orientación sexual (Apéndice A).

Estigma al VIH.

Para la medición del estigma al VIH se usó la Escala sobre el Estigma Relacionado con el VIH/ Sida (Apéndice B), desarrollada por Varas-Díaz et al. (2008). Las subescalas que componen esta escala son: 1) Derechos de las PVVS, evalúa actitudes restrictivas hacia los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA (ítems 8, 35, 36, 37, 39, 40, 41 y 43); 2) PVVS obligadas a revelar estatus, mide las opiniones sobre la necesidad de que las personas con VIH revelen su estatus (ítems 19, 20, 38, 51 y 64); 3) Responsabilidad por la infección, que se centra en las opiniones sobre la responsabilidad individual de infectarse con el VIH (ítems 9 - 14); 4) Falta de productividad, que mide la percepción de las personas con VIH como menos productivas (ítems 44-47); 5) Características personales que fomentan la infección, opiniones sobre características de la persona que fomentan su infección con el VIH (ítem: 57-60); 6) Miedo a la infección es otra subescala que mide el temor personal a infectarse en actividades cotidianas (ítems 1-7, 15); 7) Emociones relacionadas al VIH/SIDA, aborda las emociones tanto positivas como negativas asociadas con el VIH (ítems 28, 29, 48, 49, 67 y 68); 8) Cercanía a la muerte mide las percepciones

sobre la proximidad de la muerte para las personas con VIH (ítems 30-34); 9) Necesidad de control a las PVVS, mide opiniones sobre la necesidad de establecer controles sobre estas personas para proteger a la sociedad (ítems 26, 61-66); 10) PVVS como vectores de infección mide las opiniones que consideran a las personas con VIH como posibles fuentes de transmisión (ítems 21-25); 11) Evidencia corpórea del VIH se enfoca en las creencias sobre si el VIH es visible en el cuerpo (ítems 16, 17, 18, 27 y 42) y 12) Factores estructurales, ítems (50, 52-56).

Estos reactivos son medidos con una escala tipo Likert de cinco puntos con valores que varían desde totalmente en 1) Totalmente en desacuerdo, 2) En desacuerdo, 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4) De acuerdo y 5) Totalmente de acuerdo. Los puntajes varían según la cantidad de ítems en cada subescala, lo que permite evaluar el nivel de estigma en diferentes dimensiones. Los puntajes más altos indican una mayor presencia de actitudes de estigma hacia las personas con VIH/sida. Su confiabilidad, los valores fueron calculados usando el modelo de ecuación estructural de Raykov (1997), con algunas subescalas alcanzando confiabilidades aceptables o altas. Por ejemplo, la subescala Derechos de las PVVS en la versión reducida tiene una confiabilidad de 0.65, mientras que Falta de productividad tiene una confiabilidad de 0.79.

Redes de apoyo.

Es un cuestionario de Apoyo Social (EAS) (Apéndice C), diseñado para medir la percepción del apoyo social en adultos (Palomar Lever et al., 2012). Se utiliza para evaluar cómo las personas perciben el apoyo que reciben de su entorno, con un enfoque en tres dimensiones: el apoyo social general, el apoyo familiar y el apoyo de amigos. Se compone de tres subescalas: 1) Apoyo Social, mide la percepción general del apoyo recibido de la red social, incluyendo a familiares, amigos y otras relaciones cercanas (ítems: 10, 11,

12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). 2) Apoyo Familiar, evalúa específicamente el apoyo proporcionado por la familia (Ítems: 2, 3, 4, 5, 7, 8). 3) Apoyo de Amigos, mide el apoyo percibido que proviene de los amigos y amistades cercanas (Ítems: 1, 6, 9).

La EAS utiliza una escala tipo Likert de cuatro puntos para las respuestas, donde cada ítem se califica de la siguiente manera: 1) Totalmente en desacuerdo, 2) En desacuerdo, 3) De acuerdo, 4: Totalmente de acuerdo. Las puntuaciones obtenidas pueden variar entre 21 y 84 puntos. Un puntaje de 21 a 42 indica un bajo nivel de apoyo social percibido, de 43 a 63 se considera un nivel medio, y de 64 a 84 se interpreta como un alto nivel de apoyo social. Respecto a la confiabilidad, la EAS ha demostrado ser altamente confiable. El coeficiente Alpha de Cronbach arrojó un valor de 0.94 para la dimensión de apoyo social, 0.89 para la de apoyo familiar y 0.714 para la de apoyo de amigos, lo que indica una consistencia interna sólida, especialmente en las primeras dos subescalas.

Conducta sexual de riesgo.

Por último, para el análisis de la variable conducta sexual de riesgo se utilizó la escala llamada Conductas Sexuales de Riesgo (CSR), desarrollada por Ali Fernández y Quiñones Lucen (2020) (Apéndice D). Esta escala está compuesta por 16 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: sexo sin preservativo (1,2,3,4,5), sexo casual (6,8,9,14), sexo con alcohol o drogas (10,11,12) y conexiones sexuales (Hook up) (7,13,15,16). La escala CSR muestra una consistencia interna en las 4 dimensiones, logrando una confiabilidad con un valor mínimo de $\alpha = .61$ y un valor máximo de $\alpha = .87$, así como un valor mínimo en $\alpha = .62$ y un valor máximo en $\alpha = .88$.

La escala de respuesta (CSR) sigue un formato tipo Likert, cada ítem presenta varias opciones de respuesta categorizadas en un rango de frecuencia de 0 = Nunca 1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente) 2 = La mitad de las veces (en un 50% de

las ocasiones, aproximadamente) 3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente) 4 = Siempre. En donde puntuaciones cercanas al mínimo indican un menor nivel de conductas sexuales de riesgo (Bajo riesgo); Puntuaciones en el rango medio sugieren una combinación de conductas de bajo y alto riesgo (Riesgo moderado); y Puntuaciones cercanas al máximo indican un mayor nivel de conductas sexuales de riesgo, lo que podría correlacionarse con un aumento en la probabilidad de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Alto riesgo)

Procedimiento de Recolección de la Información

Primeramente, para la realización de este estudio se solicitó la aprobación del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis perteneciente a la Universidad Autónoma de Sinaloa. Luego de tener la aprobación del Comité de Ética, (Apéndice E) se procedió a seleccionar a los participantes mediante el método de muestreo por redes, donde primero se identificaron a posibles sujetos para comenzar la difusión. Para ello se acudió a lugares donde suelen asistir, como puede ser algún evento donde hubiera mayormente población HSH, visitar instituciones como Capasits para buscar participantes, o bien, también el uso de plataformas de difusión en Sinaloa donde la población objetivo mayormente está orientada a la comunidad LGBTQ+ por su diversidad sexual.

Con ello, para compartir información sobre el estudio y buscar participantes que fueron clave en la difusión, ayudando a llegar a más personas recomendándolo y compartiéndolo con las personas objetivo de estudio. Entonces, a quienes decidieron participar se les explicaron los objetivos de estudios y se les hizo la invitación a participar, recordándoles que su participación era completamente anónima y que los datos que se obtendrían serían solamente utilizados para fines de la investigación manteniéndolos

anónimos y garantizando su confidencialidad. Una vez aceptando su participación pudieron leer y firmar el consentimiento informado (Apéndice F). El cual estaba disponible en un enlace que se pasó vía celular.

Los instrumentos de medición fueron aplicados en línea a través del portal Google Forms, aplicación que ha sido utilizada en estudios para este tipo de muestreo por redes y ha sido bastante útil. El investigador principal les hizo llegar un enlace el cual contenga el consentimiento y los instrumentos que serán subidos a la plataforma. En la plataforma una vez que aceptaron firmar el consentimiento informado se les dio acceso a responder cada uno de los instrumentos, luego, cuando cada participante finalizaba el llenado, podía oprimir la opción de finalizar y aparecía una leyenda donde se agradece por su participación en el estudio.

Es importante mencionar que al tratarse temas de riesgo mínimo por temas referentes a sexualidad se les mencionó a los participantes que pueden dejar en blanco cualquier pregunta que les generará incertidumbre. Esto sin representar ninguna repercusión. Al finalizar, se les invitó a los participantes a compartir y difundir la investigación para llegar a un mayor número de participantes.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó al marco normativo ético legal dictado para la investigación destinada a la salud en México, según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 2014) cuyo objetivo principal es el procurar y garantizar la dignidad y bienestar para la persona sujeta a investigación, tomando en cuenta primeramente el Artículo 3º, específicamente las fracciones: *fracción I*, ya que esta investigación contribuyó al conocimiento de procesos psicológicos relacionados con el estigma al VIH y las redes de apoyo en jóvenes HSH. Sobre la *fracción II*, porque

explora los vínculos entre factores sociales, como el estigma al VIH y las conductas de riesgo, y su impacto en la salud, destacando la interacción entre la estructura social y los riesgos asociados. Por último, alineándose con la *fracción III*, la investigación tiene el potencial de aportar información útil para la prevención y el control de problemas de salud relacionados con el VIH, mejorando la atención y las intervenciones dirigidas a esta población. Este mismo, apeguándose al Artículo 13, el cual menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Aplicándose al asegurarnos de que los participantes fueron tratados con dignidad y respeto durante todo el proceso. Protegiendo sus derechos mediante el consentimiento informado, el resguardo de su privacidad y confidencialidad, y la garantía de que pudieran retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones.

Además, se proporcionaría apoyo psicológico si es necesario, minimizando cualquier riesgo de daño físico o emocional, lo que refleja un compromiso con el bienestar de los participantes en todo momento. Como el estudio abordó temas que pueden ser delicados como el estigma al VIH y las conductas sexuales de los jóvenes HSH, era probable que algunos participantes pudieran sentirse incómodos o estigmatizados al hablar de estos temas. Por lo tanto, se llevaría a cabo un proceso de sensibilización antes de la recolección de datos, asegurando que los participantes entiendan el propósito y el contexto de la investigación.

Para mitigar cualquier posible malestar emocional con los participantes durante el estudio, se tuvo disponible un profesional de la salud mental como un psicólogo o un consejero para proporcionar apoyo en caso de que los participantes necesiten asistencia durante o después de la investigación. El investigador principal se aseguró de que los

participantes tengan acceso a este servicio si experimentan angustia, ansiedad o incomodidad debido al contenido de las preguntas o el tema tratado, tratándolos con la sensibilidad adecuada a los participantes y cuidando su integridad y seguridad en el proceso.

La investigación se clasificó como de riesgo mínimo, conforme al Artículo 17, *fracción II*. Esto se debe a que se emplearon procedimientos no invasivos, como la aplicación de encuestas y cuestionarios, para recolectar información. Estas técnicas son comunes en estudios prospectivos y no manipulan la conducta de los participantes ni implican riesgos físicos. Además, se asegura la confidencialidad de los datos y el bienestar de los participantes, quienes participarán de manera voluntaria y con pleno conocimiento del estudio a través de un consentimiento informado.

Además, de acuerdo con el Artículo 20, sobre el consentimiento informado y donde se hace mención de que el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección.

En conjunto con el Artículo 21, donde se dan las pautas para que el consentimiento se considere existente en la investigación, asegurando su calidad y comprensión al lector, apegándonos a las fracciones: *fracción I*, se informó a los participantes sobre la justificación y objetivos del estudio, que buscó analizar factores como el estigma al VIH en jóvenes HSH. En la *fracción II*, se describieron los procedimientos, como encuestas no invasivas, y su propósito. La *fracción III* abordó las molestias o riesgos mínimos, como posibles incomodidades emocionales. En la *fracción IV*, se explicaron los beneficios esperados, aunque no sean directos para los participantes. La *fracción V* indica que no existen procedimientos alternativos específicos. Conforme a la *fracción VI*, se garantizó la

resolución de dudas en cualquier momento. Con la *fracción VII*, los participantes pudieron retirarse libremente sin repercusiones, y la *fracción VIII* garantizó la confidencialidad de los datos, protegiendo su privacidad en todo momento.

Además del Artículo 22, que trata acerca de cómo deberá formularse el consentimiento informado ya que este fue escrito y cumplió además con los requisitos de las fracciones: *Fracción I*, porque el investigador elaboró el documento incluyendo la información del Artículo 21, como los objetivos, procedimientos, riesgos mínimos, beneficios y garantía de confidencialidad, además de atender las disposiciones jurídicas aplicables. Según la *fracción II*, donde el consentimiento fue revisado y aprobado por un Comité de Ética en Investigación, en este caso el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis, asegurando que cumpla con los estándares éticos requeridos. Finalmente, *la fracción III*, el consentimiento incluyó los nombres y direcciones de dos testigos, especificando su relación con el sujeto de investigación, para garantizar la validez del proceso. Esto aseguró un manejo ético, transparente y legal del consentimiento de los participantes.

Se tomó en cuenta el Artículo 28, puesto que es de gran relevancia para asegurar la protección de los participantes. Esto en la utilización del consentimiento informado, en que su participación en el estudio será completamente confidencial y anónima, el cuidado de los riesgos de investigación, que será de bajo riesgo, la protección a los participantes ya que al ser una población mayormente vulnerada es importante no exponerlos a riesgos innecesarios y darles el apoyo adecuado, además de que tienen la autonomía y libertad de participar o no en el estudio. Finalizando con una aprobación de un comité de ética antes de haber comenzado la investigación.

Además, se apegó al Artículo 58, acerca de las investigaciones en grupos subordinados, se tomarán en cuenta la *fracción I*, en donde El Comité de Ética garantizó que la participación en el estudio, así como la decisión de retirarse o rechazar la intervención, no afecten negativamente la situación escolar, laboral, etc., que cada participante pudiera tener, Asegurando en todo momento que los derechos y condiciones del participante se mantengan intactos y no haya repercusiones en su vida cotidiana por su participación o decisión de no continuar en el estudio. Y la *fracción II*, donde se vigiló que los resultados obtenidos de la investigación no fueron utilizados de manera que perjudiquen a los participantes. En el contexto de este estudio, esto incluyó el asegurarse de que los datos recolectados no sean usados para discriminar o estigmatizar a los jóvenes HSH, ni de ninguna otra forma que pueda impactar negativamente su bienestar, derechos o estatus social. Además, se garantizó que los datos personales fueron manejados con total confidencialidad para evitar que se pudieran identificar a los participantes o se utilizarán los resultados en su contra.

Plan de Análisis de Datos

Los datos se analizaron con el software estadístico SPSS versión 25 para Windows. Previo al análisis de los datos se verificó que la base no tuviera valores perdidos. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características de los participantes se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach. Se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión de los puntajes totales de las escalas, así como de cada una de las dimensiones de estas. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

con corrección de Lilliefors para conocer si los datos presentaban distribución normal y justificar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica.

Para cumplir con los objetivos específicos 1) Identificar el estigma al VIH en jóvenes HSH; 2) Conocer las redes de apoyo que mantienen los jóvenes HSH; 3) Identificar las conductas sexuales de riesgo que practican los jóvenes HSH; 4) Determinar el nivel de conducta sexual de riesgo de los jóvenes HSH; se empleó estadística descriptiva, como medidas de tendencia central frecuencias y porcentajes. El objetivo 5) Identificar la relación entre el nivel de estigma al VIH y las redes de apoyo con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH; se respondió con un análisis de correlación. Por último, para responder el objetivo general, establecer la influencia del estigma al VIH y redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple.

Capítulo III

Resultados

En el siguiente apartado se presentan los resultados del estudio, iniciando con la descripción de los participantes, la consistencia interna de los instrumentos, la distribución de los datos, los datos descriptivos de las variables de estudio, los cuales dan respuesta a los objetivos específicos del uno al cuatro; y posteriormente se presenta la correlación que responde el objetivo específico cinco, y finalmente el modelo de regresión del objetivo general.

Descripción de los Participantes

La muestra estuvo conformada por 130 jóvenes HSH, con una media de edad de 25.88 años ($DE = 5.06$), dentro de un rango que osciló entre los 18 y los 44 años. En cuanto a la ocupación, predominó la de estudiantes (50.8%), seguida de empleados (34.6%), trabajadores por su propia cuenta (10%) y, en menor medida, desempleados (4.6%).

Respecto al nivel educativo, la mayoría contaba con licenciatura (73.8%), mientras que el 16.9% tenían preparatoria, 6.2% posgrado, 2.3% doctorado y únicamente el 0.8% secundaria. En relación con la orientación sexual, predominó la homosexual (53.1%), seguida de la heterosexual (32.3%), la bisexual (13.8%) y, en menor proporción, la demisexual (0.8%). En lo que respecta a la identidad de género, casi la totalidad de los participantes se identificaron como hombres cisgénero (97.7%), mientras que el 2.3% se reconoció como hombres transgénero (Ver tabla 1).

Tabla 1*Datos sociodemográficos de los participantes*

		<i>f</i>	%
Ocupación	Estudiante	66	50.8
	Trabajador por su propia cuenta	13	10
	Empleado	45	34.6
	Desempleado	6	4.6
Escolaridad	Secundaria	1	.8
	Preparatoria	22	16.9
	Licenciatura	96	73.8
	Posgrado	8	6.2
	Doctorado	3	2.3
Orientación sexual	Homosexual	69	53.1
	Bisexual	18	13.8
	Heterosexual	42	32.3
	Demisexual	1	.8
Identidad de género	Hombre cisgénero	127	97.7
	Hombre transgénero	3	2.3

Nota. $n = 130$; f = frecuencia; % = Porcentaje

Confiabilidad de los Instrumentos

La tabla 2 muestra la confiabilidad Alpha de Cronbach de los instrumentos. La mayoría presenta consistencia interna aceptada ($\alpha \geq .80$), destacando el estigma relacionado con el VIH y sida ($\alpha = .95$, 68 ítems), apoyo social (EAS) ($\alpha = .96$, 21 ítems). Asimismo, las subescalas de conductas sexuales de riesgo reportan valores altos, como conexiones casuales (hook up) ($\alpha = .86$), sexo casual ($\alpha = .85$) y sexo con alcohol y drogas ($\alpha = .82$). Por otro lado, algunas subescalas evidencian fiabilidad moderada, como las emociones relacionadas al VIH y sida ($\alpha = .67$) y responsabilidad por la infección ($\alpha = .61$), mientras

que los factores estructurales mostraron niveles bajos de confiabilidad ($\alpha = .52$) (Ver tabla 2).

Tabla 2

Fiabilidad de los instrumentos

Instrumentos	α	Ítems
Estigma Relacionado con el VIH y sida	.95	68
Derechos de las PVVS	.77	8
PVVS obligadas a revelar estatus	.84	5
Responsabilidad por la infección	.61	6
Falta de productividad	.81	4
Características personales que fomentan la infección	.78	4
Miedo a la infección	.81	8
Emociones relacionadas al VIH y sida	.67	6
Cercanía a la muerte	.82	5
Necesidad de controlar a la PVVS	.84	6
PVVS como vectores de infección	.83	5
Evidencia corpórea del VIH	.80	5
Factores estructurales	.52	6
Apoyo social (EAS)	.96	21
Apoyo social	.97	12
Apoyo familiar	.92	6
Apoyo de amigos	.83	3
Escala de conductas sexuales de riesgo	.91	16
Sexo sin preservativo	.80	5
Sexo casual	.85	4
Sexo con alcohol y drogas	.82	3
Conexiones casuales (Hook up)	.86	4

Nota. $n = 130$; α = Alpha de Cronbach; PVVS = Personas que viven con VIH o sida; VIH = Virus de Inmunodeficiencia humana; sida = Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; EAS = Escala de Apoyo Social.

Datos Descriptivos de las Variables de Estudio

La Tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos y la prueba de normalidad. El estigma relacionado con el VIH y sida presentó una media elevada ($M = 199.85$, $DE = 45.90$). El apoyo social obtuvo una media alta ($M = 66.37$, $DE = 12.95$), mientras que la Escala de Conductas Sexuales de Riesgo registró una media baja ($M = 16.72$, $DE = 12.18$). (Ver tabla 3).

Tabla 3

Descripción de las variables del estudio y normalidad

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>D^a</i>	<i>P</i>
Estigma Relacionado con el VIH y sida	199.85	203.50	45.90	76	312	.38	.000
Derechos de las PVVS	23.02	24.00	6.86	8	40	.17	.000
PVVS obligadas a revelar estatus	16.45	17.00	5.02	5	25	.18	.000
Responsabilidad por la infección	17.88	18.00	4.81	6	30	.09	.007
Falta de productividad	11.22	12.00	4.15	4	20	.14	.000
Características personales que fomentan la infección	11.56	12.00	4.17	4	20	.16	.000
Miedo a la infección	24.33	25.00	7.52	8	40	.09	.006
Emociones relacionadas al VIH y sida	16.32	16.00	3.16	10	25	.09	.006
Cercanía a la muerte	14.66	15.00	4.05	5	21	.09	.006
Necesidad de controlar a la PVVS	18.35	18.00	5.94	6	30	.07	.096
PVVS como vectores de infección	14.82	15.00	5.29	5	25	.07	.071
Evidencia corpórea del VIH	12.45	13.00	4.87	5	25	.10	.001
Factores estructurales	18.77	18.00	3.45	12	30	.17	.000
Apoyo social (EAS)	66.37	63.00	12.95	21	84	.37	.000
Apoyo social	39.15	36.00	8.04	12	48	.44	.000
Apoyo familiar	18.08	18.00	4.53	6	24	.27	.000
Apoyo de amigos	9.14	9.00	2.81	3	12	.28	.000
Escala de conductas sexuales de riesgo	16.72	15.00	12.18	0	55	.34	.000
Sexo sin preservativo	7.96	8.00	5.09	0	20	.18	.000

Variabes	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>D^a</i>	<i>P</i>
Sexo casual	3.38	2.00	2.11	3	13	.17	.000
Sexo con alcohol y drogas	9.75	9.00	2.11	3	12	.21	.000
Conexiones casuales (Hook up)	3.00	2.00	3.43	0	15	.20	.000

Nota. *n* = 130; *M* = media; *Mdn* = Mediana; *DE* = desviación estándar; *Min.* = Mínimo; *Max* = Máximo; *p* = Significancia; *D^a* = Prueba de normalidad Anderson-Darling.

Para responder el primer objetivo específico, identificar el nivel de estigma al VIH en jóvenes HSH, en la tabla 4 muestra el nivel del estigma al VIH de los jóvenes HSH: la mayoría de los participantes presentó un nivel medio de estigma (70.8%), mientras que el nivel bajo (20.0%) y el nivel alto (9.2%). Estos resultados indican que el estigma se concentra fundamentalmente en una franja moderada; aunque la proporción con estigma alto es pequeña, su presencia es relevante y justifica estrategias específicas (Ver tabla 4).

Tabla 4

Nivel de estigma al VIH de los jóvenes HSH

	<i>f</i>	%
Nivel bajo	26	20
Nivel medio	92	70.8
Nivel alto	12	9.2

Nota: *n*=130 *f*=Frecuencia; %=Porcentaje; HSH = Hombres que tienen sexo con hombres

Respecto al segundo objetivo específico que fue conocer las redes de apoyo que mantienen los jóvenes HSH. La tabla 5 presenta la distribución de las redes de apoyo social, familiar y de amigos. La mayoría reportó alto apoyo social (72.3%), seguido de un nivel medio (32%) y una minoría con bajo apoyo (3.1%). En cuanto al apoyo familiar, predominó el nivel medio (44.6%), seguido del alto (42.3%) y bajo (13.1%). Por su parte, el apoyo de

amigos se concentró principalmente en el nivel medio (52.3%), mientras que el (36.9%) reportó alto apoyo y el (10.8%) bajo apoyo. Estos resultados evidencian que los jóvenes HSH cuentan con redes de apoyo diversas. (Ver tabla 5).

Tabla 5

Redes de apoyo que mantienen los jóvenes HSH.

	<i>Poco apoyo</i>		<i>Mediano apoyo</i>		<i>Mucho apoyo</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Apoyo social	4	3.1	32	32	94	72.3
Apoyo familiar	17	13.1	58	44.6	55	42.3
Apoyo de amigos	14	10.8	68	52.3	48	36.9

Nota. $n = 130$; f = Frecuencia; $\%$ = Porcentaje; HSH = Hombres que tienen sexo con hombres

En cuanto al tercer objetivo específico, identificar las conductas sexuales de riesgo que practican los jóvenes HSH. El sexo oral sin preservativo reportó 45.4% en siempre y 17.7% en casi siempre. En cuanto a la insistencia en mantener relaciones sin preservativo 40.0% indicaron nunca, 27.7% a veces y únicamente 6.9% siempre. Las relaciones sin compromiso obtenían 41.5% en nunca y 5.4% en siempre. Sobre convencer de retirar el preservativo en el acto presentó 51.5% en nunca y 5.4% en siempre. Las relaciones bajo efectos de sustancias obtuvieron 45.4% en a veces y 33.1% en nunca. Finalmente, tanto las relaciones con diferentes personas en cortos periodos como el disfrute sexual aumentado bajo sustancias registraron mayor frecuencia en nunca manteniendo 49.2% en ambos ítems y bajas frecuencias en siempre con 4.6% y 4; 3.1%, respectivamente. (Ver tabla 6).

Tabla 6*Conductas sexuales de riesgo que practican los jóvenes HSH.*

Conducta sexual de riesgo	Nunca		A veces		La mitad de las veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo oral sin preservativo	23	17.7	12	9.2	13	10	23	17.7	59	45.4
Insistir en relaciones sin preservativo	52	40	36	27.7	15	11.5	18	13.8	9	6.9
Relaciones sin compromiso	54	41.5	29	22.3	24	18.5	16	12.3	7	5.4
Convencer a retirar preservativo en el acto	67	51.5	23	17.7	17	13.1	16	12.3	7	5.4
Relaciones bajo efecto de sustancias	43	33.1	59	45.4	18	13.8	8	6.2	2	1.5
Relaciones con diferentes personas en cortos periodos	64	49.2	32	24.6	19	14.6	9	6.9	6	4.6
Disfruto más sexo bajo efectos de sustancias	64	49.2	32	24.6	19	14.6	11	8.5	4	3.1

Nota. $n = 130$; f = frecuencia; % = Porcentaje; HSH = Hombres que tienen sexo con hombres

En función al cuarto objetivo específico que fue determinar el nivel de conducta sexual de riesgo de los jóvenes HSH, la tabla 7, muestra la distribución del nivel de conducta sexual de riesgo en la muestra ($n = 130$): la que mayor puntuó fue el nivel bajo de riesgo (54.6%) la que menor frecuencia obtuvo fue un nivel alto poco frecuente (6.9%) (Ver tabla 7).

Tabla 7*Nivel de conducta sexual de riesgo de los jóvenes HSH*

	<i>f</i>	%
Nivel bajo	71	54.6
Nivel medio	50	38.5
Nivel alto	9	6.9

Nota. $n = 130$; f = frecuencia; % = Porcentaje; HSH = Hombres que tienen sexo con hombres

Para dar respuesta al objetivo específico cinco, identificar la relación entre el nivel de estigma al VIH y las redes de apoyo con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH, se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron distribución normal. Se observó una correlación positiva entre el estigma al VIH y la conducta sexual de riesgo ($r_s = .223$, $p = .011$), lo cual indica que, a mayor estigma al VIH, existe mayores conductas sexuales de riesgo. Asimismo, el apoyo social mostró una correlación negativa con la conducta sexual de riesgo ($r_s = -.369$, $p = .000$) indicando que a menor apoyo social hay mayores conductas sexuales de riesgo (Ver tabla 8).

Tabla 8*Correlación del estigma al VIH y el apoyo social con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH*

	Conducta sexual de riesgo	
	r_s	p
Estigma al VIH	.223*	.011
Apoyo Social	-.369**	.000

Nota. $n = 130$; * $p < .05$; ** $p < .01$; r_s = Coeficiente de correlación de Spearman; p = Significancia; HSH = Hombres que tienen sexo con hombres; VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana

Para responder al objetivo general, establecer la influencia del estigma al VIH y las redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple con la técnica hacia atrás. En la Tabla 9 se presentan los resultados, se encontró que el estigma al VIH ($B = 0.181$, $t = 2.139$, $p = .034$), tiene efecto positivo y el apoyo social un efecto negativo ($B = -0.274$, $t = -3.237$, $p = .002$) con la conducta sexual de riesgo en los jóvenes HSH. El modelo explicó el 13% de varianza ($F_{[2, 130]} = 9.46$, $p < .001$), (Ver tabla 9).

Tabla 9

Modelo de regresión nivel de estigma al VIH y las redes de apoyo con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH.

Variable	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Estigma al VIH	.181	2.139	.034
Apoyo Social	-.274	-3.237	.002

Nota. $n = 130$; variable dependiente conducta sexual de riesgo; B = valor de beta; t = t de Student.

Capítulo IV

Discusión

A continuación, se discuten los resultados del estudio iniciando con los objetivos específicos y posteriormente el objetivo general, además, se presentan las conclusiones y recomendaciones finales de la investigación. El presente estudio fue desarrollado en población HSH los cuales se encuentran dentro de contextos sociales donde a la fecha, persisten estigmas hacia el VIH y hacia la diversidad sexual, los cuales suelen ser característicos dentro del contexto latinoamericano ya que suele haber limitaciones dentro de la educación sexual integral y en el fortalecimiento de redes comunitarias formales. Es importante conocer este contexto para la interpretación de los resultados encontrados sobre el estigma al VIH, las redes de apoyo y como influyen en la conducta sexual de riesgo en la población estudiada.

En base al objetivo específico 1, identificar el nivel de estigma al VIH en jóvenes HSH, una parte significativa de los participantes experimenta niveles de moderados a altos. Las puntuaciones obtenidas muestran una mayor internalización de prejuicios sociales y las experiencias de discriminación, lo cual se asocia con efectos negativos en su salud emocional y teniendo una mayor posibilidad de que se involucren en conductas sexuales de riesgo, al dificultar la negociación en el uso del condón y a tener un acceso oportuno a servicio de salud. Este hallazgo coincide con la literatura latinoamericana reciente, que documenta la persistencia de prejuicios y desinformación sobre el VIH. Una investigación realizada por Macías et al. (2025) destaca que la falta de educación sexual y el VIH se convierte en creencias erróneas y estigmatizantes en la sociedad. En este sentido el estigma social, tanto interno como externo, influye negativamente en la salud emocional de los HSH sumado a pertenecer a un grupo vulnerado a través de los años.

Además, la discriminación por distintos factores incrementa la ansiedad y la depresión en hombres gays y otros HSH, lo que impacta negativamente en su bienestar emocional y social. Estos hallazgos coinciden con Padilla et al. (2022), quienes señalan que el estigma hacia las personas con VIH genera aislamiento social y deterioro del bienestar. Por lo tanto, los niveles observados de estigma en la muestra reflejan un patrón consistente con investigaciones latinoamericanas que identifican al estigma como una barrera psicosocial persistente en la comunidad HSH (Macías et al., 2025; Pineda, 2022).

Esto podría atribuirse a las actitudes negativas que persisten hacia el VIH. Con frecuencia, estas actitudes surgen del desconocimiento y se traducen en formas de rechazo social lo suficientemente fuertes como para que esta población se sienta estigmatizada. En consecuencia, muchos jóvenes HSH experimentan exclusión y desconfianza para buscar apoyo o acceder a servicios de salud, lo que termina afectando su bienestar emocional y social.

Respecto al segundo objetivo, identificar las redes de apoyo de los jóvenes HSH, los resultados muestran que la mayoría cuenta con alto apoyo social y niveles medios y altos de apoyo familiar y de amigos indicando la presencia de vínculos interpersonales significativos, principalmente a través de relaciones cercanas. Las puntuaciones obtenidas sugieren que los vínculos que tienen los HSH actúan como factor protector frente a la adopción de conductas sexuales de riesgo, puesto que estas favorecen el acompañamiento emocional, un intercambio de información y al afrontamiento del estigma también asociado a la orientación sexual y al VIH. Aunque los jóvenes encuentran respaldo en amistades y redes informales, el apoyo comunitario aparece como limitado. Esto coincide con Ríos-González et al. (2024), quienes documentan fragmentación y escasa organización comunitaria entre jóvenes HSH. En conjunto, los resultados sugieren que, pese a disponer

de apoyo cercano, la falta de redes comunitarias sólidas reduce el alcance del soporte social disponible para estos jóvenes.

Asimismo, Ríos-González et al. (2024) destacan que el apoyo social es clave para disminuir los efectos perjudiciales del estigma sexual: “la presencia de relaciones de apoyo en la vida de un individuo juega un papel crucial en la mitigación de los efectos perjudiciales del estigma de identidad sexual”. No obstante, la vinculación a organizaciones de apoyo es baja y que existe escasa colaboración entre activistas e instituciones, lo que intensifica la sensación de soledad y dificulta la ayuda mutua (Hill et al., 2023).

Los resultados del trabajo muestran redes de apoyo moderadas y débilmente conectadas, podría explicarse por diversos factores. En primer lugar, persisten altos niveles de estigma y discriminación hacia personas con orientaciones sexuales diversas, lo que limita la apertura, confianza y disposición para establecer y mantener redes de apoyo sólidas. La evidencia indica que el estigma relacionado al VIH se asocia con menor percepción y utilización del apoyo social, actuando este último como un mediador clave entre el estigma y los resultados en salud sexual en hombres que tienen sexo con hombres (Sayles et al., 2024). Asimismo, en contextos más pequeños o conservadores, las oportunidades de socialización y organización comunitaria suelen ser escasas, lo que reduce la participación en espacios colectivos o grupos de ayuda. A ello se suma la limitada coordinación entre instituciones de salud, organizaciones civiles y activistas, lo cual dificulta la creación de entornos de apoyo sostenidos. En conjunto, estos elementos contribuyen a explicar la presencia de redes de apoyo moderadas.

Para responder al objetivo específico 3, identificar las conductas sexuales de riesgo que practican los jóvenes HSH. Los hallazgos muestran que prevalecen comportamientos de riesgo, como relaciones anales sin protección consistente, desconocimiento del estado

serológico de la pareja, consumo de sustancias en contextos sexuales y múltiples parejas. Esto coincide con estudios latinoamericanos que señalan que el sexo anal sin condón es la conducta de mayor riesgo en HSH (Elías-Risco & Chávez-Ventura, 2022; Rosário et al., 2024; Harris et al., 2024). Por otra parte, Posada y Zapata (2020) destacan que las experiencias de menosprecio social se relacionan con adopción de prácticas sexuales de riesgo, además, en contextos donde predominan la homofobia y la estigmatización, aumenta la probabilidad de conductas riesgosas, ya sea por baja autoestima o como forma de rebeldía frente a la discriminación.

En el estudio, una proporción considerable de participantes refirió relaciones sexuales sin uso de condón, desconocimiento del estado serológico de la pareja y consumo de drogas en contextos sexuales. Estos resultados coinciden con Valencia et al. (2023) y Algarin et al. (2023), quienes describen uso inconsistente del preservativo y alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, como marihuana y cocaína, en HSH. En conjunto, las prácticas de riesgo observadas en este estudio reflejan patrones consistentes con las tendencias reportadas en investigaciones recientes de la región.

Estos resultados podrían explicarse por diferentes factores. En primer lugar, la persistencia del estigma asociado al VIH y a la diversidad sexual puede generar miedo o incomodidad al momento de negociar el uso del preservativo, en especial en relaciones casuales o ante la necesidad de sentirse aceptado. Además, el consumo de sustancias psicoactivas durante las prácticas sexuales puede verse como una estrategia para reducir la ansiedad y facilitar la interacción íntima o buscar nuevas sensaciones, lo que a su vez disminuye la percepción del riesgo y el autocontrol durante el acto sexual.

Por otra parte, el desconocimiento del estado serológico de la pareja refleja limitaciones en la comunicación sexual y en el acceso a información o de pruebas

diagnósticas oportunas. En conjunto, todas estas condiciones reflejan como las prácticas de riesgo observadas están influenciadas por factores individuales, como la búsqueda de placer o pertenencia, factores estructurales y sociales como el estigma, la discriminación y la falta de educación sexual integral.

En función del objetivo específico 4, que fue determinar el nivel de conducta sexual de riesgo de los jóvenes HSH, la combinación de ciertas prácticas evidencia un alto nivel de riesgo en la población estudiada. Aunque algunos participantes reportaron el uso ocasional del condón, la existencia de múltiples conductas de riesgo indica una situación preocupante. Algarin et al. (2023) señalan que la combinación de uso inconsistente del condón y relaciones sexuales con parejas de estado serológico desconocido crea un escenario de alto riesgo para la transmisión del VIH. En este sentido, los hallazgos son congruentes con dicho el estudio, ya que la mayoría de los participantes mencionaron haber tenido relaciones anales sin protección en al menos algunos encuentros recientes y con desconocimiento del estado serológico de su pareja, relega un nivel de riesgo sexual clasificado como moderado-alto.

Esto podría deberse a diversos factores, como que algunos jóvenes no cuenten con información suficiente o con el hábito de mantener prácticas sexuales seguras. En encuentros sexuales suelen ser casuales puede disminuir en la percepción de riesgo y omitir el uso del condón. También influyen factores psicosociales, como vergüenza o incomodidad al pedir usar condón, así como una creencia errónea de que por una sola vez no pasará nada. Además, el desconocimiento del estado serológico también puede estar relacionado con un estigma interiorizado hacia el VIH, puesto que algunas personas le temen a ser rechazadas o discriminadas si revelan su diagnóstico, lo que contribuye a mantener prácticas de riesgo.

De manera similar, Plascencia-De la Torre et al. (2024) reportaron en México que solo el 37.7 % de los HSH utilizaba el condón de forma constante, lo que evidencia niveles generales de riesgo comparables. Estos autores refirieron que, aun con percepciones moderadas del riesgo, las conductas preventivas suelen ser bajas. El resultado del presente estudio apoya esta tendencia, dado que la presencia de múltiples comportamientos de riesgo simultáneos aumenta el nivel global de riesgo en la cohorte estudiada.

En lo correspondiente al objetivo específico 5, identificar la relación entre el nivel de estigma al VIH y las redes de apoyo con la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH. Se observó que a mayores niveles de estigma mayor frecuencia de conductas de riesgo, mientras que el apoyo social presentó una correlación inversa con el riesgo sexual. Esto coincide con Posada y Zapata (2020), quienes concluyeron que, en contextos de reconocimiento y menosprecio, las prácticas de cuidado sexual de los HSH con VIH depende en gran medida de la calidad de sus relaciones sociales.

El rechazo social aumenta el riesgo, mientras que el apoyo y la aceptación promueven comportamientos protectores. Ríos-González et al. (2024) destacan que el apoyo social juega un papel crucial en la reducción de los efectos negativos del estigma, lo que significa que, cuando el apoyo social es bajo, el estigma puede llevar a formas de afrontamiento poco saludables, como las conductas sexuales de riesgo. Esto podría deberse a que ambos factores ayudan a entender por qué algunos jóvenes adoptan estas prácticas. Otros elementos como la educación sexual, la autoeficacia y el contexto social, que también pueden tener relación con la adopción de conductas de riesgo.

En función del objetivo general, establecer la influencia del estigma al VIH y redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH. Los resultados concuerdan con evidencia reciente que vincula alta incidencia y barreras psicosociales con

comportamientos sexuales de mayor riesgo (OMS, 2024). Estudios realizados en distintos contextos han mostrado que los jóvenes HSH presentan altas tasas de incidencia y diagnósticos recientes (Mustanski et al., 2021; Antonini et al., 2023). Se observa que factores sociales y estructurales dificultan el acceso a medidas preventivas y aumentan la exposición a prácticas de riesgo. En este contexto, que el estigma aparezca como un factor asociado al riesgo resulta coherente con la idea de que ser estigmatizado lleva a muchas personas a ocultarse, sentirse culpables y evitar los servicios de salud, lo que finalmente puede aumentar la probabilidad de involucrarse en conductas sexuales de mayor riesgo (Torres et al., 2023; Jalil et al., 2024).

Por otro lado, investigaciones latinoamericanas muestran que la presencia de canales de apoyo, como campañas comunitarias y acceso facilitado a servicios de prevención, mejora adherencia a medidas preventivas y vinculación a servicios, reduciendo comportamientos de riesgo (Ferreira et al., 2022; Jalil et al., 2024). Asimismo, la navegación por pares y atención con enfoque de derechos incrementan la participación en prevención y ofrecen soporte psicosocial (Dourado et al., 2023; Konda et al., 2024). En conjunto, los hallazgos respaldan la idea de que intervenciones dirigidas únicamente a cambiar comportamientos individuales son insuficientes si no se abordan determinantes sociales: reducir el estigma y fortalecer redes de apoyo son componentes complementarios indispensables para disminuir conductas de riesgo entre jóvenes HSH (Konda et al., 2024; Torres et al., 2023; Dourado et al., 2023). Estos resultados se deben interpretar considerando que los HSH han sido históricamente vulnerados, expuestos a estigmatización social y a barreras estructurales al acceso a la salud sexual, lo cual puede incidir directamente en la obtención de redes de apoyo y en la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos indican que las estrategias de prevención dirigidas a HSH deben considerar factores psicosociales y educativos. Es importante implementar programas de educación sexual integral y acciones de sensibilización contra la discriminación, ya que la falta de información sobre sexualidad y VIH contribuye a que persistan estigmas basados en prejuicios (Macías et al., 2025). Reducir el estigma social facilitaría que más jóvenes accedan sin miedo a las pruebas de VIH, al tratamiento y a los servicios de consejería. Del mismo modo, fortalecer las redes de apoyo comunitarias resulta fundamental, ya que contar con un entorno social cohesionado contribuye a proteger la salud mental y a promover prácticas sexuales más seguras (Ríos-González et al., 2024).

A nivel clínico, estos resultados destacan la importancia de integrar evaluaciones psicosociales en los servicios de salud sexual ya que, identificar altos niveles de estigma o carencias de apoyo en un paciente HSH puede orientar intervenciones de acompañamiento psicológico o comunitario (Ríos-González et al., 2024; Macías et al., 2025).

Limitaciones

Aunque el estudio cumplió con los objetivos planteados, presenta algunas limitaciones, debido a que se utilizó un diseño transversal y los datos se recolectaron en un solo momento, no es posible determinar si una variable causa cambios en otra, por lo que los resultados solo permiten identificar asociaciones entre las variables. Además, el uso de un muestreo por bola de nieve y que la aplicación de instrumentos haya sido en línea podrían introducir sesgos de selección, ya que, solo se incluyeron participantes con acceso a dispositivos móviles y disposición para participar, esto podría no representar de manera más completa la población de jóvenes HSH en la región.

Otra limitación es que los participantes, al reportar ellos mismos sus conductas sexuales y su percepción del estigma al VIH, podría estar influenciado por querer dar respuestas socialmente aceptables, tal vez también, dentro de alguna creencia de que se pueden asociar las respuestas con quienes respondieron. Finalmente, la concentración de la muestra en un grupo demográfico relativamente joven y con alto nivel educativo podría limitar la generalización de los resultados a otros subgrupos de la población HSH con características sociodemográficas distintas.

Conclusiones

Los resultados del estudio permitieron establecer la influencia del estigma al VIH y las redes de apoyo sobre la conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH. La muestra analizada mostró un predominio en un nivel medio de estigma relacionado con el VIH, así como niveles altos de apoyo social, provenientes del entorno social y familiar. Además, la mayoría de los participantes presentó de un nivel bajo a moderado de conductas sexuales de riesgo; sin embargo, también se identificaron prácticas específicas que suelen incrementar la probabilidad de exposición al VIH en jóvenes HSH, como el sexo oral sin preservativo, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias y el desconocimiento del estado serológico de la pareja.

El análisis correlacional mostró que el estigma al VIH tiene una asociación positiva con la conducta sexual de riesgo, lo cual indica que a mayor nivel de estigma existe una mayor probabilidad de adoptar conductas sexuales de riesgo. Por otra parte, el apoyo social mostró una asociación negativa con la conducta sexual de riesgo, por lo que la presencia de redes de apoyo tiende a actuar como factor protector frente a las conductas sexuales de riesgo.

El modelo de regresión lineal múltiple realizado confirmó que el estigma al VIH y el apoyo social ejercen una influencia significativa en la conducta sexual de riesgo en los jóvenes HSH. Siendo así, que el estigma VIH presentó un efecto positivo, de manera contraria, el apoyo social presentó un efecto negativo, lo cual explica en conjunto una porción relevante de la varianza del riesgo sexual. Estos hallazgos sugieren que el estigma al VIH y el apoyo social tienen un papel importante en la conducta sexual de riesgo, aún cuando existen otros factores que suelen intervenir también.

En conjunto, los resultados obtenidos permiten observar que tanto el estigma como las redes de apoyo son esenciales para la construcción de elementos clave para entender la conducta sexual de riesgo en los jóvenes HSH, esto dentro de un contexto social en el que persiste la posibilidad de transmisión del VIH.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos, se recomienda a los servicios de salud y las instituciones educativas implementar programas de educación sexual integral que estén dirigidos y enfocados a HSH, en los cuales se aborden temas sobre la reducción del estigma asociado al VIH y promoción de conductas sexuales seguras. Además, es importante fortalecer las redes de apoyo social a través de intervenciones comunitarias y estrategias de acompañamiento desde la enfermería, favoreciendo así espacios seguros donde se promueva el acceso a información adecuada y apoyo psicosocial a quien lo necesite.

Se recomienda capacitar al personal de salud sobre estrategias para la atención libre de estigma y discriminación hacia la diversidad sexual, con el objetivo de obtener una mejora en la calidad de la atención, acceso oportuno a servicios preventivos y la adherencia a estrategias de prevención al VIH.

Se recomienda para futuras investigaciones considerar diseños longitudinales para permitir analizar la evolución del estigma al VIH, redes de apoyo y conductas sexuales de riesgo a lo largo del tiempo. Asimismo, ampliar el tamaño y la diversidad de la muestra al incorporar a jóvenes HSH con distintos niveles educativos, ocupaciones y contextos de acceso a tecnologías, con el propósito de mejorar la representatividad de los hallazgos.

Por último, se sugiere complementar los estudios cuantitativos con enfoques cualitativos o mixtos, y así con ello profundizar en las percepciones y experiencias relacionadas con el estigma y el apoyo social. Además, para reducir el sesgo de deseabilidad social en la medición de las conductas sexuales, es recomendable fortalecer las estrategias de anonimato a implementar e incorporar preguntas indirectas que favorezcan la obtención de respuestas más honestas.

Referencias

- Antonini, M., Da Silva, I. E., Elias, H. C., Gerin, L., Oliveira, A. C., & Reis, R. K. (2023). Barriers to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) use for HIV: an integrative review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 76(3), e20210963. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0963>
- Ali Fernández, J. L., & Quiñones Lucen, R. A. (2020). *Construcción y validación de la escala de conductas sexuales de riesgo en universitarios de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/57522>
- Algarin, A. B., Lara, M. V., Hernández-Ávila, M., Baruch-Domínguez, R., Sánchez, T., Strathdee, S. A., & Smith, L. R. (2023). Characterizing Drug use Typologies and Their Association with Sexual Risk Behaviors: A Latent Class Analysis Among Men who have Sex with Men in Mexico. *Sexuality Research And Social Policy*, 21(4), 1406-1417. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00861-9>
- Betancourt Llody, Y. A. (2021). La infección por el VIH: Abordaje de su prevención en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Cuba. *Revista Médica Electrónica*, 43(2), 3167-3178.
- Bolaños-Gutiérrez, M. R. (2018). Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horizonte Sanitario*, 18(1). <https://doi.org/10.19136/hs.a18n1.2306>
- Campillay, M., Monárdez, M., (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47, 93-107. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Carvalho Gomes, I., Gámez-Medina, M., & Valdez-Montero, C. (2020). Chemsex y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres: Una revisión sistemática. *Salud y drogas*, 20, 158–165.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.495>
- Caudillo Ortega, L., Montañez Frausto, M. A., Morales Álvarez, C. T., Flores Arias, M. L., Valdez Montero, C., & Hernández García, R. (2024). Consumo de alcohol, drogas ilícitas y la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica.”*
https://www.researchgate.net/publication/389680590_Consumo_de_alcohol_drogas_ilicitas_y_la_conducta_sexual_en_hombres_que_tienen sexo_con_hombres
- CDC. (2021). Estigma y la discriminación. *Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)*. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-stigma/index.html>
- CDC. (2022). Información básica | VIH/SIDA | *Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)* <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA]. (2022). Boletín DAI Día Mundial Del Sida. *Inp*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/778212/Boletin_Dai_Dia_Mundial_Del_Sida_.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA]. (2020). Estigma y discriminación. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/censida/articulos/estigma-y-discriminacion>
- Chemnasiri, T., Beane, C. R., Varangrat, A., Chaikummao, S., Chitwarakorn, A., Van Griensven, F., & Holtz, T. H. (2019). Risk Behaviors Among Young Men Who

- Have Sex With Men in Bangkok: A Qualitative Study to Understand and Contextualize High HIV Incidence. *Journal of homosexuality*, 66(4), 533–548.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1422941>
- Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/sida (CONASIDA). (2014). *Informe nacional sobre los avances en la lucha contra el Sida 2011-2013*. San José: CONASIDA. Recuperado de
<https://www.sidastudi.org/es/registro/ff808181463cc53c01466590970c004e>
- Cigna Healthcare. (2019). Comportamiento sexual de alto riesgo. *Cigna Healthcare*
<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/comportamiento-sexual-de-alto-riesgo-tw9064>
- Dourado, I., Magno, L., Greco, D. B., Zucchi, E. M., Ferraz, D., Westin, M. R., & Grangeiro, A. (2023). Interdisciplinarity in HIV prevention research: the experience of the PrEP1519 study protocol among adolescent MSM and TGW in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0102-311xen143221>
- Dunbar, W., Labat, A., Raccurt, C., Sohler, N., Pape, J. W., Maulet, N., & Coppieters, Y. (2020). Una revisión sistemática realista de las intervenciones de reducción del estigma para la prevención del VIH y los resultados continuos de atención entre hombres que tienen sexo con hombres. *International Journal of STD & AIDS*, 31(8), 712-723. <https://doi.org/10.1177/0956462420924984>
- Elías-Risco, A., & Chávez-Ventura, G. (2022). Eficacia de un programa para disminuir conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*, 28(1), e512.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n1.04>

- Ferreira, R. C., Torres, T. S., Marins, L. M. S., Ceccato, M. D. G. B., Bezerra, D. R. B., & Luz, P. M. (2022). HIV knowledge and its correlation with the Undetectable = Untransmittable slogan in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 56, 87.
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004168>
- Figuerola, L. A., Pérez, L. F., Breto, L. G., & Carballo, D. S. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Medigraphic*,
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95100>
- Goffman, E. (1963). Estigma: La identidad deteriorada. *Amorrotu Drivers*.
<https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). Estigma: la identidad deteriorada (pp. 1-11). *Buenos Aires: Amorrortu*. <https://n9.cl/bswof>
- Gómez, J. L. V., García, M. D. L. G., Río-Zolezzi, A. del, Loo-Méndez, E., Magis-Rodríguez, C., & Salcedo-Álvarez, R. A. (1995). Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud Pública de México*, 37(6), Article 6.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (7a ed.). *Elsevier*. ISBN: 978-84-9113-511-1
- Guevara-Sotelo, Y., Hoyos-Hernández, P. A., (2018). Vivir con VIH: Experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente*, 21(39), 127-139.
<https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827>
- Harris, C. L., Blair, C. S., Segura, E. R., Gutiérrez, J., Lake, J. E., Cabello, R., & Clark, J. L. (2024). Sexual network characteristics, condomless anal intercourse, and the HIV care cascade among MSM living with controlled versus uncontrolled HIV infection

- in Lima, Peru: a population-based cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Americas*, 32, 100722. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100722>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *NANDA-I International nursing diagnoses: Definitions and classification* (13^a ed., 2024–2026). Thieme Medical Publishers.
- Hill, M., Truszczynski, N., Newbold, J., Coffman, R., King, A., Brown, M. J., Radix, A., Kershaw, T., Kirklewski, S., Sikkema, K., Haider, M. R., Wilson, P., & Hansen, N. (2023). The mediating role of social support between HIV stigma and sexual orientation-based medical mistrust among newly HIV-diagnosed gay, bisexual, and other men who have sex with men. *AIDS Care*, 35(5), 696-704. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2119472>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342006000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Infanti. (2021). Redes de apoyo: ¿Por qué es tan importante tenerlas? https://infanti.cl/blog_familia_infanti/post/redes-de-apoyo-por-que-es-tan-importante-tenerlas.html
- INPM (2019). "Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores." ("¿Por qué son importantes las redes de apoyo? - Cuéntanos") *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.gob.mx*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>

- Jacques A, C., García, P., Díez, E., Martín, S., & Caylà, J. A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252–257. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>
- Jalil, C. M., Jalil, E. M., Hoagland, B., Cardoso, S. W., Scarparo, R., Coutinho, C., Silva, M. S. T., Veloso, V. G., Wilson, E. C., McFarland, W., Torres, T. S., & Grinsztejn, B. (2024). The rising tide of HIV among young men who have sex with men in Brazil: insights from the Conectad@s study. *The Lancet Regional Health - Americas*, 36, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100798>
- Konda, K. A., Quellon, J., Torres, T. S., Vega-Ramirez, E. H., Elorreaga, O., Guillén-Díaz-Barriga, C., Diaz-Sosa, D., Hoagland, B., Guanira, J. V., Benedetti, M., Pimenta, C., Vermandere, H., Bautista-Arredondo, S., Veloso, V. G., Grinsztejn, B., & Caceres, C. F. (2024). Awareness of U = U among Sexual and Gender Minorities in Brazil, Mexico, and Peru: Differences According to Self-reported HIV Status. *AIDS And Behavior*, 28(7), 2391-2402. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04336-9>
- Laniga-Wijnen, L., & Veenstra, R. (2021). "Peer similarity in adolescent social networks: Types of selection and influence, and factors contributing to openness to peer influence." ("Toward understanding the functions of peer influence: A summary and ...") In *Elsevier eBooks* (pp. 196–206). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818872-9.00047-9>
- Lavatelli, L., Aisenson, G., & de Marco, M. (2014). La importancia de las redes y apoyos como recursos en la construcción de trayectorias de jóvenes vulnerables: Resources in the construction of trajectories of vulnerable youth. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 93-103. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862014000100008&script=sci_arttext&lng=pt

- López, E. (2023). En Sinaloa, el VIH ha incrementado en un 17% solo de 2022 a 2023. *El Sol de Sinaloa | Noticias Locales, Policiacas, sobre México, Sinaloa y el Mundo*.
<https://www.elsoldesinaloa.com.mx/local/en-sinaloa-el-vih-ha-incrementado-en-un-17-solo-de-2022-a-2023-11086065.html>
- Macías, J. V., Andrade, N. J., Saltos, G. N., Vélez, M. J., Soledispa, D. S., Párraga, M. T., & Galarza, J. (2025). Estigma asociado a personas con VIH en Latinoamérica: una revisión sistemática. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 150-161.
<https://doi.org/10.36097/rgcs.v2i1.3119>
- Morgan, E., Skaathun, B., Michaels, S., Young, L., Khanna, A., Friedman, S. R., Davis, B., Pitrak, D., & Schneider, J. (2016). Marijuana Use as a Sex-Drug is Associated with HIV Risk Among Black MSM and Their Network. *AIDS And Behavior*, 20(3), 600-607. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1195-7>
- Mustanski, B., Garofalo, R., Herrick, A., & Donenberg, G. (2021). Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men: Preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 34(1), 37.
<https://doi.org/10.1080/08836610701495268>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). Men who have sex with men https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/men-who-have-sex-with-men?utm_source
- Padilla, M., Patel, D., Beer, L., Tie, Y., Nair, P., Salabarría-Peña, Y., Henny, K. D., Thomas, D., & Dasgupta, S. (2022). HIV Stigma and Health Care Discrimination Experienced by Hispanic or Latino Persons with HIV — United States, 2018–2020.

MMWR Morbidity And Mortality Weekly Report, 71(41), 1293-1300.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7141a1>

Palomar Lever, J., Matus García, G. L., & Victorio Estrada, A. (2012). Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129–137. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.eeas>

Pineda, J. E. R. (2022). Salud psicosocial de la población de gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(3), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.010>

Pineda, L. T. O., Díaz, A. P., & Orbegozo, L. V. (2010). Social support and sexual risk behaviors among diagnosed and undiagnosed HIV / AIDS adolescents in Cali, Colombia. 31. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31).

<https://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587008.pdf>

Plascencia-De la Torre, J. C. P., Martínez-Martínez, K. I., Correa-Romero, F. E., Sánchez-Medina, R., & Reynoso-González, O. U. (2024). Protective and risk factors for condom use as an hiv preventive measure in men who have sex with men.development of a model. *Deleted Journal*, 3, 476.

<https://doi.org/10.56294/mw2024476>

Posada, S. M., & Zapata, I. C. P. (2020). Menosprecio y riesgo en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH en Medellín. *Deleted Journal*, 25(1), 13-28.

<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.2>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida [ONUSIDA]. (2023).

Estadísticas mundiales sobre el VIH. *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida* <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

- Ríos-González, C. M., Recalde, G. D. R., & Jacquet, T. (2024). Estigma de identidad sexual y apoyo social entre los hombres que tienen sexo con otros hombres en Central y Asunción, Paraguay: un análisis cualitativo. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, *14*(2), 38-44. <https://doi.org/10.18004/rspp.2024.ago.06>
- Rodríguez Pérez, L. F., Becerra Hernández, A., (2022). Percepciones asociadas a conductas sexuales de riesgo. *Horizonte sanitario*, *21*(2), 292-298. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4562>
- Rodríguez-Bustamante, P., Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Morales-Nieto, A., Zenteno-López, M. Á., & Rodríguez-Bustamante, K. A. (2022). Funcionalidad familiar: Hombres que tienen sexo con hombres y sexo solo con mujeres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *20*(1), 76–91. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.1.4353>
- Rodríguez-Otero, L. M. (2023). Conductas sexuales de riesgo y estigma en pacientes seropositivos mexicanos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, *30*(1), Article 1. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.22116>
- Rosário, R., Dourado, I., Pereira, M., Dezanet, L., Greco, D., Grangeiro, A., & Magno, L. (2024). Fatores associados ao sexo anal sem preservativo entre adolescentes homens que fazem sexo com homens e mulheres trans em três capitais brasileiras: estudo PrEP1519. *Revista de Saúde Pública*, *58*(Supl.1), 1-11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005462>
- Saavedra, J. A. (2022), Regresión Lineal: Qué es, para qué sirve, por qué es importante, tipos y ejemplos de uso. *Ebac*. <https://ebac.mx/blog/regreson-lineal>

- Sáenz-Moncaleano, C. (2024). Descubre qué es una red de apoyo emocional y cómo formar la tuya. *Selia*. <https://selia.co/es/blog/emociones/descubre-que-es-una-red-de-apoyo-emocional-y-como-formar-la-tuya/>
- Saeteros R, Pérez J, Sanabria G. (2015) Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Hum Med [Internet]* 2015; 15(3): 421-439. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202015000300003&script=sci_abstract
- Saforcada, E., Sarriera, J. C., Alfaro I, J., (2015). Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: *La comunidad. Ediciones Nuevos Tiempos*.
<https://licrenebarrios.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/09/salud-comunitaria-saforcada-e-libro.pdf>
- Sayles, J. N., Ryan, G. W., Silver, J., Sarkisian, C. A., & Cunningham, W. E. (2024). *The mediating role of social support between HIV stigma and sexual health outcomes among MSM living with HIV. AIDS and Behavior*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10079779/>
- Secretaría de Salud. [SS] (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: Texto vigente, última reforma publicada DOF 02-04-2014. *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.dof.gob.mx/>
- Sola Lara, J. A., Caparros-González, R. A., Hueso-Montoro, C., & Pérez Morente, M. Á. (2022). Factores que determinan prácticas sexuales de riesgo en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en población de hombres que tienen sexo con hombres: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95.
<https://scielosp.org/article/resp/2021.v95/e202106089/>

- Sousa, L. R. M., Elías, H. C., Caliari, J. de S., Oliveira, A. C. de, Gir, E., & Reis, R. K. (2023). Uso inconsistente del preservativo masculino en hombres VIH negativos que tienen sexo con hombres. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, *31*, e3890. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6327.3890>
- Tamayo-Zuluaga, B., Macías-Gil, Y., Cabrera-Orrego, R., Henao-Pelaéz, J. N., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, *13(1)*, 9-23. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., de la Fuente-Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2022). Consumo de sustancias en adolescentes: Consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, *34(2)*, 257–273. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- Torres, T. S., Teixeira, S. L., Hoagland, B., Konda, K. A., Derrico, M., Moreira, R. I., Guanira, J. V., Benedetti, M., Nazer, S., Calvo, G. M., Vargas, S., Benites, C., Bigolin, Á., Neto, J. B. A., Farias, A., Lacerda, M. V. G., Silva, D. A. R., Paz, L. C., Madruga, J. V., . . . Eguiluz, M. (2023). Recent HIV infection and annualized HIV incidence rates among sexual and gender minorities in Brazil and Peru (ImPrEP seroincidence study): a cross-sectional, multicenter study. *The Lancet Regional Health - Americas*, *28*, 100642. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100642>
- Valdez Montero, C., Benavides Torres, R. A., González Y González, V., Onofre Rodríguez, D. J., & Castillo Arcos, L. (2015). Internet y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes. *Enfermería Global*, *14(2)*, 151. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.196561>

- Valencia, J., Gutiérrez, J., Troya, J., González-Baeza, A., Dolengevich, H., Cuevas, G., & Ryan, P. (2023). Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/consumo-de-drogas-recreativas-y-sexualizadas-en-varones-seronegativos-datos-desde-un-screening-comunitario-de-vih/>
- Valle-Solís, M. O., Benavides-Torres, R. A., Álvarez-Aguirre, A., & Peña-Esquivel, J. N. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. 133-136. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 133-136, oct. 2017. ISSN 2448-8062. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/460/465
- Varas-Díaz, N., Neilands, T. B., Guilamo-Ramos, V., & Cintrón Bou, F. N. (2008). Desarrollo de la Escala sobre el Estigma Relacionado con el VIH/SIDA para Profesionales de la Salud mediante el uso de métodos mixtos. *Revista puertorriquena de psicología*, 19, 183–215. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2843427/>

Apéndice A

Cédula de datos sociodemográficos

Pregunta filtro	
1	<p>¿Te identificas como una persona que tiene prácticas sexuales o afectivas con hombres, independientemente de tu orientación sexual o identidad de género?</p> <p>1) Si <i>(Se continua con el formulario)</i> 2) No <i>(Agradecemos tu tiempo, pero este estudio está enfocado en una población específica)</i></p>
Datos sociodemográficos	
2	<p>Edad:</p> <p>1) Menor de 18 <i>(No se permite continuar por ser menor de edad)</i> 2) 18 a 24 años 3) 25 a 29 años 4) 30 o más años <i>(No se permite continuar por exceder los criterios de inclusión por edad)</i></p>
3	<p>Estado Civil:</p> <p>1) Soltero/a 2) Casado/a 3) Divorciado/a 4) Otro</p>
4	<p>Identidad de género</p> <p>1) Hombre cisgénero 2) Hombre trans 3) No binario 4) Género fluido 5) Mujer <i>(No se permite continuar por no identificarse como hombre)</i> 6) Otro: ____</p>
5	<p>Orientación sexual</p> <p>1) Gay 2) Bisexual 3) Heterosexual 4) Otro: ____</p>
6	<p>Nivel educativo</p> <p>1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Posgrado 6) Doctorado</p>

	7) Otro: _____
7	Ocupación principal: 1) Estudiante 2) Trabajador/a por su propia cuenta 3) Empleado/a 4) Desempleado 5) Otro: _____
Contexto social y cultural	
8	¿Cuántas personas viven contigo? 1) Nadie 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4 6) Otro: _____
9	¿Consideras que tienes acceso a redes de apoyo (familia, amigos, comunidades, etc.)? 1) Si 2) No
10	¿Cuál es tu religión o creencia principal? (opcional) 1) Ninguna 2) Católica 3) Cristiana 4) Otra: _____

Apéndice B

Estigma Relacionado con el VIH/ Sida (Varas-Díaz et al. 2008)

El estigma relacionado con el VIH/SIDA continúa presentando retos en la vida de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y la sociedad en general.

A continuación, lea cuidadosamente las siguientes oraciones. Marque con un “X” en el cuadro según las frases de su preferencia. Las alternativas de respuestas son:

Totalmente en desacuerdo (1) En desacuerdo (2)

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)

Estigma Relacionado con el VIH/Sida

No°	Ítem	1	2	3	4	5
1	Me sentiría cómodo/a si un/a cirujano/a con VIH o sida me operara.					
2	Yo no utilizaría utensilios de comer de una persona con VIH o Sida.					
3	Me preocuparía sacarme sangre en un laboratorio donde atienden a muchas personas con VIH o sida.					
4	Utilizaría los servicios de un/a dentista que atiende a muchas personas con VIH o sida.					
5	Es recomendable que los/as profesionales en las salas de emergencia usen doble guante al trabajar con personas que tienen VIH o sida.					
6	Me daría miedo el descubrir que he tenido relaciones sexuales con alguien que tiene VIH o sida, aun cuando me protegí.					
7	Preferiría no tener que sentarme en el inodoro que utilizan personas con VIH o sida.					
8	Una persona con VIH o sida tiene derecho a no revelar su estatus a otras personas.					
9	Las personas que se infectaron con VIH por el uso de drogas podrían haberlo evitado si se lo hubieran propuesto.					
10	Los/as usuarios/as de drogas infectados/as con VIH se lo buscaron.					
11	No me sorprendería que una persona promiscua se infecte con VIH.					
12	Los homosexuales son mayormente responsables de la epidemia del VIH y sida.					
13	La poca información sobre el VIH o sida hace que la gente se infecte.					
14	La mujer que se queda con su marido a pesar de que éste le es infiel, no debe lamentarse si se infecta con el VIH.					

15	Lo pensaría dos veces antes de comer en un restaurante donde la persona que cocina tiene VIH o sida.					
16	Yo puedo identificar si una persona tiene VIH o sida mirando su cuerpo.					
17	El cuerpo de las personas que piden en las luces me hace pensar que tienen VIH o sida.					
18	Debido al adiestramiento de los/las profesionales de la salud se les hace más fácil identificar quién tiene VIH o sida, mirando su cuerpo.					
19	Debe existir una ley para obligar a las personas con VIH y sida a revelar su estatus a sus parejas sexuales.					
20	El que una persona con VIH o sida no le revele su estatus a su pareja sexual es imperdonable.					
21	Una madre que tiene VIH o sida es un riesgo de infección para sus hijos/as ya nacidos/as.					
22	Una madre que tiene VIH o sida debe evitar el contacto físico con sus hijos/as para evitar una posible infección.					
23	Las personas con VIH o sida pueden ser una amenaza a la salud pública.					
24	Existen muchas personas con VIH o sida que buscan infectar a otras.					
25	Las personas con VIH o sida en México pueden controlar el futuro de la epidemia en nuestro país si se lo proponen.					
26	Los/as niños/as con VIH o sida en las escuelas deben estar juntos en el mismo salón.					
27	En ocasiones he visto gente extremadamente delgada y he pensado que tienen VIH o sida.					
28	Me causa lástima la mujer que siendo fiel es infectada con VIH por su pareja.					
29	Admiro a las personas con VIH o sida que responsablemente cuidan de su salud.					
30	Las personas con VIH o sida están más cerca de la muerte.					
31	Las personas con VIH o sida no deberían adoptar niños/as porque los podrían dejar huérfanos/as.					
32	Las personas con VIH o sida que toman sus medicamentos retrasan su muerte.					
33	Si me diagnosticaran VIH, me preocuparía cuánto tiempo me queda por vivir.					
34	Un/a bebé de una madre con VIH o sida tiene menos expectativas de vida que el/la de una sin VIH sida.					
35	Las personas con VIH o con sida no deberían adoptar niños/as.					
36	Las personas con VIH o con sida tienen derecho a la confidencialidad.					

37	A las personas con VIH o con sida se les debe penalizar si tienen relaciones sexuales sin revelar su estado de salud.					
38	El que una persona con VIH o sida no le revele su estatus a su pareja sexual equivale a cometer un asesinato.					
39	Todas las personas con VIH o sida deben tener acceso a recibir medicamentos gratuitos y que los pague el estado.					
40	El derecho de las personas con VIH o sida se debe limitar para que no trabajen en escenarios de salud.					
41	A las personas con VIH o sida se les debe ofrecer servicios de salud, pero de acuerdo con los recursos disponibles, por el alto costo de estos.					
42	Es imposible identificar si alguien tiene VIH o sida mirando su cuerpo.					
43	A las personas con VIH o sida se les debe obligar a revelar su condición de salud a su doctor/a.					
44	Las personas que no tienen VIH o sida pueden trabajar por períodos de tiempo más largos que las que están infectadas.					
45	El VIH o sida afecta negativamente la productividad de una persona.					
46	A las personas con VIH o sida se les debe asignar trabajos que no requieran mucha actividad física, aunque no lo soliciten.					
47	Una persona con VIH o sida se cansa más rápido que una que no lo tiene.					
48	Las personas con VIH o sida me dan lástima.					
49	No me causan lástima los/as usuarios de drogas que se infectan con VIH.					
50	La gente se infecta con VIH sin importar los niveles de educación formal que tengan.					
51	Una persona con VIH o sida debe estar obligada a revelar siempre su estatus a los/as profesionales de salud, para que éstos/as tomen las debidas precauciones.					
52	Las personas con muchos recursos económicos se infectan con la misma frecuencia que las de escasos recursos.					
53	El VIH o el sida impactan en igual cantidad a las mujeres que a los hombres.					
54	Las personas no usan condones para protegerse del VIH o el sida, aunque están fácilmente accesibles.					
55	Las personas usuarias de drogas no usan jeringuillas limpias para protegerse del VIH o sida, aunque están fácilmente accesibles.					
56	En México existe mayor riesgo de infección con el VIH en el área metropolitana que en el área rural.					
57	La infección con el VIH es resultado directo de la promiscuidad de las personas.					

58	Las personas que se infectan con VIH son porque han sido irresponsables con el cuidado de su salud.				
59	Una persona débil de carácter tiene mayor probabilidad de infectarse con el VIH.				
60	Poseer creencias religiosas reduce el riesgo de contraer el VIH o el sida.				
61	Se debe legislar para que las mujeres que tienen VIH o sida sean esterilizadas para que no tengan hijos/as.				
62	Todas las personas con VIH o sida deberían tener un identificador que lleven consigo en caso de que sean atendidas en una sala de emergencia.				
63	El Departamento de Salud debe mantener al día un registro con nombre y apellido de todas las personas con VIH y sida.				
64	El derecho de los/as familiares a saber el estatus de una persona con VIH o sida está por encima del derecho de la persona infectada a no revelarlo.				
65	Debe legislarse para que las personas con VIH o sida no puedan casarse.				
66	Debe existir una ley que obligue a las personas con VIH o sida a revelar su estatus a sus parejas sexuales.				
67	Los homosexuales con VIH o sida me dan lástima.				
68	Me causan lástima los/as niños/as infectados/as con VIH.				

Apéndice C

Escala de Apoyo Social (EAS) (Palomar Lever et al., 2012)

La presente escala está compuesta por una serie de frases, las cuales van a permitir conocer el apoyo social familiar percibido proveniente del entorno donde se relaciona.

A continuación, lea cuidadosamente las siguientes frases. Marque con un (X) en el cuadro según las frases de su preferencia. Las alternativas de respuestas son: 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

Escala de Apoyo Social (EAS)

No°	Ítem	1	2	3	4
1	Mis amigos me abrazan o me dan afecto.				
2	Mi familia es cariñosa conmigo.				
3	Mi familia reconoce lo que hago bien.				
4	Mi familia realmente trata de ayudarme.				
5	Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesito.				
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.				
7	Puedo hablar de mis problemas con mi familia.				
8	Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
9	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				
10	Cuento con al menos una persona que me ayuda a entender por qué no hice algo bien.				
11	Cuento con al menos una persona que puede guardar en secreto lo que hablamos.				
12	Cuento con al menos una persona que se preocupa por mi bienestar				
13	Cuento con al menos una persona que me dice que se siente cercana a mí.				
14	Cuento con al menos una persona que me hace saber que hice algo bien.				
15	Cuento con al menos una persona que me acepta como soy.				
16	Cuento con al menos una persona con la que hablo de las cosas que me interesan.				
17	Cuento con al menos una persona con la que puedo hablar de mis sentimientos más profundos.				

18	Cuento con al menos una persona con la que puedo contar en caso de necesidad.				
19	Cuento con al menos una persona que me hace saber cómo se sintió en una situación similar a la que yo estoy pasando.				
20	Cuento con al menos una persona que me respeta por las cosas que he hecho bien.				
21	Cuento con al menos una persona que ha estado conmigo en momentos difíciles.				

Apéndice D

Conductas Sexuales de Riesgo (CSR) (Ali Fernández & Quiñones Lucen, 2020)

A continuación, encontrarás un conjunto de enunciados sobre conductas durante el comportamiento sexual, acompañadas de cinco posibles respuestas. Usted deberá colocar una “X” dentro del casillero que mejor describa su respuesta. No hay respuesta buena ni mala, solo se necesitará que sus respuestas hayan sido francas y sinceras. Asegúrese de contestar a todas las preguntas y conteste de acuerdo con la siguiente clave:

0 = Nunca

1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente)

2 = La mitad de las veces (en un 50% de las ocasiones, aproximadamente)

3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente)

4 = Siempre

Conductas Sexuales de Riesgo (CSR)

No°	Ítem	0	1	2	3	4
1	He usado el preservativo en mis relaciones sexuales.					
2	He insistido en mantener relaciones sexuales sin preservativo.					
3	He convencido en retirar el preservativo en pleno acto sexual, para experimentar mayor placer.					
4	Me gusta el sexo oral sin preservativo.					
5	Llevo preservativos cuando quiero tener relaciones sexuales.					
6	He tenido relaciones sexuales con diferentes personas en cortos periodos de tiempo.					
7	He tenido relaciones sexuales con más de una persona en un mismo encuentro (trío).					
8	Frecuento distintos lugares en busca de una aventura sexual.					
9	Sorpresivamente seduje/me sedujo, me correspondió/le correspondí, hicimos el amor y nunca más nos encontramos.					
10	He tenido relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias (alcohol y/o drogas).					
11	Disfruto más de las relaciones sexuales cuando estoy bajo los efectos de sustancias.					
12	Consumo sustancias en el acto sexual para incrementar mi rendimiento o disfrute.					

13	He tenido relaciones sexuales sin compromiso, con personas que conocí en redes sociales o en aplicativos de Internet.					
14	He tenido relaciones sexuales buscando nuevas sensaciones de placer, sin importarte el aspecto sentimental.					
15	He llevado o llevo una doble vida sexual. (Esto quiere decir, tener al mismo tiempo 2 relaciones de: pareja, amigos con derecho, relación abierta, etc.)					
16	He tenido relaciones sexuales con un amig@ o conocid@, sin importar si ambos tenemos pareja.					

Apéndice E

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Los Mochis, Sinaloa. A 25 de marzo de 2025.

Axel Gerardo Maldonado Moreno
Investigador Principal

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Título del Proyecto: Estigma, vulnerabilidad emocional, redes de apoyo y conducta sexual de riesgo en jóvenes HSH

Código asignado por el Comité: **CEI-099**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de ética en investigación con Registro CONBIOETICA-25-CEI-001-20211201. Las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Decisión
PROTOCOLO	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de 25 de marzo de 2025 a 25 de marzo de 2026.

Dra. Patricia Enequina Miranda Félix
Presidenta del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería Mochis
Universidad Autónoma de Sinaloa

Apéndice F

Consentimiento informado

Título: ESTIGMA AL VIH, REDES DE APOYO Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN JÓVENES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Investigador:

L. E. Axel Gerardo Maldonado Moreno

Licenciado en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis

Contacto del investigador:

Teléfono: 6871734432

Correo electrónico: Axelgerardo200028@gmail.com

Introducción y Objetivo: Este proyecto de tesis para la Maestría en Ciencias en Enfermería busca analizar cómo el estigma al VIH, las redes de apoyo y las conductas sexuales de riesgo influyen en jóvenes HSH. Si decide participar, se le explicará detalladamente el proceso. La investigación está dirigida a personas mayores de 18 años que residan en Sinaloa, quienes serán invitadas a responder unas preguntas relacionadas con el estudio. A continuación, se describirá el procedimiento.

Procedimiento

Se le solicitará llenar los siguientes formularios en línea a través de la plataforma Google forms, en donde estarán incluidos los siguientes cuestionarios: datos sociodemográficos, el segundo acerca del estigma al VIH, el tercero acerca las redes de apoyo y por último sobre las conductas sexuales de riesgo.

Cada cuestionario se responderá seleccionando la opción que elijas, dando un tiempo estimado para contestar de aproximadamente 20 min. La participación es completamente anónima, ya que no se va a recopilar ningún dato personal que pueda usarse para identificarte ya que se les asignará un código único para identificarlo.

Riesgos y Beneficios

- **Riesgos:** Algunas preguntas del formulario abordan temas sensibles relacionados con la sexualidad, lo que podría generar incomodidad o malestar emocional. En caso de que experimentes alguna molestia, tendrás la libertad de dejar de responder o de retirar tu consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte tu situación personal, escolar, laboral, militar o judicial. Además, se contará con el apoyo de un profesional de la salud mental, disponible para atender cualquier situación de angustia que se presente durante o después de tu participación.
- **Beneficios:** No se esperan beneficios directos para ti al participar en este estudio. Sin embargo, tu colaboración es esencial para contribuir al conocimiento sobre los factores de riesgo en jóvenes HSH, lo cual puede ser de gran utilidad para diseñar futuros programas preventivos y de intervención en salud.

Confidencialidad

La información que yo proporcione será manejada de manera confidencial ya que será resguardada y solamente el estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería y colaboradores tendrá acceso a ella. No se utilizará mi nombre en los cuestionarios, ya que este será sustituido por un código. Se me ha informado que el proyecto fue autorizado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa, a cargo de la presidenta, la Dra. Patricia Enedina Miranda Félix. A quien puede contactar en caso de que tenga dudas acerca de su participación en el estudio o sus datos, al número 6688615068 o al correo comitedeetica.esemo@gmail.com, ubicada en el Ciudad Universitaria (CU) Los Mochis, Sin. Fuente Poseidón s/n, Colonia Las Fuentes, Sinaloa, México.

Costos de participación

No existe ningún costo en la participación.

Derecho a Retirarse:

Tu participación es completamente voluntaria. En cualquier momento puedes retirarte del estudio sin que ello genere repercusiones negativas en tu situación personal, escolar, laboral, militar o judicial.

Autorización

He leído y comprendido la información contenida en este consentimiento informado. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas de manera satisfactoria. Con pleno conocimiento de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y en el ejercicio de mi autonomía, acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Nombre y firma del investigador

Resumen autobiográfico

L. E. Axel Gerardo Maldonado Moreno

Candidato a obtener el grado de Maestro en Ciencias en Enfermería

Tesis: ESTIGMA AL VIH, REDES DE APOYO Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN JÓVENES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES.

Biografía: Nacido el 28 de julio de 2000 en Los Mochis, Sinaloa, hijo de Zabeida Moreno Félix, Axel Gerardo Maldonado Moreno se interesó desde joven en el área de la salud y el voluntariado. Actualmente reside en Adolfo Ruiz Cortines, Guasave, Sinaloa, en donde ha crecido y llevado su formación desde pequeño. Desde 2016 forma parte activa de Cruz Roja Mexicana, donde ha desarrollado una trayectoria destacada en atención prehospitalaria, coordinación juvenil y formación de nuevos paramédicos. Para continuar sus estudios en la licenciatura comenzó a estudiar en Los Mochis, Ahome, Sinaloa, en donde al graduarse se fue a trabajar a Culiacán Sinaloa, para posteriormente regresar a Los Mochis, a continuar su formación en la Facultad de Enfermería siendo parte de la generación 2024-2026 de la Maestría en Ciencias en Enfermería donde fue becario de la secretaria de Ciencias, Humanidades Tecnología e Innovación (SECIHTY) en el periodo 2024-2026.

Educación: Egresado de la carrera de Licenciatura en Enfermería por la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, graduado con mención honorífica y titulado mediante tesis. Completó su formación desde kínder hasta preparatoria, en su localidad Adolfo Ruiz Cortines, Guasave, Sinaloa. Además, se formó en Cruz Roja Mexicana como Técnico en Urgencias Médicas (TUM-B), destacándose como uno de los mejores de su generación #25 en 2018 y especializándose en atención prehospitalaria y capacitación de nuevos paramédicos.

Experiencia profesional:

- Voluntario como Técnico en Urgencias Médicas nivel básico (TUM-B) desde 2018.
- Voluntariado en Cruz Roja Mexicana desde 2016, coordinador del área de juventud y actualmente instructor en la capacitación de nuevos paramédicos.
- Servicio social realizado en 2022 a 2023 en el Hospital General de Los Mochis.
- Experiencia laboral en atención a adultos mayores en un asilo en Culiacán, Sinaloa, durante seis meses.

Asociaciones y membresías:

- Cruz Roja Mexicana (desde 2016), participando en voluntariado, juventud y formación de paramédicos.
- Miembro de Sigma Theta Tau en 2024.

Distinciones:

- Socorrista del Año, Cruz Roja Mexicana (2022).
- Graduado con mención honorífica en Licenciatura en Enfermería (2022).
- Mejor Instructor, Cruz Roja Mexicana (2024).
- Participación como ponente en el congreso II Congreso Multidisciplinar de Investigación Cualitativa en Salud (2024).
- Participación en la presentación de carteles de investigación en el primer congreso internacional de investigación en el cuidado de enfermería con el tema: “Estigma del VIH, redes de apoyo y conducta sexual de riesgo en jóvenes” (2024).

- Participación en el programa de radio “Enfermería cuidando tu salud” con el tema: “Estigma y discriminación en grupos vulnerables” (2025).
- Participación y colaboración en la transmisión del programa de TV “Buen día” en la capsula “Enfermería cuidando tu salud” con el tema: “Violencia, estigma y salud mental” (2025).
- Participación en el programa de radio “PENTA HÉLICE”, con el tema: “Estigma del VIH, redes de apoyo y conducta sexual de riesgo en jóvenes” (2025).
- Participación como ponente en la categoría de Investigaciones en el 13° Congreso Nacional de Posgrados en Enfermería, con el tema “Estigma al VIH, redes de apoyo y conducta sexual de riesgo en jóvenes hombres que tienen sexo con hombres” (2025).
- Primer lugar en la categoría de Investigaciones en el 13° Congreso Nacional de Posgrados en Enfermería, por la participación como ponente con el trabajo “Estigma al VIH, redes de apoyo y conducta sexual de riesgo en jóvenes hombres que tienen sexo con hombres” (2025).

Difusión:**Publicaciones:**

- En 2023, capítulo de libro titulado: Relación entre apoyo social y depresión en jóvenes de minorías sexuales del norte de Sinaloa.
- En 2025, artículo titulado: Conocimiento y vulnerabilidad al VIH y sida en adolescentes de preparatoria

e-mail: Axelgerardo200028@gmail.com