

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Las conductas de riesgo y el estigma percibido, y su incidencia en
la calidad de vida percibida de los hombres que tienen sexo con
hombres en la Ciudad de Guatemala

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por

Melanie Klie Pérez

para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala,

2019

Las conductas de riesgo y el estigma percibido, y su incidencia en la calidad de vida percibida de los hombres que tienen sexo con hombres en la Ciudad de Guatemala

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Las conductas de riesgo y el estigma percibido, y su incidencia en
la calidad de vida percibida de los hombres que tienen sexo con
hombres en la Ciudad de Guatemala

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por

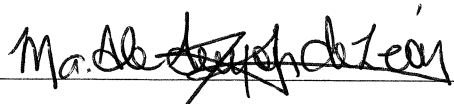
Melanie Klie Pérez

para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala,

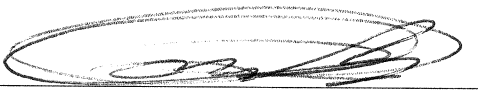
2019

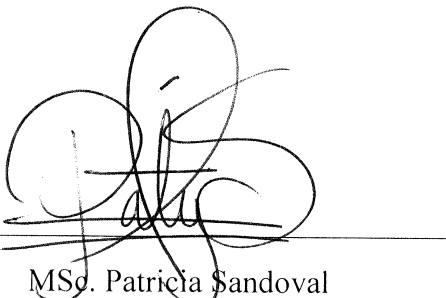
Vo.Bo.:

(f) 
M.A. María Alejandra Auyón

Tribunal Examinador:

(f) 
M.A. María Alejandra Auyón

(f) 
Ph.D. Pablo Barrientos

(f) 
MSc. Patricia Sandoval

Fecha de aprobación: Guatemala 22 de noviembre de 2018

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primero a Dios, por permitirme recibir una excelente preparación académica que me ha abierto muchas puertas. Quiero agradecer también a mis padres por su gran esfuerzo, amor, apoyo y acompañamiento a lo largo no solo de este trabajo de graduación sino a lo largo de toda mi vida. A mi hermano que siempre me motivó a dar lo mejor de mí misma y me enseñó que no debo darme por vencida a pesar que por momentos sea difícil. Agradezco infinitamente a todos los participantes de mi estudio que me permitieron aprender mucho de ellos. A mis amigos, que me animaron a seguir adelante y que estuvieron pendientes a lo largo del camino. A la Universidad del Valle de Guatemala por aportar infinitamente a mi formación académica y profesional. Al Colectivo Amigos Contra El Sida por abrirme las puertas y por permitirme involucrarme en la realidad del centro. Por último y no menos importante, a mi asesora del trabajo de graduación que me apoyó incondicionalmente en todo momento, desde el inicio hasta el fin; quien se alegraba genuinamente por mis avances y crecimiento no sólo en el trabajo de graduación sino a lo largo de mi carrera universitaria.

ÍNDICE

Lista de tablas.....	ix
Lista de figuras.....	x
Resumen.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES CONCEPTUALES.....	3
A. Qué es un grupo vulnerable.....	3
B. Categoría epidemiológica: hombres que tienen sexo con hombres (HSH).....	3
C. Los HSH y su relación con el apoyo psicológico.....	4
D. Los factores predictores de la calidad de vida de los HSH.....	7
1. La calidad de vida.....	7
2. Las conductas de riesgo.....	8
a. El número de parejas sexuales.....	8
b. El consumo de drogas y/o alcohol.....	8
c. La utilización de preservativo.....	9
3. El estigma y la discriminación.....	9
III. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS.....	13
A. Estudios de la calidad de vida, conductas de riesgo y estigma con HSH en el mundo.....	13
B. Estudios de la calidad de vida, conductas de riesgo y estigma con HSH en Guatemala.....	14
C. Estudios de prevalencia con HSH en Guatemala.....	16
IV. MARCO METODOLÓGICO.....	17
A. Pregunta de investigación.....	17
B. Objetivos.....	17
1. Objetivo general.....	17
2. Objetivos específicos.....	17
C. Hipótesis.....	18
D. Diseño de investigación.....	18
E. Población y muestra.....	18
1. Criterios de inclusión.....	19
2. Criterios de exclusión.....	19
F. Variables de investigación.....	20
G. Instrumentos.....	22

1.	Escala GENCAT de Verdugo et al. (2008).....	22
2.	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (2010).....	22
3.	<i>The Safe Sex Behavior Questionnaire (SSBQ)</i> de Dilorio (1993).....	23
H.	Procedimiento	23
I.	Análisis estadístico.....	24
J.	Consideraciones éticas	24
K.	Asesor de trabajo de graduación	25
L.	Limitaciones de la investigación.....	25
V.	RESULTADOS	27
A.	Estudio piloto	27
B.	Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas	28
C.	Análisis descriptivo de calidad de vida percibida , estigma percibido y conductas de riesgo.....	30
D.	Análisis de normalidad de las variables	33
E.	Correlación entre el estigma percibido, las conductas de sexo seguro, consumo de alcohol y calidad de vida percibida	33
F.	Modelo de regresión lineal simple entre el estigma percibido y calidad de vida percibida.....	34
G.	Modelo de regresión lineal simple entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida.....	35
H.	Modelo de regresión lineal simple entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida.....	37
VI.	DISCUSIÓN	39
VII.	CONCLUSIONES	45
VIII.	RECOMENDACIONES	47
A.	Políticas públicas	47
B.	Para el centro Colectivo Amigos Contra El Sida	47
C.	Para los profesionales del ámbito de salud.....	48
D.	Para futuros investigadores	48
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
X.	ANEXOS	55
A.	Consentimiento informado	55

B. Datos sociodemográficos	56
C. Escala GENCAT	57
D. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).....	61
E. <i>The Safe Sex Behavior Questionnaire</i> (SSBQ)	66
F. Certificado de Ética.....	68

LISTA DE TABLAS

1. Tabla descriptiva de la variable calidad de vida percibida (variable dependiente)	20
2. Tabla descriptiva de las variables independientes.....	21
3. Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las escalas de calidad de vida percibida, estigma percibido, consumo de drogas y conductas de sexo seguro	28
4. Frecuencias y porcentajes de orientación sexual, conocimiento de orientación sexual, estado civil y escolaridad	29
5. Frecuencias y porcentajes de condición de VIH y conocimiento de diagnóstico.....	30
6. Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las dimensiones y la escala total GENCAT	31
7. Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las dimensiones y la escala total de estigma percibido.....	31
8. Estadísticos descriptivos y confiabilidad de <i>The Safe Sex Behavior Questionnaire</i>	32
9. Frecuencias y porcentajes de las dimensiones cualitativas de la escala ASSIST	32
10. Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las escalas de calidad de vida percibida, estigma percibido, consumo de drogas y conductas de sexo seguro	33
11. Correlación entre el estigma percibido, las conductas de sexo seguro, el consumo de alcohol y la calidad de vida percibida	34
12. Correlación y modelos de regresión lineal entre inclusión social, derechos, estigma percibido total y calidad de vida percibida.....	34
13. Estadísticos de normalidad del error estimado de los modelos de regresión simple entre inclusión social, derechos, estigma percibido total y calidad de vida percibida.....	35
14. Correlación y modelo de regresión lineal entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida.....	36
15. Estadísticos de normalidad del error estimado del modelo de regresión simple entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida	36
16. Correlación y modelo de regresión lineal entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida.....	37
17. Estadísticos de normalidad del error estimado del modelo de regresión simple entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida	38

LISTA DE FIGURAS

1. Diagrama de dispersión y recta de regresión entre el estigma percibido total y la calidad de vida percibida35
2. Diagrama de dispersión y recta de regresión entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida36
3. Diagrama de dispersión y recta de regresión entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida37

RESUMEN

Se ha reportado que la calidad de vida de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es menor a la población general, debido a que constituyen una población vulnerable por las prácticas sexuales que mantienen y/o por su orientación sexual, por lo cual son objeto de discriminación y estigma (Juárez-Ramírez et al., 2014:285). El objetivo de esta investigación fue explorar cómo el estigma percibido y las conductas de riesgo (consumo de drogas y prácticas sexuales) inciden en la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala. Los objetivos específicos fueron: explorar si el estigma percibido predice en algún porcentaje la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala; y explorar si las conductas de riesgo predicen en algún porcentaje la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.

En el estudio participaron 128 HSH adultos guatemaltecos de la Ciudad de Guatemala, quienes respondieron de forma voluntaria tres escalas que miden el estigma percibido, el consumo de drogas, las prácticas de sexo seguro y la calidad de vida percibida. Se realizaron análisis descriptivos de los instrumentos, correlaciones de Pearson y modelos de regresión lineales simples que permitieron determinar la correlación de las variables de investigación y predijeron la calidad de vida de los participantes.

A partir de los resultados se da a conocer la importancia que tiene abordar la calidad de vida en esta población vulnerable desde una perspectiva integral, es decir, desde un enfoque físico, psicológico, social, legal y cultural. Además, se deben tomar en cuenta múltiples variables como el estigma percibido, el consumo de drogas, las prácticas sexuales para poder comprender integralmente la calidad de vida de un HSH. Usualmente se ha recurrido a investigar la calidad de vida a través de temática del VIH, sin embargo, la explicación de la calidad de vida de un HSH no se reduce a si vive con una condición positiva de VIH o no.

I. INTRODUCCIÓN

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen una población vulnerable. Los HSH son hombres que mantienen prácticas sexuales con personas de su mismo sexo (hombres), independientemente de su orientación sexual, ya que muchos HSH no se identifican como homosexuales ni bisexuales (Estrada-Montoya, 2014:46). Los HSH tienen necesidades específicas en varios los ámbitos de su vida: física, psicológica, social y legal debido a que viven en un contexto machista discriminador y estigmatizador. Ellos mismos han buscado invisibilizarse, lo cual tiene un impacto en la esfera psicológica y social de los HSH (Guzmán *et al.*, 2013:164). Esta investigación permitió comprender mejor cómo variables subjetivas (calidad de vida percibida y estigma percibido) y variables objetivas (conductas de riesgo como el consumo de drogas y prácticas sexuales) que juegan un rol muy importante en la vida de los HSH se relacionan entre sí.

Estudiar las relaciones e influencias que existen entre el consumo de sustancias, las prácticas de sexo seguro y el estigma percibido en la calidad de vida percibida de esta población vulnerable puede determinar mecanismos de acción a tomar en cuenta por profesionales del campo de la salud. Esta investigación partió desde la realidad y perspectiva de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala para comprender mejor los fenómenos estudiados, construyendo conocimiento contextualizado desde el contexto de la psicología de la salud guatemalteca. Este estudio pretendió contribuir a la implementación de intervenciones terapéuticas basadas en evidencia en los centros de salud que atienden HSH en la Ciudad de Guatemala, debido a las correlaciones significativas encontradas y a los modelos de regresión lineal simples que permitieron predecir la calidad de vida de la muestra. Con los hallazgos encontrados se pueden visibilizar la importancia de implementar nuevas políticas públicas en beneficio de esta población clave. Actualmente únicamente se cuenta con una ley que favorece indirectamente a los HSH: Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA (Decreto 27-2000). Sin embargo, la calidad de vida de un HSH no se reduce a su condición de VIH.

La primera parte de este trabajo incluye los antecedentes teóricos y metodológicos más relevantes sobre la calidad de vida, el estigma y las conductas de riesgo en la población HSH a nivel internacional y nacional. La segunda parte presenta la metodología, los resultados y su discusión. Por último, se exponen las conclusiones y las recomendaciones que se establecieron a través de los hallazgos encontrados.

II. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

En este apartado se exponen los conceptos teóricos más relevantes relacionados a la calidad de vida, el estigma y las conductas de riesgo en la población HSH para la comprensión de la presente investigación.

A. Qué es un grupo vulnerable

Según Toro-Alfonso (2017:90), un grupo vulnerable lo constituyen personas que, por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Los grupos vulnerables sufren maltratos contra sus derechos humanos por sus condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas, lo cuales les impide acceder a mejores condiciones de bienestar. Los grupos vulnerables principales son: la tercera edad, personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos indígenas, personas con enfermedades mentales, personas con VIH/SIDA, minorías sexuales, migrantes y personas detenidas. Los HSH constituyen una población vulnerable por ser objeto de discriminación por su orientación sexual y/o prácticas sexuales que mantienen, debido a que dichas características son diferentes a las valoradas como “normales” o esperadas para la sociedad (Juárez-Ramírez *et al.*, 2014:285).

B. Categoría epidemiológica: hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

El término hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituye una categoría epidemiológica que nació a mediados de la década de los noventa. Surgió como necesidad del Centro de Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta de priorizar las poblaciones, debido a la propagación de las infecciones de transmisión sexual en aquellos hombres que, independientemente de su identidad sexual, tenían relaciones sexuales con hombres. Esta categoría epidemiológica está basada en el aspecto comportamental, que intenta superar la supuesta homogeneidad que presentan ciertas categorías y evidenciar la enorme diversidad y heterogeneidad que existe, a partir de la compleja interrelación entre deseo sexual, prácticas y comportamientos sexuales y roles de género (Estrada-Montoya, 2014:46). El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2008:29-30), utiliza esta categoría para englobar un amplio espectro de hombres que tienen encuentros sexuales con otros hombres como: hombres homosexuales, hombres transexuales, hombres bisexuales, hombres circunstanciales (orientación sexual heterosexual, pero se involucran en relaciones homosexuales), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se presentan como mujeres. Por lo tanto, es indispensable aclarar que la categoría hombres que tienen sexo con hombres no es sinónimo a homosexualidad.

C. Los HSH y su relación con el apoyo psicológico

En la actualidad, muchas personas con orientación sexual diferente a la heterosexual sufren por ello y por la discriminación implícita asociada o por la reacción de su entorno hacia la misma. La sociedad obliga que toda manifestación afectiva y/o erótica de estas personas se realice en privado, se le ha etiquetado como algo malo, inaceptable y penalizado, volviéndose una población invisible. Es por ello que los HSH han decidido llevar una vida de represión de su sexualidad, pues la expresión de la misma podría significar su mayor condena. Vivir en estas condiciones permanentemente genera problemas de salud física y mental. En este punto es importante mencionar el impacto de la homofobia en los HSH. El componente clave de la homofobia es el rechazo irracional hacia personas homosexuales. La homofobia se refiere al temor y aversión que provoca la homosexualidad y aquellos que la practican. Mientras que la heterosexualidad es definida como la sexualidad natural y el sujeto heterosexual como aquel que siente una atracción normal, el homoerotismo se ha convertido en la sexualidad antinatural y los HSH son vistos como aquellos sujetos que sienten una atracción anormal (Toro-Alfonso, 2017: 175).

El castigo por tener una orientación sexual distinta es similar a la condena que recibe una persona por un crimen que no cometió, es robarle su dignidad, vedarle la oportunidad de llevar una vida normal, sin culpa ni remordimientos. Esto demuestra el panorama de su realidad, comprendiendo que cada día es para ellos una lucha por defender su libertad y orientación sexual. Por lo tanto, partiendo de que la homosexualidad es una transgresión de los roles genéricos masculinos y de la naturaleza humana, debe verse la homofobia como aquella actitud que opera en varios niveles: personal, interpersonal, institucional, cultural, moral, social y laboral. Sin embargo, todas estas dimensiones tienen un gran impacto en la esfera psicológica (Aggarwal, 2008: 174). Anteriormente se justificaba la exclusión y el prejuicio hacia los homosexuales por constituir una enfermedad mental. Sin embargo, la acumulación de evidencia sobre la ausencia de psicopatología inherente a las homosexualidades converge en la eliminación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). A pesar de la persistencia de los estereotipos que muestran a las personas homosexuales como trastornadas, varias décadas de investigaciones y experiencia clínica hoy sustentan un panorama diferente que no patologiza a los individuos con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual (Toro-Alfonso, 2017: 169).

Los HSH son víctimas de discriminación, lo cual, a corto, mediano y/o largo plazo desencadenan trastornos psicológicos y sentimientos de inseguridad que afectan significativamente la salud integral. La homofobia forma parte de los ejes sobre los que se construye el modelo dominante de masculinidad. Por lo tanto, la angustia y los estresores psicosociales que sufren los HSH surgen del estigma construido por la misma sociedad (Guzmán *et al.*, 2013:164). Es importante el apoyo psicológico para los HSH para desarrollar resiliencia en ellos porque a mayor resiliencia, mayor autoconocimiento y aceptación, lo cual genera una

mejor adaptación. Adicionalmente, se debe trabajar en la capacidad para confrontar la homofobia internalizada, la expresión de emociones, la aceptación y el apoyo familiar (Toro-Alfonso, 2017:182-183).

Un concepto de masculinidad hegemónica permite comprender mejor la homofobia. El término masculinidad hegemónica fue propuesto por Connell (1995), el cual es fundamental para generar nuevas comprensiones respecto a los hombres y la masculinidad. Propone la existencia de diferentes formas de masculinidad, y no de la existencia de un modelo único. Existen dos formas y funciones de la masculinidad hegemónica. La primera es una hegemonía externa, que da cuenta de la institucionalización de la dominación masculina sobre las mujeres. Paralelo a ésta, se encuentra una segunda hegemonía masculina, denominada como una hegemonía interna que se refiere a una ascendencia social de un grupo de hombres sobre todos los otros hombres. La existencia de tal grupo permite entender que en contraposición a un grupo dominantes, existen grupos subordinados y marginados. Por lo tanto, en la diversidad de masculinidades no todas son hegemónicas. Los hombres no son un bloque homogéneo y coherente, por el contrario, las formas particulares de hacer masculinidad también son subordinadas a la práctica hegemónica. En este sentido, la masculinidad no se construye en relación a la subordinación femenina únicamente, sino también por la subordinación de otras formas de masculinidades.

La hegemonía masculina es la superioridad que se enmarca en la doctrina religiosa, en la ideología política o social, en el contenido de los medios de comunicación masivos, el diseño de los hogares, las políticas de bienestar de los estados, entre otros. La hegemonía masculina no es la superioridad lograda por la fuerza; es una ascendencia lograda por la capitalización social de ciertos atributos vinculados a determinado colectivo, que permite, avala y legitima el uso de la fuerza sobre grupos e individuos que se encuentren sometidos por quienes sostienen el modelo social hegemónico. La idea de una ascendencia social de un grupo sobre otros no implica la eliminación ni la proscripción de estos últimos, por el contrario, la hegemonía de un grupo se basa en la subordinación de otros colectivos más que en la eliminación de éstos. La noción de masculinidad hegemónica implica una estructura social que configure y soporte los roles sexuales. La masculinidad hegemónica no se constituye como un arquetipo o estereotipo. La masculinidad hegemónica es el sustento del poder que se ejerce desde la superioridad masculina, asimismo implica una gran cantidad de hombres y mujeres que estén dispuestos a sostener la hegemonía, pues al no ser un dominio impuesto desde la exterioridad (v.gr. la fuerza) implica un consentimiento de parte importante de la sociedad (Schongut, 2012:27-65).

Por lo tanto, la homofobia no solo disminuye las posibilidades de los HSH al acceso a recursos o limita sus derechos, sino que además se ha asociado a un fuerte impacto en su salud y bienestar; en varias ocasiones los HSH son víctimas de violencia por su conducta sexual. La experiencia de discriminación puede resultar en consecuencias psicológicas y fisiológicas negativas que podrían contribuir a una mayor morbilidad. Por otra parte, la calidad de vida suele verse afectada por los malos tratos a los que son sometidos los HSH, lo

cual se asocia a una baja autoestima e incremento de ideación y riesgo suicida. Esto suele reflejar una falta de ajuste psicológico en la vida de los individuos (Barrientos y Cárdenas, 2013:8). Adicionalmente, los HSH suelen mantener conductas de riesgo que afectan su calidad de vida, tal como lo son el consumo de drogas, alcohol, falta de uso de preservativos y el contacto con varias parejas sexuales.

Por otra parte, los HSH sufren de estigma por la alta prevalencia que existe en dicha población, por lo cual es necesario tomar en consideración este tema al momento de trabajar psicológicamente con HSH. De los nuevos casos encontrados en año 2014, 61.1% fue en población masculina (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, 2015:10). Debido a la alta incidencia de VIH en los HSH, se debe abordar este problema de salud pública de manera integral. Vivir con VIH puede perjudicar la calidad de vida, incrementar el miedo de las repercusiones biológicas como las enfermedades oportunistas, o de las repercusiones sociales, como la discriminación; y también desencadena emociones como el miedo, la angustia, la desesperanza y otras, que pueden llevar a la generación de depresión y ansiedad, y a mecanismos de afrontamiento dañinos como el abuso de sustancias, entre otros (Remien y Rabkin, 2001:332-334).

El VIH también tiene un impacto en la esfera social y relacional de la persona diagnosticada, a causa de los mensajes que se han difundido relacionados a la enfermedad. Una persona con VIH es probable que reaccione a su enfermedad de acuerdo a su bagaje cultural y su contexto social actual. En algunas sociedades, la discriminación ante conductas sexuales tabúes es mayor que otras, y es en esas sociedades que la persona puede internalizar la discriminación con mayor probabilidad llegando a un aislamiento social porque sus conductas no responden a los valores culturales de su contexto. Los HSH portadores del virus, sufren una doble discriminación social por el tipo de encuentros sexuales que mantienen y por la infección. Esta población sufre de estigma y exclusión social, lo cual alimenta aún más la epidemia de VIH y tiene repercusiones en su salud tanto física como mental. Por lo tanto, cuando se diagnostica VIH en un HSH es importante abordar el caso desde las esferas que usualmente suelen verse afectadas: física, comportamental, social, psicológica y legal (Aggarwal, 2008: 174).

La situación de los HSH se ha marcado por la epidemia de la infección del VIH, lo que aumenta la discriminación y el estigma, lo que suele impedir que los hombres accedan a los servicios básicos para prevenir y tratar el VIH. Las barreras asociadas se encuentran en el desconocimiento sobre: los derechos en salud, la ruta de acceso a los servicios de salud, el estigma y la discriminación asociados a la orientación sexual en el contexto de los servicios de salud, la falta de preparación de los profesionales de la salud, el temor a recibir resultados positivos para la infección por VIH y la mala calidad de los servicios, entendida principalmente como baja cobertura, lentitud en la atención, los trámites para acceder a la atención, el mal trato y la discriminación (Remien y Rabkin, 2001:330).

Dentro de las necesidades en salud, de los HSH diagnosticadas con VIH son el suicidio, los sentimientos de vergüenza y aislamiento, la necesidad de autoafirmación, el uso de sustancias psicoactivas y la violencia. Lo anterior se asocia a lo que se denomina vulnerabilidad individual, respecto a la baja autoestima, la homofobia internalizada o problemas de auto aceptación y dificultades para establecer intimidad, entre otras, como aspectos que alteran los procesos de consulta médica y acceso a los servicios (Cáceres, Terto y Pecheny, 2002:83).

D. Los factores predictores de la calidad de vida de los HSH

Según la literatura, la calidad de vida puede verse afectada por las conductas de riesgo y el estigma percibido por los HSH (Folch *et al.*, 2010:42), sin embargo, aún no se han establecido modelos que predigan qué porcentaje de explicación tiene cada uno de ellos. Por lo tanto, para entender mejor la relación que tienen entre sí, es necesario explicar cada una de las variables.

1. La calidad de vida

Es un indicador subjetivo, ya que cada ser humano tiene un concepto propio sobre su bienestar. La calidad de vida está afectada por dimensiones psicológicas, psicosociales, sociales, culturales, económicas, ecológicas, de desarrollo y físicas. La calidad de vida se relaciona a las condiciones en que vive un ser humano, que determinan una vida digna y placentera o una vida llena de aflicción. Hace referencia al conjunto de cosas que se necesitan para vivir bien porque producen un sentimiento de satisfacción y tranquilidad. Implica la percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (v.gr. cultura, sistemas de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones. Hoy en día, una mejor calidad de vida debería ser el objetivo que persigan los países para tener individuos más felices, con mayor bienestar y satisfacción (Guzmán *et al.*, 2013:164).

La homofobia y la calidad de vida están relacionados debido a que el homoerotismo aún se considera una manera ilegítima de manifestar el deseo erótico y amor. Tras siglos de persecución, abuso, discriminación, marginación y ridiculización a las personas homosexuales, se ha creado un clima de intolerancia que se ha manifestado en situaciones de violencia. Estas formas de actuar se han convertido en una práctica normal y de la vida cotidiana, formando parte de la realidad de muchos homosexuales y que da origen a la homofobia. La homofobia aparece como una reacción frente a la homosexualidad, normalmente manifestada a través de expresiones de violencia real o simbólica. Esta situación ha comprometido el bienestar psicológico y físico de los homosexuales, siendo esta una de las principales causas de su sufrimiento (Toro-Alfonso, 2017: 169).

2. Las conductas de riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), las conductas de riesgo son rasgos, características o exposiciones de una persona que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad física o psicológica. Las conductas de riesgo implican la búsqueda repetida de peligro mediante la cual el individuo pone en juego su bienestar. Estas conductas, diferentes de las acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y por las sensaciones fuertes relacionadas al enfrentamiento con el peligro (Toro-Alfonso, 2017:166). Algunas de las conductas de riesgo más estudiadas en los HSH son las siguientes:

a. El número de parejas sexuales

Según Estrada-Montoya (2014:54), dentro de los HSH prevalece la creencia que la fidelidad en una relación estable no necesariamente incluye la exclusividad sexual. No incluyen el término fidelidad dentro de la definición de monogamia. En las parejas heterosexuales este comportamiento recibe el nombre de traición, pero para los HSH esto no tiene una connotación negativa, lo cual conlleva a tener encuentros frecuentes con parejas ocasionales. La búsqueda de compañeros sexuales ocasionales funciona como mecanismo para compensar los sentimientos de vacío y soledad que suele existir entre los HSH, sentimientos que inducen a estados de baja autoestima y a incurrir en situaciones de vulnerabilidad en el intento de conectarse con otra persona a través del sexo. Detrás de la búsqueda de parejas sexuales ocasionales pueden esconderse necesidades afectivas que se disfrazan como deseo sexual. Es decir, la necesidad de tener varios encuentros sexuales puede surgir por un motivo de índole emocional. Según Bonello y Cross (2009:117-139), la fidelidad homosexual no se basa en la exclusividad sexual sino en un tipo de dependencia afectivo-emocional, lo cual es paradójico porque contemplar una relación emocionalmente fiel sin la certeza de compartir en modo exclusivo la intimidad sexual del otro es en gran medida contradictorio. Por lo tanto, tener múltiples parejas sexuales es la regla dentro de la población HSH, lo cual constituye una conducta de riesgo porque al tener más de una pareja sexual aumenta la probabilidad de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, dificultades psicológicas (v.gr. problemas de autoestima, autoimagen, confianza).

b. El consumo de drogas y/o alcohol

El consumo de drogas y/o alcohol constituye una conducta de riesgo porque el individuo disminuye la percepción de riesgo y entra en un estado de búsqueda de sensaciones fuertes. Las personas bajo consumo pierden la noción de sus actos y existen mayores probabilidades que tengan prácticas sexuales de alto riesgo, especialmente porque suelen mantener relaciones sexuales sin protección. Esto eleva significativamente la probabilidad de contraer VIH. La necesidad de involucrarse en una actividad excitante y de conectar con otra persona íntimamente, situación a menudo facilitada por el consumo de alcohol y/o drogas, también puede

llevar a encuentros sexuales no protegidos entre los HSH. Las consecuencias del consumo de drogas y/o alcohol impactan negativamente en la calidad de vida porque existe mayor probabilidad de padecer enfermedades físicas, trastornos psicológicos, problemas sociales y familiares. Adicionalmente, el consumo de drogas aumenta la probabilidad de realizar actos delictivos que conllevan consecuencias sociales, legales, psicológicas y físicas. Las drogas más utilizadas entre los HSH son el alcohol, el cannabis, la cocaína, la heroína y los *poppers* (Koblin *et al.*, 2006:733).

c. La utilización de preservativo

Según Koblin *et al.* (2003:926-932), en el contexto de HSH, los preservativos son una barrera con forma de funda utilizados durante la relación sexual para reducir la probabilidad de contagio del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Las conductas con respecto al sexo no protegido entre hombres se construyen sobre creencias, mensajes no verbales o supuestos personales basados en la intuición, en interpretaciones personales, en la confianza y estadios emocionales. Dentro de las razones más frecuentes para no utilizar preservativo son: disminución de la sensibilidad, interrupción de la relación sexual, el precio, no disponer de él en el surgimiento de una relación sexual, incomodidad o posible ruptura, el optimismo con respecto a los avances en el tratamiento del VIH, actitudes de rechazo, consumo de alcohol y otras drogas. Según Estrada-Montoya (2014:53), las relaciones sexuales no protegidas entre HSH podrían verse como un acto simbólico de rebelión y transgresión placentero, del cual probablemente no se está del todo consciente. Ese placer por lo prohibido, asociado al deseo de rebelarse contra normas establecidas, es una de las razones más comúnmente encontradas en el estudio de las motivaciones no sexuales para incurrir en situaciones de penetración anal no protegida entre HSH; una conducta visualizada como vía de escape de la tensión producida por tener que vivir de acuerdo a las reglas.

3. El estigma y la discriminación

El término estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo indeseable, profundamente desacreditador que vuelve a una persona diferente de las demás; la transforma en una persona corrompida y menospreciada (HIVOS, 2012:12). El estigma es una construcción social que se puede considerar como una marca que se imprime en una persona de forma negativa por su condición física o mental (Ruiz-Torres, Cintrón-Bou y Varas-Díaz, 2007:50). Este se puede categorizar en sus dimensiones interna y externa, o como el estigma percibido y promulgado. La dimensión interna involucra cómo la persona estigmatizada vive la discriminación que produce el estigma, generando sentimientos, pensamientos y acciones de culpa o vergüenza (Jiménez *et al.*, 2011:331). La dimensión externa se refiere a la vivencia real de la discriminación, que se puede considerar como una violación de los derechos humanos en sí, y que promueve la violación de otros derechos (Varas-Díaz y Toro-Alfonso, 2007:2).

En el contexto de HSH, el estigma puede ser experimentado a través de dos esferas: el estigma de la sexualidad y el estigma del VIH, en aquellos HSH que viven con VIH. Por un lado, la estigmatización de la sexualidad, especialmente de la homosexualidad, se nutre de la invisibilidad social en la que se ha ubicado históricamente, y a su vez contribuye a perpetrarla. El estigma basado en la orientación sexual no sólo afecta la salud mental y física de la comunidad homosexual, sino que contribuye a la propagación de la epidemia del VIH (HIVOS, 2012:11). El estigma relacionado con el VIH es un fenómeno multiestratificado que tiende a aprovechar y reforzar connotaciones negativas por medio de la asociación del VIH, con comportamientos ya de por sí marginados como el trabajo sexual, el consumo de drogas y las prácticas entre HSH. El estigma está profundamente arraigado y opera dentro de los valores de la vida cotidiana; las imágenes asociadas al VIH están modeladas para asegurar que el estigma relacionado con éste, se entremezcle con las desigualdades sociales y contribuya a reforzarlas. Adicional al estigma y la discriminación por VIH, se suma la homofobia que está basada en la idea de que los actos, deseos e identidades homosexuales son inmorales, enfermos o inferiores a los heterosexuales (HIVOS, 2012:13).

Ante las consecuencias en las diferentes esferas de una persona que vive con VIH, en Guatemala se aprobó en el año 2000 la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA (Decreto 27-2000) que declara al VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional y crea el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA como ente gubernamental responsable de la educación, prevención, investigación y seguimiento del VIH, garantizando el respeto y la promoción de los derechos humanos de las personas que viven con VIH e ITS en el país (Fundación Fernando Iturbide, 2011:6).

El Decreto 27-2000 tiene como fin que toda persona que vive con VIH/SIDA pueda ejercer sus derechos y no sea discriminada por su condición de salud. En esta ley se establecen artículos relacionados a la confidencialidad y voluntariedad de la prueba (art. 19), a la información por parte del personal de salud sobre condición de seropositividad y orientación sobre medidas a tomar (art. 24), a la prohibición de investigaciones experimentales que pongan en riesgo la vida de las personas (art. 29) y discriminación (art. 37), al derecho a la atención especializada, integral, confidencial, e inmediata basada en respeto (art. 32), al derecho a la confidencialidad (art. 28), al derecho al trabajo (art. 42), educación (art.44), deporte (art. 45), salud sexual reproductiva (art. 46), al no aislamiento al menos que sea beneficioso (art. 50), a una muerte digna de acuerdo a sus creencias (art. 51) y otros que representan una respuesta sociopolítica a la discriminación para controlar el VIH/SIDA (Fundación Fernando Iturbide, 2011:8-9).

En síntesis, las consecuencias de experimentar estigma y mantener conductas de riesgo impactan negativamente en la calidad de vida de los HSH porque las dimensiones físicas, psicológicas, materiales, conductuales, legales y sociales se ven profundamente afectadas. Al experimentar estigma y realizar

conductas de riesgo aumenta la probabilidad de padecer alteraciones del estado de ánimo, problemas físicos (v.gr. problemas cardiovasculares, disfunción sexual, debilitamiento del sistema inmune), problemas psicológicos (v.gr. ansiedad, depresión), problemas familiares, relacionales y sociales.

III. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

A. Estudios de la calidad de vida, conductas de riesgo y estigma con HSH en el mundo

En lo relacionado a las conductas de riesgo, se llevó a cabo un estudio en Cataluña, España (Folch *et al.*, 2010: 42). La monitorización de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo en HSH se inició en 1993 como parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ITS. Hasta el año 2006 se llevaron a cabo siete estudios transversales con la colaboración de la asociación *Stop sida*. Los estudios se realizaron en 1995, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 con una muestra de $N = 729$, $N = 694$, $N = 822$, $N = 627$, $N = 709$, $N = 850$, respectivamente. Más de la mitad de los encuestados en 2006 declararon haber tenido relaciones sexuales con más de 10 parejas masculinas en los últimos 12 meses, lo que supone un incremento significativo desde 1995. La tendencia en el porcentaje de hombres con parejas sexuales estables decreció significativamente en ambos grupos de edad (61% en los menores de 30 años y 54.9% en el grupo de más de 30 años en el año 2006). En contraste, se encontró una tendencia decreciente en la tendencia de haber tenido parejas ocasionales (88.5% en los menores de 30 años y 91.9% en los de 30 años o más) en el año 2006.

Respecto al uso del preservativo, el 31.1% de los menores de 30 años que practicaron la penetración con parejas estables en 2006 y el 40.1% de los mayores de 30 años lo usaron siempre, mostrando ambas proporciones un descenso significativo desde 1995. En cuanto a las parejas ocasionales, el uso consistente del preservativo mostró también una tendencia decreciente entre 1995 y 2006, del 72.9% al 58.7% en los menores de 30 años y del 77.2% al 65.6% en los de 30 años o más. En lo relacionado al consumo de alcohol y drogas, se ha observado un incremento significativo en el consumo de alcohol y de la mayoría de drogas antes o durante las relaciones sexuales; las drogas más consumidas en el año 2006 fueron los nitritos inhalados o poppers, el cannabis y la cocaína (Folch *et al.*, 2010:43).

Por otra parte, el estigma, el cual en el contexto de HSH se puede experimentar en dos dimensiones: por la sexualidad y/o por el VIH; la última en aquellos HSH que viven con VIH. Para la primera dimensión (estigma por la sexualidad), los resultados de la Encuesta Nacional en Bolivia de condiciones de vida, discriminación y derechos de las poblaciones LGBT $N = 632$, de los cuales 417 fueron HSH, indicaron que 24 de cada 100 miembros LGBT han percibido en su vida alguna forma de discriminación. Siete de cada diez miembros LGBT en Bolivia han sufrido algún tipo de agresión, violencia psicológica en todos los ámbitos. Esto refleja cómo el estigma afecta la calidad de vida (o condiciones de vida, término que utilizan en este estudio). Las conclusiones del estudio sugieren que, en América Latina, la homofobia representa una amenaza para la salud pública. Estudios previos al 2009 y la evidencia anecdótica demuestran que la violencia basada en género contra HSH y personas transgénero, puede aumentar su vulnerabilidad al VIH especialmente en el

contexto del trabajo sexual y múltiples parejas sexuales concurrentes (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, 2014:19).

En lo relacionado al estigma por VIH, se llevó a cabo un estudio en la Ciudad del Cabo, Sudáfrica con HSH y hombres que tienen sexo con mujeres $N = 422$, en el cual se aplicó un cuestionario que medía la salud, el historial de riesgo de VIH, estigma internalizado del SIDA, experiencias de discriminación por VIH, depresión cognitiva y afectiva, apoyo social y uso de sustancias (Cloete *et al.*, 2008: 1105). Los resultados de los HSH sugieren que el estigma internalizado del VIH era alto en esta muestra de HSH VIH-positivos; el 57% de ellos informaron que ocultaron su estado a otros. El 47% de la muestra se sintió culpable de ser VIH positivo y el 43% se avergonzó de ser VIH positivo. Los HSH informaron haber experimentado una mayor discriminación social como resultado de ser VIH-positivo, incluida la pérdida de trabajo o de lugares donde quedarse (Cloete *et al.*, 2008: 1106).

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo en Puerto Rico en el año 2007 $N = 80$, se desarrolló e implementó un diseño exploratorio utilizando una técnica cualitativa mediante la implementación de entrevistas cualitativas profundas con profesionales de la salud (Ruiz-Torres *et al.*, 2007:2). Se concluyó que el estigma relacionado con el VIH representa una amenaza para la calidad de vida y el bienestar físico y psicológico de las personas que viven con VIH porque conlleva consecuencias como el deterioro de las relaciones interpersonales, la manifestación de emociones negativas, efectos adversos para la salud como consecuencia del rechazo de la prueba de anticuerpos del VIH, ansiedad, depresión, culpabilidad, pérdida de apoyo, aislamiento, dificultades con la dinámica familiar, violencia emocional o física, y deterioro de las relaciones con los proveedores de atención médica (Ruiz-Torres *et al.*, 2007:3).

B. Estudios de la calidad de vida, conductas de riesgo y estigma con HSH en Guatemala

En relación a la variable conductas de riesgo, se llevó a cabo un estudio no experimental de índole cualitativa; se realizó una encuesta de medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas sexuales a hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero y a mujeres trabajadoras sexuales (Guardado-Escobar, Ortega y García, 2017:70). De los 500 HSH encuestados en la Ciudad de Guatemala ($N=500$), el 57% reportó haber utilizado preservativo en la última relación sexual. El 47% reportó que su última relación sexual fue con una pareja estable, el 47% con una pareja casual y el 5.8% con una pareja comercial/cliente. Sin embargo, el 63.2% tuvo una pareja estable hombre en los últimos 12 meses. El 36.7% usó de preservativo dentro con la pareja estable y el 52.4% lo utilizó con la pareja estable en la última relación. El 61.3% tuvo una pareja ocasional en los últimos 12 meses. El 55.2% usó preservativo consistentemente con parejas ocasionales y el 67.4% lo usó en la última relación sexual con una pareja ocasional. Por otra parte, a pesar que la mayoría (93%) reportó que tenía fácil acceso a preservativos, únicamente el 25.3% de

ellos compró preservativos en los últimos 30 días. El 29.5% mantuvo relaciones sexuales con dos personas en el mismo período de tiempo en los últimos seis meses.

Respecto a la conducta de riesgo de consumo de alcohol y drogas se reportó que el 53.5% de los HSH de la Ciudad de Guatemala tomó bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, el 82.9% consumió alcohol en exceso en los últimos 30 días, el 25.1% usó drogas ilícitas alguna vez y el 18.6% usó drogas ilícitas en los últimos 12 meses. El 87.5% consumió marihuana en los últimos 12 meses mientras que el 47.8% consumió cocaína/piedra o crack en los últimos 12 meses. El 57.3% usó drogas ilícitas en los últimos 30 días. Estas estadísticas reflejan el impacto negativo que tienen las conductas de riesgo en la calidad de vida de los HSH, es decir, afectan el bienestar subjetivo en las dimensiones psicológicas, psicosociales, sociales, culturales, económicas y físicas (Guardado-Escobar, Ortega y García, 2017:71).

Es importante recordar que los HSH pueden sufrir estigma por su sexualidad y por el VIH, en aquellos que viven con VIH. Por un lado, el *Estudio de Estigma y Discriminación asociados al VIH*, se realizó en 2016 en la Región de Centroamérica, sin embargo, se expondrán únicamente los datos recabados en Guatemala $N = 1218$. En este estudio se aplicó una encuesta de opinión a nivel poblacional que USAI/PASCA ha desarrollado y coordinado en los países de la región centroamericana desde 1997, con intervalos de dos a tres años entre los diversos corte. En este estudio se determinó que el 45% de la muestra rechaza la idea que el VIH sea un castigo divino para la forma de vida de los HSH. Solamente el 49% de las personas entrevistadas afirman sentirse cómodas compartiendo el espacio laboral con una persona HSH (USAID/PASCA, 2016:14).

En relación al estigma y la discriminación por el VIH, se llevó a cabo el estudio *Porcentaje de personas que viven con VIH o sida que declaran que sus derechos han sido respetados* en Guatemala. El 66% de los encuestados $N = 409$, reportó que entre uno y tres de sus derechos como personas con VIH habían sido violados en algún momento. En general, el 98% de los entrevistados cree que en Guatemala no se respetan sus derechos humanos como persona con VIH, identificando la discriminación como principal causa de violación de sus derechos.

Por otra parte, de acuerdo al *Primer Informe Nacional de Guatemala sobre la situación de Derechos Humanos de las personas con vih y poblaciones en más alto riesgo*, los siete Derechos Humanos más restringidos identificados en 313 denuncias recopiladas en los registros de las ONG y Auxiliaturas de las Oficina de la Procuraduría de los Derechos Humanos, en 20 de los 22 departamentos de Guatemala, entre enero de 2009 y noviembre de 2010 son: derecho a la salud (46.52%), derecho a la vida e integridad personal (13.16%), derecho a la seguridad social (13%), derecho al trabajo (9.43%), derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley (95), derecho a la confidencialidad, vida privada, honra y dignidad (7%) y derecho a la educación (2%). Según el estudio *Medición del Estigma y Discriminación de las personas con VIH en el*

contexto nacional; de las 500 personas encuestadas el estigma interno o sentimiento de vergüenza por el estigma asociado al VIH afecta al 42,4% de los hombres y mujeres con VIH. Las personas que viven con VIH perciben la discriminación desde todos los ámbitos de la vida ya que es sistemática y cotidiana desde el seno familiar. Las personas con VIH tienen que vivir su vida en la clandestinidad para no sufrir de discriminación y exclusión lo cual restringe el acceso a servicios de salud y educación (HIVOS, 2012:18). Por último, un estudio liderado por la Fundación Fernando Iturbide (2011:41) reveló que el estigma interno es percibido por los guatemaltecos que viven con VIH y experimentan sentimientos como la culpa, tristeza, vergüenza y recurren a conductas como el aislamiento (Fundación Fernando Iturbide, 2011:59-60).

C. Estudios de prevalencia con HSH en la ciudad de Guatemala

En Guatemala la epidemia de VIH está concentrada en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad: hombres que tienen sexo con hombres, la población transgénero femeninas, y trabajadores sexuales y sus clientes. Debido a que los HSH constituyen una población clave para el control de la epidemia del VIH, la mayoría de los estudios de prevalencia en esta población giran en torno a este tema (Guardado-Escobar, Ortega y García, 2017:220). Es importante mencionar que a pesar de que a nivel mundial las infecciones por VIH parecen comenzar a disminuir, en Centroamérica las epidemias de VIH han cambiado poco en los últimos años; el número total de personas que viven con VIH continúa creciendo. En el caso de Centroamérica, Panamá tiene una prevalencia de 0.9% y en El Salvador, Guatemala y Honduras es el 0.8%. Sin embargo, la prevalencia del VIH en los grupos más expuestos en América Latina, es decir, población transgénero, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales la prevalencia es considerablemente más elevada. La prevalencia estimada para el año 2014 en población adulta de 15 a 49 años es de 0.59. Los resultados de la Encuesta sobre Vigilancia de Comportamiento sexual y Prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Guatemala la prevalencia en los grupos de HSH es de 8.9% (IC95% 5.4-13.2) (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, 2015:8).

En el 2014 en Guatemala hubo de 1,844 nuevos casos de VIH, de los cuales el 61.1% fueron masculinos y el 38.9% femeninos. Los departamentos en donde la prevalencia es más alta son: Guatemala, Retalhuleu, Izabal, Escuintla, San Marcos, Suchitepéquez, Petén, El Progreso y Quetzaltenango, los cuales al compararlos con el resto, pueden representar una mayor actividad comercial, centralización urbana y un punto estratégico de movilidad (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH, 2015:10).

IV. MARCO METODOLÓGICO

La homofobia forma parte de los ejes sobre los que se construye el modelo dominante de la masculinidad en Guatemala. Por lo tanto, la angustia y los estresores psicosociales, que sufre la población homosexual en este país, surgen del estigma construido por la misma sociedad. Esta población tiene necesidades particulares en las dimensiones: emocional, físico, material, social y legal, las cuales son necesarias identificar para brindar una atención integral en salud y promover aspectos preventivos que permitan desarrollar estilos de vida saludables, autopercepciones positivas y relaciones saludables, mejorando su calidad de vida (Juárez-Ramírez et al., 2014:284). Sin embargo, para poder promover estilos de vida más saludables es necesario identificar en qué medida influyen en la calidad de vida el estigma y las conductas de riesgo que mantienen los HSH.

Se buscó que este estudio contribuyera a mejorar las intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la calidad de vida en los centros de salud que atienden HSH en la Ciudad de Guatemala, determinando si el estigma percibido y las conductas de riesgo predicen la calidad de vida percibida. En este apartado se exponen los aspectos más relevantes relacionados a la metodología de la investigación.

A. Pregunta de investigación

¿En qué grado el estigma percibido y las conductas de riesgo inciden en la calidad de vida percibida por los hombres que tienen sexo con hombres adultos de la Ciudad de Guatemala?

B. Objetivos

1. Objetivo general

- Conocer la incidencia que tiene el estigma percibido y las conductas de riesgo en la calidad de vida percibida de los hombres que tienen sexo con hombres adultos de la Ciudad de Guatemala.

2. Objetivos específicos

- Explorar si el estigma percibido predice en algún porcentaje la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.
- Explorar si las conductas de riesgo predicen en algún porcentaje la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.

C. Hipótesis

De acuerdo a los objetivos establecidos, se formulan las siguientes hipótesis:

- **H_{1o}**: No existe una relación significativa entre la calidad de vida percibida, el estigma percibido y las conductas de riesgo que mantienen los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.
- **H₁**: Existe una relación significativa entre la calidad de vida percibida, el estigma percibido y las conductas de riesgo que mantienen los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.
- **H_{2o}**: El estigma percibido no predice significativamente el nivel de calidad de vida percibida por los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.
- **H₂**: El estigma percibido predice significativamente el nivel de calidad de vida percibida por los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.
- **H_{3o}**: Las conductas de riesgo no predicen significativamente el nivel de calidad de vida percibida por los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.
- **H₃**: Las conductas de riesgo predicen significativamente el nivel de calidad de vida percibida por los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala.

D. Diseño de investigación

La investigación tuvo un diseño no experimental, descriptivo, de tipo transversal y correlacional, con un enfoque cuantitativo. No se manipuló ninguna variable. Se recolectaron los datos en un único momento de medida. En el análisis de datos se estudiaron las relaciones entre el estigma percibido, el consumo de drogas, las conductas de sexo seguro y la calidad de vida percibida. Posteriormente, con aquellas variables que se correlacionaron significativamente se realizaron modelos de regresión lineal simple para determinar en qué porcentaje dichas variables predicen la calidad de vida percibida en la muestra.

E. Población y muestra

La población de esta investigación son todos los HSH de la Ciudad de Guatemala. Sin embargo, debido a que no se tiene acceso a toda la población HSH de Guatemala, se seleccionó intencionalmente una muestra no probabilística; es decir, una muestra seleccionada por conveniencia. Los participantes fueron contactados durante su asistencia al Colectivo Amigos Contra El Sida (CAS). La muestra del estudio piloto estuvo conformada por $n = 20$ HSH, y la muestra total del estudio por $N = 128$ HSH.

1. Criterios de inclusión

- Hombres que tienen sexo con hombres adultos (mayores de 18 años) que asisten a la clínica comunitaria Colectivo Amigos Contra El Sida y entran al circuito de atención combinada de dicha institución.
- Hablar español.
- Acceder a la aplicación de cuestionarios de forma voluntaria y firmar el consentimiento informado (Anexo A).

2. Criterios de exclusión

- Mujeres.
- Hombres que tienen sexo con hombres menores de 18 años.
- Hombres que tienen sexo con hombres que no acceden a firmar el consentimiento informado.
- Hombres que tienen sexo con hombres que no son usuarios de CAS.

F. Variables de investigación

En esta investigación la variable dependiente fue la calidad de vida percibida, mientras que el estigma percibido, las conductas de riesgo y las variables sociodemográficas constituyen las variables independientes. En la Tabla 1 y Tabla 2 se describen los factores, la definición conceptual y la definición operacional de la variable dependiente y variables independientes.

Tabla 1:
Tabla descriptiva de la variable calidad de vida percibida (variable dependiente)

Variable dependiente	Factores	Definición conceptual	Definición operacional (Ítems de la escala GENCAT que evalúan el factor)
Calidad de vida percibida	Bienestar emocional	Sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
	Relaciones interpersonales	Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros).	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
	Bienestar material	Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados.	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
	Desarrollo personal	Posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente.	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34
	Bienestar físico	Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables.	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42
	Auto-determinación	Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, trabajo, tiempo libre, lugar donde vive, personas con las que está.	43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51
	Inclusión social	Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más; sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas.	52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59
	Derechos	Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos.	60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Nota. Elaboración propia a partir de la escala de Verdugo *et al.* (2008).

Tabla 2:
Tabla descriptiva de las variables independientes

Variables independientes	Factores	Definición conceptual	Definición operacional (Ítems que evalúan el factor)
Estigma percibido*	Inclusión social	Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más; sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas.	Ítems 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59.
	Derechos	Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos.	Ítems 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69.
Conductas de riesgo**	Consumo de drogas	Consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.	Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
	Conductas de sexo seguro	Utilización de prácticas recomendadas que reducen el riesgo de exposición y transmisión del VIH.	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.
Datos socio-demográficos***	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Ítem 1.
	Orientación sexual	Atracción emocional y/o sexual hacia otra persona.	Ítem 3.
	Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Ítem 4.
	Escolaridad	Periodo de tiempo que se ha asistido a la escuela/colegio para estudiar.	Ítem 5.
	Conocimiento de orientación sexual	Individuos que conocen la orientación sexual de una persona.	Ítem 8.
	Condición VIH	Estado relacionado al VIH: positivo o negativo.	Ítem 9.
	Tiempo de ser positivo	Tiempo en haberse convertido a una condición de VIH positiva.	Ítem 10.
	Conocimiento de diagnóstico	Individuos que conocen el diagnóstico de una persona con condición positiva de VIH.	Ítem 11.
Tiempo de ser usuario de CAS	Periodo de tiempo que se ha asistido al centro Colectivo Amigos Contra El Sida.	Ítem 12.	

Nota. Elaboración propia a partir de la escala de Verdugo *et al.* (2008), Organización Mundial de la Salud (2010) y Dilorio (1993). *El estigma percibida se evaluó con la Escala GENCAT. **Las conductas de riesgo se evaluaron con la escala ASSIST. ***Los datos sociodemográficos se evaluaron con el formulario de datos sociodemográficos.

G. Instrumentos

En esta investigación se utilizaron tres instrumentos psicométricos para explorar las tres variables de investigación: la *Escala GENCAT* de Verdugo (2008), la *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)* de la Organización Mundial de la Salud (2010) y *The Safe Sex Behavior Questionnaire (SSBQ)* de Dilorio (1993). Adicionalmente, se incluyó un formulario breve para recopilar los datos sociodemográficos de la muestra (Anexo C).

1. *Escala GENCAT* de Verdugo *et al.* (2008)

Esta escala mide la calidad de vida de adultos y permite identificar el perfil de calidad de vida de la persona para la realización de planes individualizados de apoyo. Los autores de esta escala son: Miguel Ángel Verdugo, Benito Arias, Laura Gómez y Robert Schalock. La aplicación es sencilla porque los 69 *ítems* son breves y fáciles de comprender; la aplicación dura aproximadamente 10 minutos. Las opciones de respuesta son “siempre o casi siempre”, “frecuentemente”, “algunas veces”, “nunca o casi nunca”. Este instrumento se validó en el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de Salamanca, España. Esta escala es de acceso libre siempre que se reconozca a los autores. Mediante la escala se obtiene una puntuación total a través de ocho sub-puntajes de las dimensiones: bienestar emocional (BE), relaciones interpersonales (RI), bienestar material (BM), desarrollo personal (DP), bienestar físico (BF), autodeterminación (AU), inclusión social (IS), derechos (DE) (Verdugo *et al.*, 2008) (Anexo E).

2. *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)* de la Organización Mundial de la Salud (2010)

Esta prueba fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado y empeorar. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente 5 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Esta prueba es de acceso libre, siempre que se reconozca a los autores.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” o “alto”, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (“no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento”, respectivamente). Proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse (Organización Mundial de la Salud, 2010) (Anexo F).

3. *The Safe Sex Behavior Questionnaire (SSBQ)* de Dilorio (1993)

Este cuestionario de 27 ítems mide la frecuencia del uso de prácticas recomendadas que reducen el riesgo de exposición y transmisión del VIH. Mide las conductas de riesgo, la asertividad, el uso de condón, la evitación de fluidos corporales y la evitación del sexo anal. Este cuestionario se validó en Atlanta, Estados Unidos. Las opciones de respuesta son en una escala de *Likert*: “nunca”, “a veces”, “la mayoría del tiempo” y “siempre”. Se solicitó permiso a la autora para poder utilizar el cuestionario (Dilorio, 1993), autorizando la utilización del instrumento en la versión en español (Anexo G).

H. Procedimiento

Primero, se obtuvo la aprobación del anteproyecto por parte de la asesora M.A. Alejandra Auyón, por la Dirección del Departamento de Psicología y la Decanatura de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Valle de Guatemala. Una vez aprobado el anteproyecto, se prosiguió con los permisos correspondientes para poder recolectar los datos en el centro Colectivo Amigos Contra el Sida (CAS), el cual es una organización no gubernamental sin fines de lucro de base comunitaria, conformada en su mayoría por hombres homosexuales. Fue fundada en el año 2005, desde entonces ha trabajado principalmente en el ámbito del VIH/VIH avanzado e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población LGBT. CAS ha implementado en la zona 1 de la Ciudad Guatemala una clínica de atención combinada, que ofrece servicios de realización de pruebas de VIH con consejería, soporte emocional a los HSH y a personas con diagnóstico de VIH y acompañamiento para su vinculación en Unidades de Atención Integral para el inicio de tratamiento antirretroviral. Así también provee el servicio médico para el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual que incluye provisión de medicamentos gratuitos para los usuarios que lo requieran.

Se llevó a cabo un estudio piloto en dicho centro con una muestra de 20 HSH con el fin de evaluar la confiabilidad de los instrumentos, la comprensión de los ítems y la duración de la participación en el estudio.

Posteriormente se realizaron los cambios correspondientes al formulario de datos sociodemográficos. Por último, se determinó la confiabilidad de los instrumentos.

La recolección de datos de la muestra total se llevó a cabo en horarios por la tarde y la noche (entre las 14:00 y 19:00 horas) entre semana y los fines de semana, en la sala de espera mientras los usuarios esperaban su turno para ser atendidos. La aplicación fue cara a cara de manera individual. Se realizó una breve introducción sobre la investigación y se evaluó si cumplían con los criterios de inclusión. En caso de cumplir con los criterios de inclusión se procedió a leer el consentimiento informado y a firmarlo, e iniciar la aplicación de los instrumentos. Cada participante tomaba la decisión si quería responder el cuestionario de forma personal o si requería el apoyo de la investigadora. Sin embargo, la investigadora siempre estuvo al fácil alcance de los participantes para resolver cualquier duda. El tiempo de la aplicación de los instrumentos varió entre 15 y 25 minutos.

Una vez completada la fase de recolección de datos, se trasladaron a una hoja electrónica. Posteriormente se importaron los datos al paquete estadístico para Ciencias Sociales SPSS versión 21 en donde se procedió a hacer el análisis estadístico. Se analizaron y redactaron los resultados respondiendo a los objetivos planteados.

I. Análisis estadístico

El análisis estadístico de esta investigación estuvo dividido en cuatro fases. La primera fase consistió en determinar mediante un estudio piloto la confiabilidad de las escalas que se utilizarían a través del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. En la segunda fase, ya con los datos de la investigación, se realizó el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de los instrumentos. En la tercera fase se realizó un análisis de la normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. En la cuarta fase se procedió a responder las preguntas de investigación mediante dos estadísticos de prueba. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar si existe una correlación significativa entre las variables de investigación. Por último, se realizaron análisis de regresión lineal simple para establecer modelos que permitieron conocer el grado de predicción entre las variables.

J. Consideraciones éticas

La investigación fue sometida a una revisión por parte de la asesora del proyecto, el Director del Departamento de Psicología y el Decano de la Facultad de Ciencias Sociales. Cuando el anteproyecto fue aprobado, se procedió a presentarlo al Colectivo Amigos Contra El Sida para solicitar el permiso a través de su director y coordinadores, explicando el propósito y justificación de la investigación. Se solicitó autorización a los autores principales de los instrumentos para su utilización y reproducción, previo a la

presentación del anteproyecto. Una vez los permisos fueron concedidos, se aplicaron las escalas únicamente a los HSH que quisieron participar de forma voluntaria, a quienes se les brindó una copia del consentimiento informado que explica el propósito del estudio, los beneficios del mismo, la confidencialidad de los datos, el anonimato de la identidad de la persona, la participación de forma voluntaria antes y durante la aplicación de las escalas. También se otorgaron los datos de contacto de la estudiante de pregrado y supervisora a cargo de la investigación para resolver cualquier duda y para que pudieran contactarlas si deseaban tener personalmente los resultados del estudio. Al final del consentimiento se solicitaron las iniciales del participante, la firma y fecha de resolución de los instrumentos.

En esta investigación se trabajó con personas vulnerables, por lo cual se procedió a trabajar bajo los principios éticos de: respeto en general, sensibilidad a la diversidad, no discriminación, confidencialidad, ausencia de prejuicios y derecho a la información (si algún participante deseaba obtener más información sobre los resultados del estudio se le pidieron sus datos para hacerle llegar la información genérica de los resultados obtenidos).

Por otra parte, como parte del Taller de Ética y Comportamiento Profesional, se cuenta con un Certificado de Ética del curso de capacitación a través de internet “Protección de los participantes humanos de la investigación” otorgado por la Oficina para Investigaciones Extra-institucionales de los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Para poder obtener este certificado se aprobó una prueba que evalúa aspectos éticos para trabajar con sujetos humanos (Ver Anexo F).

K. Asesor de trabajo de graduación

La asesora de este trabajo de graduación fue MA. María Alejandra Auyón, catedrática y supervisora de prácticas clínicas-salud del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, Campus Central. Ella supervisó las prácticas clínicas-salud de la autora principal de esta investigación, las cuales se realizaron en CAS.

L. Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones de la investigación, se debe enfatizar que no se podrán generalizar los datos a los HSH de toda Guatemala porque la muestra estará constituida únicamente por HSH de la Ciudad de Guatemala. Por otra parte, es necesario recalcar que la calidad de vida puede verse afectada por múltiples factores, por lo cual la predicción de la calidad de vida de los HSH no debe limitarse a las conductas de riesgo (consumo de drogas y prácticas sexuales) y el estigma percibido.

V. RESULTADOS

En el presente apartado se presentan los análisis estadísticos de los datos obtenidos de la muestra de 128 HSH adultos de la Ciudad de Guatemala a través de los instrumentos de la evaluación: Escala GENCAT, Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y *The Safe Sex Behavior Questionnaire* (SSBQ). Se presentan los análisis estadísticos del estudio piloto (N=20) y de la investigación (N=128).

A. Estudio piloto

El estudio piloto se llevó a cabo con una muestra de $n = 20$ HSH adultos de la Ciudad de Guatemala. El objetivo del mismo fue determinar la confiabilidad de los instrumentos a utilizar y la revisión de la redacción de los *ítems*, al igual que las condiciones temporales y espaciales de la aplicación de los instrumentos.

La confiabilidad de un instrumento, es decir que mida lo que realmente intenta medir, se determina a través del coeficiente alfa de Cronbach (Field, 2009:270). Utilizando el alfa de Cronbach con una significancia de $p < .05$ se evaluó la confiabilidad de cada uno de los instrumentos. La normalidad de los datos se evaluó utilizando el estadístico Shapiro Wilk con una significancia de $p > .05$. La Tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos de los instrumentos que miden la calidad de vida, el estigma percibido, el consumo de drogas y las conductas de sexo seguro, para determinar su confiabilidad.

Una escala se considera confiable cuando tiene un $\alpha > .60$. Las escalas totales mostraron tener una confiabilidad elevada, $\alpha = .88$ para la calidad de vida percibida total, $\alpha = .83$ para el consumo de drogas y $\alpha = .83$ para las conductas de sexo seguro. La confiabilidad de la escala de estigma percibido fue aceptable $\alpha = .76$. Los datos de los instrumentos se distribuyen de manera normal, con excepción de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), ya que es la única escala que no cumple con el supuesto de normalidad ($p > .05$) para tener un nivel estadísticamente significativo.

Tabla 3:
Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las escalas de calidad de vida, estigma percibido, consumo de drogas y conductas de sexo seguro

Escalas y dimensiones	N	\bar{X}	DS	Sig. SW	Ítems	α Cronbach
Escala GENCAT***	20	225.55	22.68	0.15*	69	0.88**
Escala de estigma percibido****	20	30.58	3.09	0.23*	18	0.76**
Escala ASSIST *****	20	96.2	5.93	0.01	70	0.83**
The Safe Sex Behavior Questionnaire *****	20	75.50	11.62	0.31*	27	0.83**

Nota. Elaboración propia. * $p > .05$ = cumple con el supuesto de normalidad. ** $p < .05$ = cumple con el supuesto de α Cronbach. ***La escala tiene un rango de 4 puntos. ****La escala tiene un rango de 4 puntos. *****La escala tiene un rango de 6 puntos. *****La escala tiene un rango de 4 puntos. \bar{X} =Media, DS=desviación estándar, Sig. SW=significancia del estadístico de Shapiro-Wilk.

B. Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por $N = 128$ HSH adultos de la Ciudad de Guatemala que asisten al Colectivo Amigos Contra El Sida (CAS). La Tabla 4 resume las frecuencias y porcentajes de la edad, orientación sexual, conocimiento de orientación sexual, estado civil y escolaridad.

La mediana de edad de los participantes es 26 años. El rango intercuartil (RIC) es de 22-31, es decir, el 50% de la muestra se encuentra dentro de ese rango de edad; el 25% por debajo de los 22 años y el 25% arriba de los 31 años. De los 128 participantes, el 4.69% de los participantes se identificó como heterosexual, el 68.75% como homosexuales y el 26.56% como bisexual. Esto confirma la descripción que estableció el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta que establece que un HSH se determina por el aspecto comportamental, es decir, el tipo de prácticas sexuales que mantiene un hombre con otro hombre, independientemente de su orientación sexual. En relación al conocimiento de la orientación sexual, el 40.63% de los participantes le ha revelado a su pareja su orientación sexual, el 64.06% a su familia, el 81.25% a sus amigos, el 34.38% a su jefe, el 40.63% a sus compañeros de trabajo y el 4.69% solo lo sabe ellos mismos.

Con respecto al estado civil, el 93.75% de los participantes está soltero, el 3.13% está casado y el 3.13% está unido. En cuanto al grado de escolaridad, el 2.34% de los participantes terminó la primaria, el 2.34% no terminó la primaria, el 5.47% completó básico, el 2.34% no completó básico, el 44.53% completó diversificado, el 4.69% no completó diversificado, el 15.63% completó la universidad y el 22.66% aún no ha completado la universidad.

Tabla 4:
Frecuencias y porcentajes de orientación sexual, conocimiento de orientación sexual, estado civil y escolaridad

Variables	Frecuencia N=128	Porcentajes
Orientación sexual		
Heterosexual	6	4.69%
Homosexual	88	68.75%
Bisexual	34	26.56
Otro	-	-
Conocimiento de orientación sexual		
Pareja	52	40.63%
Familia	82	64.06%
Amigos	104	81.25%
Jefe	44	34.38%
Compañeros de trabajo	52	40.63%
Ninguno	6	4.69%
Estado civil		
Soltero	120	93.75%
Casado	4	3.13%
Unido	4	3.13%
Divorciado	-	-
Separado	-	-
Viudo	-	-
Escolaridad		
Primaria completa	3	2.34%
Primaria incompleta	3	2.34%
Básico completo	7	5.47%
Básico incompleto	3	2.34%
Diversificado completo	57	44.53%
Diversificado incompleto	6	4.69%
Universitario completo	20	15.63%
Universitario incompleto	29	22.66%
No asistió a la escuela	-	-

Nota. Elaboración propia a partir del formulario de datos sociodemográficos.

La Tabla 5 resume las frecuencias y porcentajes de condición de VIH y el conocimiento de su diagnóstico (quienes son positivos). De los 128 participantes, el 9.38% tiene una condición de VIH positiva y el 90.63% una condición negativa. El 25.00% de los participantes con condición de VIH positiva le ha revelado su diagnóstico a su pareja, el 75.00% a su familia, el 25.00% a sus amigos, el 8.33% a su jefe, el 16.66% a sus compañeros de trabajo y el 25.00% solo lo sabe ellos mismos. La mediana en meses de haber sido diagnosticados con VIH es 30 meses y el rango intercuartil es de 7-60 meses, es decir, que el 50% de quienes tienen una condición de VIH positiva tienen entre 7-60 meses de ser positivos; 25% de ellos menos de 7 meses y 25% más de 60 meses. Por último, la media en meses de ser usuarios de CAS de los $N = 128$ participantes del estudio es 14.06 meses.

Tabla 5:
Frecuencias y porcentajes de condición de VIH y conocimiento de diagnóstico

VARIABLES	Frecuencia	Porcentajes
Condición de VIH (N=128)		
Positivo	12	9.38%
Negativo	116	90.63%
Conocimiento de diagnóstico (N=12)*		
Pareja	3	25.00%
Familia	9	75.00%
Amigos	3	25.00%
Jefe	1	8.33%
Compañeros de trabajo	2	16.66%
Ninguno	3	25.00%

Nota. Elaboración propia a partir del formulario de Datos Sociodemográficos. *La frecuencia del conocimiento de diagnóstico es $n = 12$ porque son 12 HSH positivos en la muestra.

C. Análisis descriptivo de calidad de vida percibida, estigma percibido y conductas de riesgo

A partir de los resultados obtenidos en la Escala GENCAT, la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y *The Safe Sex Behavior Questionnaire* (SSBQ), se obtuvieron medidas de tendencia central para explicar las variables que mide cada escala. Adicionalmente, se analizó la confiabilidad de las escalas para determinar si hubo diferencias significativas con los resultados del estudio piloto.

El análisis descriptivo de la escala GENCAT y sus dimensiones mostró que los participantes de la investigación poseen una calidad de vida menor a la media de la población en general. La media de la calidad de vida de la población general es $\bar{X} = 100$. La media de la calidad de vida de los participantes del estudio fue $\bar{X} = 84.09$; esta puntuación se ubicó dentro de un rango por debajo de la media de la población general. La media de la población general en las dimensiones del GENCAT es $\bar{X} = 10$. Las puntuaciones de los participantes en las dimensiones del GENCAT que se ubicaron por debajo de la media de la población general fueron: bienestar material $\bar{X} = 7.05$, bienestar físico $\bar{X} = 7.24$ y derechos $\bar{X} = 9.01$. En contra parte, las puntuaciones de los participantes en las dimensiones del GENCAT que se ubicaron por arriba de la media de la población general fueron: bienestar emocional $\bar{X} = 11.02$, relaciones interpersonales $\bar{X} = 11.95$, desarrollo personal $\bar{X} = 13.29$, autodeterminación $\bar{X} = 13.32$ e inclusión social $\bar{X} = 11.21$. La Tabla 6 muestra los estadísticos descriptivos de la escala GENCAT para la muestra de la investigación. En cuanto a la confiabilidad de los datos, se reportó una confiabilidad elevada de la escala total $\alpha = .85$.

Tabla 6:

Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las dimensiones y la escala total GENCAT

Dimensiones y Escala Total*	N	\bar{X}	DS	Ítems	α Cronbach
Bienestar emocional	128	11.02	2.75	8	0.75*
Relaciones interpersonales	128	11.95	3.02	10	0.60*
Bienestar material	128	7.05	3.68	8	0.62*
Desarrollo personal	128	13.29	2.13	8	0.54*
Bienestar físico	128	7.24	3.61	8	0.83*
Autodeterminación	128	13.32	1.73	9	0.70*
Inclusión social	128	11.21	3.01	8	0.72*
Derechos	128	9.01	3.21	10	0.68*
Calidad de vida total	128	84.09	16.55	69	0.85*

Nota. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la escala GENCAT. * $p < .05$ = cumple con el supuesto de α Cronbach. **La escala tiene un rango de 4 puntos. \bar{X} =Media (10=dimensiones; 100=escala total), DS=desviación estándar (3=dimensiones; 15=escala total).

El análisis descriptivo de las dimensiones y la escala total de estigma percibido reflejaron que los participantes del estudio experimentan estigma como la media de la población general. La media de estigma experimentado por la población general es $\bar{X} = 10$. La media del estigma experimentado por los participantes del estudio fue $\bar{X}=10.11$, sin embargo, la puntuación de la muestra en la dimensión de derechos fue menor ($\bar{X} = 9.01$) a la de la población general ($\bar{X} = 10$), mientras que la puntuación de la muestra en la dimensión de inclusión social ($\bar{X} = 11.21$) fue mayor a la de la población general ($\bar{X} = 10$). La Tabla 7 muestra los estadísticos descriptivos de las dimensiones y la escala total de estigma percibido para la muestra de la investigación. La confiabilidad media que se reportó para esta escala fue $\alpha = .70$.

Tabla 7:

Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las dimensiones y la escala total de estigma percibido

Dimensiones y Escala Total*	N	\bar{X}	DS	Ítems	α Cronbach
Inclusión social	128	11.21	3.01	8	0.72*
Derechos	128	9.01	3.21	10	0.68*
Estigma Percibido total	128	10.11	3.11	18	0.70*

Nota. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las dimensiones y la escala total de estigma percibido. * $p < .05$ = cumple con el supuesto de α Cronbach **La escala tiene un rango de 4 puntos. \bar{X} =Media (10=dimensiones; 10=escala total).

El análisis descriptivo de la escala *The Safe Sex Behavior Questionnaire* reflejó que la media de respuesta fue $\bar{X} = 77.44$ entre los participantes del estudio, es decir, por debajo de la puntuación media de la población general ($\bar{X} = 85.00$). La confiabilidad media que se reportó para esta escala fue $\alpha = .82$. La Tabla 8 muestra los estadísticos descriptivos de la escala total de conductas de sexo seguro para la muestra de la investigación.

Tabla 8:

Estadísticos descriptivos y confiabilidad de The Safe Sex Behavior Questionnaire

Dimensiones y Escala Total*	N	\bar{X}	DS	Ítems	α Cronbach
Total de Conductas de sexo seguro	128	77.44	10.72	27	0.82*

Nota. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la escala *The Safe Sex Behavior Questionnaire*. * $p < .05$ = cumple con el supuesto de α Cronbach **La escala tiene un rango de 4 puntos. \bar{X} =Media (85=escala total).

La escala ASSIST se analizó desde un enfoque cualitativo, debido a la naturaleza de los datos que arroja. El instrumento permitió establecer el nivel de riesgo de los participantes de acuerdo a cada droga que consumen. El nivel “bajo” significa que el patrón actual de consumo representa un riesgo bajo sobre la salud y otros problemas. El nivel “moderado” sugiere que el patrón actual de consumo representa un riesgo para la salud y de otro tipo de problemas. El nivel “alto” significa que la persona presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, entre otros) derivados de su patrón actual de consumo y probablemente presenta dependencia a la sustancia. Las sustancias más consumidas por los participantes del estudio fueron el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los tranquilizantes. El 53.91% de la muestra demostró estar en riesgo moderado de padecer problemas de salud y otros problemas por el patrón de consumo de tabaco, el 49.22% por el patrón de consumo de alcohol, el 33.59% por el consumo de cannabis, el 18.75% por el consumo de cocaína y el 18.75% por el consumo de tranquilizantes. Adicionalmente, el 3.91% de la muestra demostró estar en alto riesgo de padecer problemas de salud y otros problemas por el patrón de consumo de tabaco, el 14.06% por el patrón de consumo de alcohol, el 3.13% por el consumo de cannabis, el 2.34% por el consumo de cocaína y el 0.78% por el consumo de anfetaminas. La Tabla 9 muestra las frecuencias y los porcentajes de las dimensiones cualitativas de la escala ASSIST para cada droga evaluada.

Tabla 9:

Frecuencias y porcentajes de las dimensiones cualitativas de la escala ASSIST

Dimensiones y Escala Total	Frecuencia “bajo”	Porcentaje “bajo”	Frecuencia “moderado”	Porcentaje “moderado”	Frecuencia “alto”	Porcentaje “alto”
Tabaco	54	42.19%	69	53.91%	5	3.91%
Alcohol	47	36.72%	63	49.22%	18	14.06%
Cannabis	81	63.28%	43	33.59%	4	3.13%
Cocaína	101	78.91%	24	18.75%	3	2.34%
Anfetaminas	114	89.06%	13	10.16%	1	0.78%
Inhalantes	126	98.44%	2	1.56%	-	-
Tranquilizantes	104	81.25%	24	18.75%	-	-
Alucinógenos	123	96.09%	5	3.91%	-	-
Opiáceos	124	96.88%	4	3.13%	-	-
Otras drogas	126	98.44%	2	1.56%	-	-

Nota. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la escala ASSIST. $N = 128$.

D. Análisis de normalidad de las variables

Para el análisis de normalidad de las variables se utilizó el estadístico Kolmogorov Smirnov debido a que la muestra tiene una $N > 50$. La Tabla 10 presenta el análisis de normalidad de los datos de los instrumentos utilizados, mostrando que los datos de las escalas que miden la calidad de vida percibida, el estigma percibido y las conductas de sexo seguro siguen una distribución normal, mientras que los datos de la escala que mide el consumo de drogas no siguen una distribución normal, debido a que el valor de significancia es $p < .05$.

Tabla 10:
Estadísticos descriptivos y confiabilidad de las escalas de calidad de vida percibida, estigma percibido, consumo de drogas y conductas de sexo seguro

Escalas y dimensiones	N	\bar{X}	DS	Sig. KS	Ítems	α Cronbach
Escala GENCAT***	128	223.11	24.23	0.19*	69	0.88**
Escala de estigma percibido****	128	29.57	4.07	0.24*	18	0.76**
Escala ASSIST *****	128	38.07	5.07	0.001	70	0.83**
The Safe Sex Behavior Questionnaire *****	128	77.44	10.72	0.20*	27	0.83**

Nota. Elaboración propia. * $p > .05$ = cumple con el supuesto de normalidad. ** $p < .05$ = cumple con el supuesto de α Cronbach. ***La escala tiene un rango de 4 puntos. ****La escala tiene un rango de 4 puntos. *****La escala tiene un rango de 6 puntos. *****La escala tiene un rango de 4 puntos. \bar{X} =Media, DS=desviación estándar, Sig. KS=significancia del estadístico de Kolmogorov Smirnov.

E. Correlación entre el estigma percibido, las conductas de sexo seguro, consumo de alcohol y la calidad de vida percibida

Se utilizó el estadístico de correlación de Pearson r para establecer el nivel de correlación entre las variables evaluadas (Field, 2009:177). Según las correlaciones mostradas en la Tabla 11, el estigma percibido $r(126) = .83$, $p = .00$, las conductas de sexo seguro $r(126) = .44$, $p = .00$ y el consumo de alcohol $r(126) = .32$, $p = .00$ se correlacionan significativamente con la calidad de vida percibida. Los datos del consumo de alcohol son los únicos datos que se distribuyeron de forma normal, por lo tanto, no se pudo establecer correlaciones con las demás drogas evaluadas mediante la escala ASSIST. Entre más se acerque a 1 el valor de correlación, más fuerte es la relación. A pesar que las tres variables mencionadas poseen una correlación significativa con la calidad de vida percibida, el estigma percibido es la variable que presenta una correlación más fuerte con la calidad de vida percibida. La Tabla 11 muestra la correlación entre el estigma percibido, las conductas de sexo seguro, el alcohol y la calidad de vida percibida.

Tabla 11:
Correlación entre el estigma percibido, las conductas de sexo seguro, el consumo de alcohol y la calidad de vida percibida

	Estigma percibido	Conductas de sexo seguro	Consumo de alcohol
Calidad de vida percibida	0.83*	0.44*	0.32*

Nota. Elaboración propia. $N = 128$. *Significancia $p < .05$.

F. Modelo de regresión lineal simple entre el estigma percibido y calidad de vida percibida

Después de identificar las correlaciones significativas entre las variables de investigación, se procedió al análisis de regresión lineal simple entre el estigma percibido y la calidad de vida percibida. Este modelo cuenta con varios componentes para explicar la influencia que tiene el estigma percibido en la calidad de vida percibida. El coeficiente de correlación de Pearson $r(126) = .827$ determina que entre las variables existe una correlación fuerte significativa de forma positiva. El modelo propone un coeficiente de determinación $R^2 = .685$, el cual expone que el 68.5% de la variación en los datos de la calidad de vida percibida se puede explicar por el estigma percibido. Es decir, el estigma percibido es un buen predictor de la calidad de vida. El estadístico $F(1,126) = 273.78$, $p = .000$ explica que el modelo se ajusta a los datos recabados de la muestra estudiada, es decir que en general el modelo es apropiado para los datos. Los coeficientes de correlación $\beta_0 = 33.45$ (constante) y $\beta_1 = 2.50$ (pendiente) tienen un valor $p > .05$. Se puede decir que los coeficientes de correlación aportan de forma independiente al modelo de predicción.

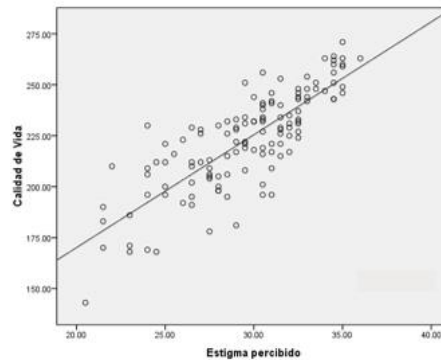
Sin embargo, la variable estigma percibido está constituida por dos dimensiones: inclusión social y derechos. Se establecieron los porcentajes de explicación de las dimensiones inclusión social y derechos, independientemente, sobre la variación de los datos de la calidad de vida percibida total son: inclusión social (IS) 52.0% y derechos (DE) 47.5% (Ver Figura 1).

Tabla 12:
Correlación y modelos de regresión lineal entre inclusión social, derechos, estigma percibido total y calidad de vida percibida

	Modelo		ANOVA		Coeficientes de correlación	
	r	R^2	F	$Sig. F$	β_0 (constante)	β_1 (pendiente)
IS	0.721	0.520	136.67	0.000*	-1.54	0.12
DE	0.689	0.475	114.18	0.000*	7.82	0.12
Estigma percibido total	0.827	0.685	273.78	0.000*	33.45	2.50

Nota. Elaboración propia. *Significancia $p < .05$, r =coeficiente de correlación Pearson, R^2 =coeficiente de determinación, F =valor estadístico, $Sig. F$ =significancia del valor estadístico, β_0 =constante, β_1 =pendiente. IS = inclusión social, DE = derechos.

Figura 1:
Diagrama de dispersión y recta de regresión entre el estigma percibido total y la calidad de vida percibida



Para determinar si el modelo es apropiado se debe asumir que las diferencias que genera se comportan de forma normal, es decir, que los errores en el modelo deben tener una distribución normal (Field, 2009:221). Se analizó la normalidad del error, presentado en la Tabla 14, que determina que sí presenta una distribución normal debido a que $p > .05$, por lo que el modelo de regresión es apropiado para explicar el nivel de predicción que tiene el estigma percibido sobre la calidad de vida percibida en la muestra. Los modelos independientes de inclusión social y derechos también son apropiados para explicar el nivel de predicción que tienen dichas variables sobre la calidad de vida percibida en la muestra.

Tabla 13:
Estadísticos de normalidad del error estimado de los modelos de regresión simple entre inclusión social, derechos, estigma percibido total y calidad de vida percibida

Dimensiones de calidad de vida	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	Significancia
IS	0.36	0.21*
DE	0.18	0.14*
Estigma percibido total	0.31	0.15*

Nota. Elaboración propia. *Significancia $p > .05$. IS = inclusión social, DE = derechos.

G. Modelo de regresión lineal simple entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida

Se estableció un modelo para explicar la influencia que tienen las conductas de sexo seguro en la calidad de vida. El coeficiente de correlación de Pearson $r(126) = .441$ determina que entre las variables existe una correlación fuerte significativa de forma positiva. El modelo propone un coeficiente de determinación $R^2 = .104$, el cual determina que el 19.4% de la variación en los datos de la calidad de vida percibida se puede

explicar por las conductas de sexo seguro. El estadístico $F(1,126) = 30.27, p = .000$ explica que el modelo se ajusta a los datos recabados de la muestra estudiada, es decir que en general el modelo es apropiado para los datos. Los coeficientes de correlación $\beta_0 = 53.47$ (constante) y $\beta_1 = .29$ (pendiente) tienen un valor $p > .05$. Se puede decir que los coeficientes de correlación aportan de forma independiente al modelo de predicción (Ver Figura 2).

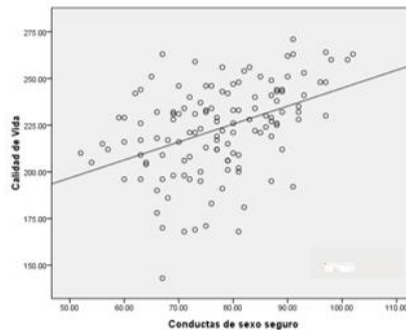
Tabla 14:

<i>Correlación y modelo de regresión lineal entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida</i>					
Modelo		ANOVA		Coeficientes de correlación	
<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>Sig. F</i>	β_0 (constante)	β_1 (pendiente)
.441	0.194	30.27	0.000*	53.47	.29

Nota. Elaboración propia. *Significancia $p < .05$, *r*=coeficiente de correlación Pearson, *R*²=coeficiente de determinación, *F*=valor estadístico, *Sig. F*=significancia del valor estadístico, β_0 =constante, β_1 =pendiente.

Figura 2:

Diagrama de dispersión y recta de regresión entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida



Se analizó la normalidad del error, presentado en la Tabla 16, que determina que sí presenta una distribución normal debido a que $p > .05$, por lo que el modelo de regresión es apropiado para explicar el nivel de predicción que tienen las conductas de sexo seguro sobre la calidad de vida percibida en la muestra.

Tabla 15:

Estadísticos de normalidad del error estimado del modelo de regresión simple entre conductas de sexo seguro y calidad de vida percibida

Conductas de sexo seguro	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	Significancia
	0.69	0.21*

Nota. Elaboración propia. *Significancia $p > .05$.

H. Modelo de regresión lineal simple entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida

Debido a que los únicos datos de la escala ASSIST que se distribuyeron de forma normal en esta muestra son los relacionados al consumo de alcohol, se estableció un modelo para explicar la influencia que éste tiene en la calidad de vida percibida. El coeficiente de correlación de Pearson $r(126) = .324$ determina que entre las variables existe una correlación fuerte significativa. El modelo propone un coeficiente de determinación $R^2 = .105$, el cual determina que el 10.5% de la variación en los datos de la calidad de vida percibida se puede explicar por el consumo de alcohol. El estadístico $F(1,126) = 14.76$, $p = .000$ explica que el modelo se ajusta a los datos recabados de la muestra estudiada, es decir que en general el modelo es apropiado para los datos. Los coeficientes de correlación $\beta_0 = 92.26$ (constante) y $\beta_1 = -.55$ (pendiente) tienen un valor $p > .05$. A diferencia de los modelos anteriores, este modelo presenta una correlación negativa, es decir, entre menos alcohol consume el HSH de la muestra, mayor calidad de vida presenta (Ver Figura 3).

Tabla 16:

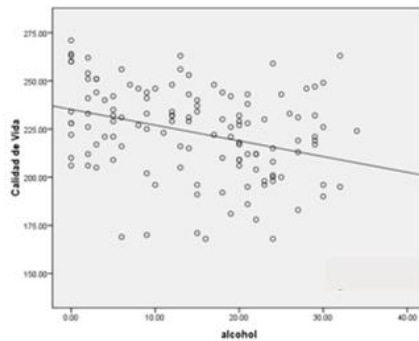
Correlación y modelo de regresión lineal entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida

Modelo		ANOVA		Coeficientes de correlación	
r	R^2	F	$Sig. F$	β_0 (constante)	β_1 (pendiente)
0.324	0.105	14.761	0.000*	92.26	-0.55

Nota. Elaboración propia. *Significancia $p < .05$, r =coeficiente de correlación Pearson, R^2 =coeficiente de determinación, F =valor estadístico, $Sig. F$ =significancia del valor estadístico, β_0 =constante, β_1 =pendiente.

Figura 3:

Diagrama de dispersión y recta de regresión entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida



Se analizó la normalidad del error, presentado en la Tabla 18, que determina que sí presenta una distribución normal debido a que $p > .05$, por lo que el modelo de regresión es apropiado para explicar el nivel de predicción que tiene el consumo de alcohol sobre la calidad de vida percibida en la muestra.

Tabla 17:

Estadísticos de normalidad del error estimado del modelo de regresión simple entre consumo de alcohol y calidad de vida percibida

Consumo de alcohol	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	Significancia
	0.25	0.14*

Nota. Elaboración propia. *Significancia $p > .05$.

VI. DISCUSIÓN

La calidad de vida refleja las condiciones en que vive una persona; esto puede referirse a una vida digna o una vida llena de aflicción (Aggarwal, 2008:175). Los HSH son una población vulnerable por ser objeto de discriminación por su orientación sexual y/o prácticas sexuales que mantienen, lo cual tiene un impacto en su calidad de vida.

En Guatemala los HSH están expuestos a una cultura machista, caracterizada por la homofobia y el estigma. Esto surge desde la enseñanza de la familia tradicional en donde se da por sentado que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida, normal y socialmente aceptada. A través de esto el código de la heteronormatividad ha quedado pretendidamente grabado en las personas, y con ello, a los homosexuales se les marginaliza. Además, se ha arraigado un pensamiento dicotómico, que no permite ver más allá, ya que la orientación sexual se considera un continuo que va desde las relaciones exclusivamente heterosexuales a las exclusivamente homosexuales, en vez de plantear la orientación sexual como una disyuntiva entre dos opciones excluyentes. Si a esto se le suma la cantidad de paradigmas instaurados a nivel cultural respecto a la sexualidad, como la idea que las relaciones sexuales tienen como fin único la reproducción, entonces se puede decir que también se vive inmerso en una realidad de la que no es fácil librarse. En la sociedad guatemalteca existe y ha existido el temor a ser diferente, a no ser aceptado por la sociedad. Por esto mismo los HSH suelen invisibilizarse y recurrir a conductas de riesgo (v.gr. consumo de drogas, conductas sexuales inseguras y poco saludables), lo cual aumenta su probabilidad de sufrir enfermedades físicas y/o psicológicas (Toro-Alfonso, 2017:167-169).

El objetivo general de este estudio fue conocer la incidencia que tiene el estigma percibido y las conductas de riesgo en la calidad de vida percibida de los hombres que tienen sexo con hombres adultos de la Ciudad de Guatemala. Los objetivos específicos fueron explorar si el estigma percibido predice en algún porcentaje la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala; y explorar si las conductas de riesgo predicen en algún porcentaje la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala. Para lograr alcanzar dichos objetivos se establecieron tres hipótesis, las cuales se irán presentando junto a su respectivo análisis. La muestra del estudio, a pesar de no haber sido probabilística, representa un hallazgo interesante por sus características específicas. A pesar que los resultados de la muestra del estudio no son generalizables a todos los HSH de Guatemala, permite visibilizar qué variables influyen en su calidad de vida para enriquecer el conocimiento de este fenómeno.

En el estudio participaron un total de 128 HSH de la Ciudad de Guatemala que son usuarios del Colectivo Amigos Contra El Sida (CAS). El 50% de los participantes de este estudio tenían entre 22-31 años; son catalogados como adultos emergentes. Esta etapa se caracteriza por la experimentación y la exploración. En este punto del desarrollo, muchos individuos aún están buscando la trayectoria profesional que desean seguir,

el tipo de identidad que quieren y el estilo de vida que les gustaría adoptar (v.gr. permanecer soltero, convivir con alguien o casarse). Las nuevas libertades y responsabilidades propias de la adultez emergente suponen cambios muy importantes para las vidas de los individuos. Estos cambios implican la aceptación de la responsabilidad personal, la toma de decisiones independientes y la obtención de la independencia económica con respecto a los padres. El consumo de alcohol y otras drogas de forma excesiva y en un breve espacio de tiempo es característico de esta etapa del ciclo vital. Por otra parte, los adultos emergentes se caracterizan por ser sexualmente activos y mantener contactos sexuales de riesgo, lo cual se relaciona con el alto consumo de drogas durante este estadio y con el desarrollo cognitivo. La adultez emergente se caracteriza por el pensamiento abstracto, sin embargo, durante esta etapa la toma de decisiones se ve afectada por el escaso control de impulsos (Barrera-Herrera y Vinet, 2017:47-56).

Por lo tanto, dichas características de la adultez emergente podrían explicar la cantidad más alta de usuarios de esta edad, primordialmente por las conductas de riesgo que se mantienen en esta etapa desde el punto de vista sexual y de consumo de sustancias. Esto está estrechamente relacionada a la mayor detección de casos positivos de VIH durante esta etapa del ciclo vital, sin embargo, se detectan más tempranamente los casos positivos, lo cual podría deberse al incremento de las campañas que impulsan la realización de pruebas de VIH. La detección temprana, el monitoreo y la medicación permite que se tenga una buena calidad de vida (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, 2014:76). Sin embargo, es necesario continuar trabajando en desestigmatizar el VIH, ya que la calidad de vida de muchos HSH se podría mejorar al disminuir la probabilidad de infección de VIH y otras ITS. Esto se refleja en que únicamente el 25.00% de los participantes positivos le ha revelado su condición positiva de VIH a su pareja y a sus amigos. Es necesario trabajar en relación a este tema, ya que se verían beneficiados al mantener una red de apoyo más amplia, en lugar de lidiar únicamente ellos mismos con su diagnóstico; esto mejoraría de igual forma su calidad de vida.

Por otra parte, es importante destacar que los HSH no se limitan a quienes se definen como homosexuales, lo cual se hizo evidente en la muestra del estudio porque todos han mantenido prácticas sexuales con otro hombre a pesar que el 4.69% se define como heterosexual, el 26.56% como bisexual y el 68.75% como homosexual; evidenciando que la categoría epidemiológica HSH no se puede reducir a hombres homosexuales. La sociedad guatemalteca continúa estigmatizando y discriminando las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual. El 40.63% le ha revelado a su pareja su orientación sexual, el 64.06% a su familia, el 81.25% a sus amigos, el 34.38% a su jefe, el 40.63% a sus compañeros de trabajo y el 4.69% no le ha revelado su orientación sexual a nadie. Estos datos demuestran que los participantes se sienten más cómodos revelando su orientación sexual a los amigos que a la familia. La familia es la que inculca la heteronormatividad, lo cual podría explicar la dificultad e incomodidad en relevar dicha información. Adicionalmente, la poca de revelación de la orientación sexual en el ámbito laboral (jefe y compañeros de trabajo) podría explicar la violación de derechos en el contexto laboral ocasionada por factores relacionados a la orientación sexual, reportada en investigaciones (Cloete *et al.*, 2008:1103).

La hipótesis uno fue: “existe una relación entre calidad de vida percibida, estigma percibido y conductas de riesgo que mantienen los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala”. La hipótesis nula uno se rechazó, y se aceptó la hipótesis alternativa. Por lo tanto, con base a los resultados obtenidos de la muestra, se estableció que existe una correlación significativa entre el estigma percibido y la calidad de vida percibida ($r = .83$). La importancia de este resultado radica en que la calidad de vida se ve influida por el estigma aumentando la probabilidad en los HSH de experimentar ansiedad, depresión, pérdida de apoyo, aislamiento, dificultades con la dinámica familiar, violencia emocional o física (Ruiz-Torres, 2007:53). Además, la percepción social de todas aquellas prácticas sexuales diferentes a las heterosexuales son vistas como “anormales”. Como resultado de dicha percepción de rechazo los HSH mantienen una mayor distancia social y un menor sentido de pertenencia social, lo cual puede explicar en cierta medida la disminución de la calidad de vida en esta población (Toro-Alfonso, 2017: 173). Todo esto se ve reflejado en la sociedad guatemalteca, la cual ha estigmatizado, discriminado y rechazado a la población HSH, primordialmente porque se ha instaurado un sistema hetero-patriarcal, que genera y promueve la inequidad entre heterosexuales y hombres que tienen sexo con hombres, especialmente los HSH que se definen como homosexuales. En respuesta a esta situación, muchos HSH deciden vivir en el anonimato; el estigma y la etiqueta que la sociedad les impone los obliga a renunciar a muchos anhelos, vedándoles la oportunidad de revelarse, reprimiendo su personalidad y ocultando su orientación sexual como si fuese un pecado, lo cual tiene un impacto en su calidad de vida.

En relación a las conductas de riesgo, se determinó que también existe una correlación significativa entre las conductas de sexo seguro y la calidad de vida percibida ($r = .44$), es decir, entre más conductas de sexo seguro se practiquen, mayor es la calidad de vida. Mantener prácticas de sexo seguro disminuye la probabilidad de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Dichas prácticas permiten llevar un estilo de vida más saludable (Estrada-Montoya, 2014:54). Por otra parte, existe una correlación negativa entre el consumo de alcohol y la calidad de vida percibida ($r = .32$), es decir, entre menos alcohol consume un HSH, mayor calidad de vida tiene. Los datos del consumo de alcohol fueron los únicos que se distribuyeron de forma normal, lo cual se debe a que el consumo es más uniforme entre la muestra, mientras que la variación de consumo de las otras sustancias es más grande. A pesar que el patrón de consumo de alcohol es consistente entre los HSH (Folch *et al.*, 2010:43), no implica que el alcohol es la única droga que consumen los HSH sino que el patrón de consumo es más consistente, mientras que de las demás drogas no lo es.

La hipótesis dos fue: “el estigma percibido y las conductas de riesgo predicen el nivel de calidad de vida percibida por los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala”. La hipótesis tres fue: “las conductas de riesgo predicen significativamente el nivel de calidad de vida percibida por los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala”. Las hipótesis nulas dos y tres se rechazaron, y se aceptaron las hipótesis alternativas. Se lograron establecer modelos de regresión lineal que predicen la calidad de vida de la muestra del estudio. El estigma

percibido total predice en un 68.5% la calidad de vida de la muestra. Sin embargo, los porcentajes de explicación de las dimensiones inclusión social y derechos, de forma independiente, sobre la variación de los datos de la calidad de vida percibida total son: inclusión social (IS) 52.0% y derechos (DE) 47.5%. Es decir, el nivel de predicción es mayor cuando se unen las dos dimensiones que constituyen la variable estigma percibido.

En relación a las conductas de riesgo y la calidad de vida, se pudieron establecer dos modelos de regresión lineal simple. Por un lado, las conductas de sexo seguro predicen en un 19.4% la calidad de vida de la muestra. Por otro lado, el consumo de alcohol predice 10.5% de la calidad de vida de la muestra. No se pudo establecer más modelos de regresión simple con las demás drogas, debido a que los datos de las demás drogas no se distribuyen de forma normal. Estos porcentajes de predicción de la calidad de vida de estos participantes podrían explicarse por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el 75% de la muestra: la adultez emergente debido a que constituye una etapa de exploración (Barrera-Herrera y Vinet, 2017:47-56). Los adultos emergentes mantienen un elevado consumo de alcohol y otras drogas, son sexualmente activos y tienen contactos sexuales de riesgo por el consumo de sustancias y por la impulsividad que los caracteriza.

Por otra parte, el nivel de predicción del estigma percibido podría deberse al contexto guatemalteco en el cual viven los participantes del estudio: contexto machista, homofóbico y estigmatizador ante todo aquello que se salga de la norma social. Las prácticas sexuales de un HSH no encajan con lo esperado para la sociedad, lo cual se traduce a un atributo indeseable, profundamente desacreditador que los vuelve en personas diferentes de las demás (HIVOS, 2012:12). El término masculinidad hegemónica permite comprender mejor esto. Existen diferentes formas de masculinidad, ya que los hombres no son un bloque homogéneo y coherente. Sin embargo, la hegemonía masculina es la superioridad que se enmarca en la doctrina religiosa, en la ideología política o social, en el contenido de los medios de comunicación masivos, el diseño de los hogares y las políticas de bienestar de los estados, que conllevan a estigmatizar a los HSH (Schongut, 2012:27-65).

Por otra parte, cabe mencionar que en Guatemala se han realizado estudios con las variables evaluadas en esta investigación, sin embargo, este estudio permitió comprender otras dimensiones de las variables. Los resultados de este estudio evidenciaron el patrón de consumo de cada sustancia evaluada en la muestra. Por otra parte, permitió conocer más sobre el estigma percibido relacionado a ser HSH, para conocer en qué medida se han violado sus derechos y se han sentido excluidos socialmente por ser HSH (USAID/PASCA, 2016:14). Debido a que los HSH constituyen una población clave para el control de la epidemia del VIH, la mayoría de los estudios giran en torno a este tema (Guardado-Escobar, Ortega y García, 2017:90), sin embargo, es importante tener presente que la condición de VIH y el estigma hacia el VIH no son los únicos factores que determinan la calidad de vida en un HSH.

Los hallazgos de este estudio apoyan los hallazgos encontrados por otros autores, primordialmente la correlación que existe entre las conductas de riesgo, el estigma y la calidad de vida en la población HSH. Los resultados también apoyan lo encontrado por otros estudios relacionado al patrón de consumo consistente de alcohol, las conductas sexuales inseguras y el estigma del cual es objeto esta población por las prácticas sexuales que mantienen, por lo cual son adecuados predictores de la calidad de vida percibida en esta población clave (Cloete *et al.*, 2008:1106; Ruiz-Torres *et al.*, 2007:3; Guardado-Escobar, Ortega y García, 2017:71).

En resumen, es necesario tomar en cuenta las variables de estigma percibido, las conductas de riesgo (específicamente las prácticas sexuales y el consumo de sustancias) para comprender más integralmente la calidad de vida de los HSH y para establecer intervenciones basadas en evidencia en el ámbito de salud para promover estilos de vida más saludables desde un enfoque holístico. La población HSH percibe un ambiente de rechazo por sus grupos de apoyo, por lo cual internalizan este rechazo y lo convierten a menudo en conductas autodestructivas que afectan su calidad de vida. Los profesionales de la psicología deben estar conscientes que el estigma asociado con la salud mental tiene un impacto negativo, no solo entre aquellos con problemas de salud mental, sino en toda la sociedad, pues desalienta el que las personas busquen ayuda para sus problemas emocionales. Sin embargo, dichos profesionales deben revertir los efectos del estigma y el rechazo. El apoyo psicoterapéutico puede ser de mucha utilidad para la población HSH y sus familias, como medio para el empoderamiento y fortalecimiento de la diversidad, construyendo así su principal red de apoyo, lo cual favorecería su calidad de vida.

VII. CONCLUSIONES

- Existe una relación significativa positiva entre el estigma percibido y la calidad de vida percibida por los HSH que participaron en el estudio; a mayor puntuación en las dimensiones que miden el estigma percibido, mayor puntuación en la escala total de calidad de vida de la escala GENCAT.
- Existe una relación significativa positiva entre las conductas de sexo seguro y la calidad de vida percibida por los HSH de la muestra; a mayor puntuación en el cuestionario SSBQ, mayor puntuación en la escala total de calidad de vida de la escala GENCAT.
- Existe una relación significativa negativa entre el consumo de alcohol y la calidad de vida percibida por los HSH de la muestra; a mayor puntuación en la escala de alcohol de la escala ASSIST, menor puntuación en la escala total de calidad de vida de la escala GENCAT.
- Existen tres modelos de regresión lineal para las variables de investigación de esta muestra. El primer modelo establece que el estigma percibido predice en un 68.5% la calidad de vida percibida por los HSH de la muestra. El segundo modelo expone que las conductas de sexo seguro predicen en un 19.4% la calidad de vida de los HSH de la muestra. El tercer modelo establece que el consumo de alcohol predice 10.5% de la calidad de vida de los HSH de la muestra.
- A pesar de que sí hay consumo de drogas dentro de la muestra, únicamente el patrón de consumo de alcohol se distribuye de forma normal. Por lo tanto, no se pudo establecer modelos de regresión simple con las demás drogas evaluadas.
- La metodología utilizada, mediante un diseño de investigación de tipo transversal, correlacional, con un enfoque cuantitativo, fue efectiva porque permitió responder la pregunta de investigación y determinar si se rechazaban o no las hipótesis establecidas. El análisis descriptivo de las variables e instrumento, y el análisis de correlaciones entre las variables de investigación facilitaron el establecimiento de modelos de regresión lineal para determinar en qué porcentaje el estigma percibido y las conductas de riesgo predicen la calidad de vida percibida en la muestra.
- La investigación brindó un aporte contextualizado para la comprensión de la calidad de vida percibida de los HSH adultos de la Ciudad de Guatemala, a través de su relación con las conductas de riesgo y el estigma percibido. Los resultados muestran que dichas variable aportan a la predicción de la calidad de vida percibida en esta población vulnerable. Por lo tanto, al estudiar la calidad de vida percibida de los HSH no se puede limitar a determinar si poseen o no una condición de VIH positiva.

VIII. RECOMENDACIONES

A. Políticas públicas

- Actualmente existe únicamente una ley que incluye indirectamente a los HSH guatemaltecos en temas de salud. La Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA (Decreto 27-2000) declara al VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional y crea el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA como ente gubernamental responsable de la educación, prevención, investigación y seguimiento del VIH, garantizando el respeto y la promoción de los derechos humanos de las personas que viven con VIH e ITS en el país (Fundación Fernando Iturbide, 2011:6). Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, la calidad de vida de un HSH no se limita a su condición de VIH. Abarca factores físicos, emocionales, conductuales, económicos, culturales, ambientales y legales. En Guatemala, es necesaria una política pública que reconozca el derecho inalienable de todas las personas a no ser discriminadas por causa de su orientación sexual. Es indispensable que las leyes guatemaltecas evolucionen como las de otros países; la Unión Europea y Tratado de Lisboa establecieron que “la orientación sexual constituye una de las causas expresamente prohibidas de discriminación, por lo que cualquier medida fundada en dicha causa, deberá superar juicio estricto que justifique el trato diferenciado, argumentando así su constitucionalidad” (Toro-Alfonso, 2017:171). La ausencia de legislación que proteja a los HSH ha provocado que sea la sociedad quien tome ventaja de esta situación y se convierta en la principal responsable del sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de personas HSH.
- Es necesario que en Guatemala se comience a implementar un modelo de salud preventiva e integral, impulsando el paradigma de promoción de salud para dejar de intervenir únicamente cuando los problemas ya han aparecido. Para esto es necesario implementar modelos de trabajo de salud transdisciplinaria, en donde trabajen realmente en conjunto los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros profesionales de la salud.

B. Para el centro Colectivo Amigos Contra El Sida

- El trabajo con la sociedad es fundamental, debido a la presión desmesurada que ejerce contra la diversidad. Esto se puede realizar mediante campañas de sensibilización y concientización contextualizadas a la sociedad guatemalteca para erradicar el estigma y la discriminación hacia los HSH. A través de dichas campañas se podría concientizar sobre cómo la sociedad en general da por sentado que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida, normal y socialmente aceptada, arraigando en las personas el código de la heteronormatividad, lo cual ha ocasionado que los HSH se aíslen para evitar agresiones físicas y psicológicas. Adicionalmente, es necesario incluir en las campañas

publicitarias la promoción de la calidad de vida, incluyendo material educativo sobre el consumo de drogas y las conductas sexuales seguras.

- La promoción de espacios para que los HSH puedan trabajar terapéuticamente tanto individualmente como grupalmente el estigma y la discriminación de la que son objetos a través de sesiones individuales y/o programas estructurados y semiestructurados.

C. Para los profesionales del ámbito de salud

- Tomar en cuenta los resultados de este estudio para realizar intervenciones basadas en evidencia y adaptarlas a un modelo de atención combinada en salud, es decir, que todos los profesionales aborden desde su puesto de trabajo el estigma percibido, el consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo para promover una mejor calidad de vida. Los esfuerzos y programas a favor de las personas HSH deben estar enfocados en la promoción de la resiliencia. El apoyo de los profesionales de la salud, la visibilidad y la empatía constituyen factores que promueven la resiliencia y el bienestar, por lo cual es necesario incluirlos en los modelos de salud guatemalteca. Es necesario que el equipo de profesionales de salud, a todo nivel, es decir, los recepcionistas, las enfermeras, los trabajadores sociales, los psicólogos, los psiquiatras y los médicos sean conscientes del aporte que pueden hacer desde su puesto de trabajo en favor de la promoción de hábitos más saludables, para lo cual la psicoeducación sobre el consumo de drogas y las prácticas sexuales es indispensable al trabajar con la población HSH. De esta manera se podrá implementar un verdadero modelo de salud transdisciplinario.
- En el caso de los psicólogos, es necesario realizar intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la calidad de vida a través del abordaje del estigma percibido, el consumo de drogas y la promoción de conductas sexuales más saludables y seguras. Las intervenciones deben ser basadas en evidencia contextualizada para evitar copiar modelos de otros países que no ajustan adecuadamente a las propias variables contextuales. En esta población vulnerable es necesario trabajar desde el ámbito terapéutico: la capacidad para confrontar la homofobia internalizada, la expresión de emociones (v.gr. coraje, tristeza, enojo), la aceptación y apoyo familiar, el contacto con otros miembros de la comunidad HSH. Los HSH deben educarse y educar a otros para transformar mentalidades y así construir su propio discurso. Los psicólogos deben crear un camino para que el paso hacia la aceptación sea más seguro.

D. Para futuros investigadores

- Realizar más estudios que permitan comprender aún más la calidad de vida percibida de los HSH en Guatemala. Se sugiere ampliar el estudio de variables implicadas en la calidad de vida percibida de un HSH, incluyendo más conductas de riesgo (v.gr. cantidad de parejas sexuales).
- Sería beneficioso incluir algunas preguntas cualitativas para poder profundizar más en el análisis (v.gr. historias de vida o grupos focales).

- Replicar este estudio con un muestro probabilístico para poder generalizar los datos obtenidos. Se podrían incluir varias clínicas de atención a HSH para poder alcanzar a más sujetos de estudio.
- Explorar la correlación y el porcentaje de explicación de cada una de las drogas evaluadas a través de la prueba ASSIST sobre la variación de los datos de la calidad de vida percibida total.
- Realizar un análisis de los resultados de los HSH con condición de VIH positiva y los HSH con condición de VIH negativa para determinar si existiría una variación.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggarwal, Vikas. 2008. «Psychosocial Aspects of Patients Living with HIV/AIDS (PLHA)». *Delhi Psychiatry Journal*. 11(2): 174-176.
- Barrera-Herrera, Ana y E. Vinet. 2017. «Adulthood Emergent and cultural characteristics of the stage in Chilean university students». *Terapia psicológica*. 35(1), 47-56.
- Barrientos, Jaime y M. Cárdenas. 2013. «Homophobia and quality of life of gay and lesbians: a psychosocial perspective». *Psyche*. Santiago. 22(1): 3-14.
- Bonello, Kristoff y M. Cross. 2009. «Gay monogamy: I love you but I can't have sex with only you». *Journal of Homosexuality*. 57(1): 117-139.
- Cáceres, Carlos; V. Terto y M. Pecheny. 2002. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción: Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. UPCH/ONUSIDA. 226 págs.
- Cloete, Allanise, et al. 2008. «Stigma and discrimination experiences of HIV-positive men who have sex with men in Cape Town, South Africa». *AIDS care*. 20(9): 1105-1110.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. 2008. *Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen Sexo con otros Hombres*. Colección Estudios. 151 págs.
- Dilorio, Colleen. 1993. *The Safe Sex Behavior Questionnaire (SSBQ)*.
- Estrada-Montoya, John. 2014. «Hombres que tienen sexo con hombres (hsh): reflexiones para la prevención y promoción de la salud». *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26): 44-57.
- Field, Andy. 2009. *Discovering Statistics Using SPSS. And sex and drugs and rock 'n' roll*. 3a ed. London: SAGE Publications. 822 págs.
- Folch, Cinta, et al. 2010. «Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña». *Gaceta Sanitaria*, 24(1): 40-46.
- Fundación Fernando Iturbide. 2011. *Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH*. Guatemala: 82 págs.
- Guardado-Escobar, María., S. Ortega y Z. García. 2017. *Medición de prevalencia, comportamiento, actitudes y prácticas en poblaciones de mayor riesgo al VIH- Sida en Guatemala, 2017. TEPHINET, HIVOS, MSPAS*. 226 págs.
- Guzmán, Rodrigo, et al. 2013. «Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México». *Psicología y salud*, 22(2): 163-172.

- HIVOS. 2012. *Estudio diagnóstico de estigma y discriminación hacia personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS)*. Guatemala: Fondo Mundial. 130 págs.
- Jiménez, Julio, *et al.* 2011. «HIV-related felt stigma among Puerto Ricans living with HIV/AIDS. A focus group study». *Revista Interamericana de Psicología*. 45 (3): 331-338.
- Juárez-Ramírez, Clara, *et al.* 2014. «La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes». *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4): 284-290.
- Koblin, Beryl, *et al.* 2003. «High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities: Baseline data from the EXPLORE Study». *American journal of public health*, 93(6): 926-932.
- Koblin, Beryl, *et al.* 2006. «Risk factors for HIV infection among men who have sex with men». *Aids*, 20(5): 731-739.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. *Manual para uso en la atención primaria: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 73 págs.
- Organización Mundial de la Salud. Conductas de riesgo. http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [22.03.18]
- Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA (PNS). 2014. *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra el VIH y sida*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Guatemala. 127 págs.
- Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA (PNS). 2015. *Evaluación Final del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida 2011-2015*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Guatemala. 94 págs.
- Raosoft. *Sample size calculator*. <http://www.raosoft.com/samplesize.html> [22.03.18].
- Remien, Robert y J. Rabkin. 2001. «Psychological aspects of living with HIV disease». *Western Journal of Medicine*. 175(5): 332-335.
- Ruiz-Torres, Yamilette, F. Cintrón-Bou y N. Varas-Díaz. 2007. «AIDS-Related Stigma and Health Professionals in Puerto Rico». *Ineramerican Journal of Psychology*. 41(1): 49-56.
- Schongut, Nicolas. (2012). «La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia». *Psicología Conocimiento y Sociedad*. 2(2): 27-65.
- Toro-Alfonso, José. 2017. *Sexualidad y género*. Guatemala: Cholsamaj. 280 págs.
- USAID/PASCA. 2016. *Estigma y Discriminación asociados al VIH: Encuesta de opinión pública. Informe de país*. Guatemala. 34 págs.

- Varas-Díaz, Nelson y J. Toro-Alfonso. 2007. «Similar Epidemics with Different Meanings: Understanding AIDS Stigma from an International Perspective». *Interamerican Journal of Psychology*. 41(1): 1-6.
- Verdugo, Miguel, *et al.* 2008. *Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: INDICA. 80 págs.

X. ANEXOS

A. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Consentimiento informado para participantes de la investigación “Conductas de riesgo y estigma percibido, y su incidencia en la calidad de vida de hombres que tienen sexo con hombres en la Ciudad de Guatemala”

Estimado participante:

El propósito de este consentimiento es brindarle una explicación de la naturaleza de la investigación y su rol dentro de la misma. La investigación es conducida por Melanie Klie Pérez, estudiante de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, como parte del trabajo de graduación (tesis), el cual está siendo asesorado por M.A. María Alejandra Auyón, catedrática y supervisora de prácticas clínicas-salud del Departamento de Psicología de la misma universidad. El objetivo de la investigación es adquirir más conocimientos sobre la relación de las siguientes variables: conductas de riesgo, estigma percibido y calidad de vida. La información se recopilará a través de escalas estructuradas para poder analizar estadísticamente los datos e interpretarlos.

Si usted accede a participar en esta investigación, deberá responder tres escalas breves; esta aplicación tendrá una duración aproximada de 20 minutos. A lo largo de la aplicación de las escalas estaré disponible para apoyarle con cualquier duda o pregunta que le surja. La participación es voluntaria, por lo que usted tiene el derecho de negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de explicar sus razones.

La información que se recopilará en este estudio será confidencial, es decir, no se compartirá ningún dato suyo en ningún momento, únicamente se utilizará el código que se encuentra arriba de cada escala que llenará para identificar que pertenecen a la misma persona. La investigadora y su asesora serán las únicas que tendrán acceso a la información. La información será utilizada exclusivamente para propósitos de este estudio. Los resultados finales se le entregarán en una copia física al Colectivo Amigos Contra El Sida.

Si tiene alguna duda o comentario sobre este estudio o desea obtener los resultados de forma personal, puede comunicarlo en cualquier momento durante su participación o puede contactarse con la investigadora al correo kli14122@uvg.edu.gt y/o con su asesora al teléfono 23688341 o al correo maauyon@uvg.edu.gt.

¡Muchas gracias por su participación!

Después de haber leído el consentimiento de esta investigación, acepto participar voluntariamente en el estudio. Me han informado sobre el objetivo de la investigación y me han dado la oportunidad para resolver cualquier duda. Reconozco que la información que yo provea en las escalas será utilizada como parte de un trabajo de graduación (tesis) y será utilizada únicamente con fines para dicho proyecto. He recibido copia de este consentimiento.

Iniciales del participante: _____

Firma o huella: _____

Fecha: Guatemala, _____ de _____ del 2018.

B. Datos sociodemográficos



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



En esta sección deberá completar sus datos sociodemográficos.

Edad: _____

Sexo:

Hombre

Mujer

Otro especifique: _____

Orientación sexual:

Heterosexual

Homosexual

Bisexual

Otro especifique: _____

Estado civil:

Soltero

Casado

Unido

Divorciado

Separado

Viudo

Escolaridad

Primaria completa

Primaria incompleta

Básico completo

Básico incompleto

Diversificado completo

Diversificado incompleto

Universitario completo

Universitario incompleto

No asistió a la escuela

Profesión actual: _____

Residencia:

Urbana

Departamento: _____

Rural

¿Quiénes conocen su orientación sexual? (puede marcar varias opciones)

Pareja

Familia

Amigos

Jefe

Compañeros de trabajo

Ninguno

Condición VIH: _____

Tiempo de ser positivo: _____

¿Quiénes conocen su diagnóstico? (puede marcar varias opciones)

Pareja

Familia

Amigos

Jefe

Compañeros de trabajo

Ninguno

Tiempo de ser usuario de CAS: _____

C. Escala GENCAT



GENCAT. Escala de Calidad de Vida

Instrucciones

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR lo describa y no deje ninguna cuestión en blanco.

No es necesario que sume las puntuaciones.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

BIENESTAR MATERIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

DESARROLLO PERSONAL

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</p>					

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma (en caso toma).	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.</p> <p>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</p> <p>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.</p> <p>ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p>					

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

INCLUSIÓN SOCIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

D. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)



OMS – ASSIST V3.0

Instrucciones

Debe contestar algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas.

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). En esta escala no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

PREGUNTA 1

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*

		No	Sí
A	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
J	Otros - especifique:	0	3

Compruebe, si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"
 Si contestó "No" a todos los ítems, diríjase al último cuestionario (SSBQ).
 Si contestó "Sí" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

PREGUNTA 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

		Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
J	Otros - especifique:	0	2	3	4	6

*Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.
Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.*

PREGUNTA 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

		Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	4	5	6
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
J	Otros - especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?

		Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
J	Otros - especifique:	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

		Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A	Tabaco					
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
J	Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Conteste las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

		No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
A	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
J	Otros - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?

		No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
A	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
B	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
C	Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
D	Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
E	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
F	Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
G	Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
H	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
I	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
J	Otros - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 8

	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

Si se ha inyectado drogas en los últimos 3 meses, conteste la frecuencia en que lo ha hecho (marque con una "x" la opción que describa mejor la frecuencia):

PATRÓN DE INYECCIÓN		GUÍAS DE INTERVENCIÓN
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos	→	Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos	→	Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

E. The Safe Sex Behavior Questionnaire (SSBQ)



SSBQ Spanish: Cuestionario de Conducta de Sexo Seguro (Dilorio, et al., 1993)

Por favor lea las frases acerca de la práctica del sexo. Luego responda cada pregunta marcando uno solo de los círculos debajo de las cuatro categorías disponibles.

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Le pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mi pareja y yo usamos lubricante y condón cada vez que tenemos relaciones sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas intravenosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados o con llagas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Insisto en examinar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de llagas, cortes, o heridas abrasivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	A veces	La mayoría del tiempo	Siempre
14. Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o similar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Uso guantes de goma durante los juegos sexuales cuando mis manos presentan cortes o abrasiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Practico sexo anal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Practico sexo anal sin usar condón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. Certificado de ética

