

# Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México

## Internalized oppression and high-risk sexual practices among homosexual and bisexual males, Mexico

Luis Ortiz Hernández y María Isabel García Torres

Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco, México

### Descriptores

Homosexuales. Género. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Condones. Actividad sexual. Bissexuales. Homofobia internalizada. Estigma. Ocultamiento.

### Resumen

#### Objetivo

Analizar la relación entre prácticas sexuales de riesgo para infección por VIH y la opresión que éstos han internalizado debido al prejuicio y discriminación que se enfrentan varones bissexuales y homosexuales.

#### Métodos

Estudio observacional, transversal, y analítico. Entre septiembre y noviembre del 2001 se aplicó un cuestionario a 318 hombres que acudieron a organizaciones e instituciones ubicadas en la Ciudad de México. Las variables indagadas fueron: homofobia internalizada, percepción del estigma, ocultamiento y prácticas sexuales en los seis meses previos a la encuesta. Mediante modelos de regresión logística se estimó la relación (odds ratios) de las formas de opresión internalizada con las prácticas sexuales de riesgo, ajustando por variables confusoras.

#### Resultados

De los entrevistados, 256 habían tenido por lo menos una relación sexual en los últimos seis meses, 50 respondieron no haberlas tenido y 12 no contestaron esta pregunta. Más del 30% de los varones no había utilizado preservativo cuando habían tenido sexo insertivo o receptivo. La homofobia internalizada se asoció con mayor riesgo de consumo de drogas antes o durante las relaciones sexuales, sexo insertivo sin condón, sexo receptivo sin condón y el tragar semen de otros hombres.

#### Conclusiones

Sigue siendo frecuente la adopción de prácticas sexuales de riesgo entre los varones bi y homosexuales. De las tres formas de opresión internalizada que se investigaron, la que se asoció con mayor probabilidad de prácticas sexuales de riesgo fue la homofobia internalizada. Esta información puede ser incorporada en el diseño de programas de promoción de uso de condón entre varones bi y homosexuales.

### Keywords

Homosexual. Gender. Acquired immunodeficiency syndrome. Condoms. Sex activity. Bisexual. Internalized homophobia. Stigma. Concealing.

### Abstract

#### Objective

To assess the relationship between engaging in high-risk sexual practices for HIV infection and the internalized oppression of homo and bisexual males due to the prejudice and discrimination they face.

### Correspondencia/ Correspondence:

Luis Ortiz Hernández  
Departamento de Atención a la Salud  
UAM Xochimilco  
Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud  
04960 Coyoacán, México  
E-mail: lortiz@correo.xoc.uam.mx

Recibido en 26/7/2004. Reapresentado en 20/6/2005. Aprobado en 22/7/2005.

### **Methods**

*An observational cross-sectional study was carried out between September and November 2001. A questionnaire was applied to 318 males who sought services and institutions in Mexico City. The studied variables were: internalized homophobia, perception of stigma, concealing sexual orientation, and sexual practices in the six months prior to the survey. The relationship (odds ratios) between forms of internalized oppression with high-risk sexual practices was estimated using logistic regression models adjusted for confounders.*

### **Results**

*Of all respondents, 256 reported having had at least one sexual relationship in the last six months, 50 reported having none, and 12 did not answer this question. More than 30% had not used condoms when they engaged in insertive or receptive anal sex. Internalized homophobia was associated with higher risk of drug consumption before or during sexual encounters, unprotected insertive/receptive anal sex, and swallowing semen from other men.*

### **Conclusions**

*Engaging in high-risk sexual practices is still frequent among homo and bisexual males. Of the three forms of internalized oppression studied, homophobia was associated with higher high-risk sexual practices. This information may be incorporated into the design of programs for promoting condom use among homo and bisexual males.*

## **INTRODUCCIÓN**

Se estima<sup>22</sup> que la “transmisión sexual ha sido la causante del 89.7% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 57.7% corresponden a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 42.3% a heterosexuales” en México, para noviembre del 2003. Aunque en los últimos años ha existido una reducción en los casos de VIH/SIDA entre varones bi y homosexuales (BH), se ha mostrado que esa disminución es artificial y se debe al incremento de los casos en los que no se registra la forma de transmisión.<sup>10</sup> Esto cobra especial relevancia toda vez que en 1998 el SIDA fue la cuarta causa de muerte entre los varones de 25 a 34 años.<sup>22</sup>

Una característica de investigaciones de la década de ochenta es que exclusivamente se han enfocado al estudio de la relación entre infección por VIH y prácticas sexuales de varones BH (e.g. relación de pareja homosexual inestable, contratación de sexoservidores, introducción de objetos por el ano, relaciones sexuales con extranjeros o desconocidos, asistencia a baños de vapor o bares “gay”).<sup>9-11</sup> En un primer acercamiento, es lógico este interés de las investigaciones sobre VIH/SIDA en las prácticas sexuales, ya que el contacto sexual es el principal mecanismo de transmisión de la enfermedad entre varones. Sin embargo, es necesario precisar que la infección se origina por el contacto con el virus y no por las prácticas sexuales en sí mismas. La cuestión que se plantea como indispensable entonces, es avanzar en la investigación de aquellos elementos socioculturales que determinan que una persona tome o no medidas preventivas eficaces, como el uso de condón.<sup>17</sup>

La opresión de los varones BH se debe a su orien-

tación sexual, la cual contraviene el heterosexismo, pero también porque en ocasiones transgreden los estereotipos de género.<sup>16</sup> En su niñez los BH aprenderán los significados negativos asociados con la homosexualidad y la transgresión de los estereotipos de género (TEG), para posteriormente aplicarlos a ellos mismos. De esta forma, los BH incorporan en su autoimagen los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y los homosexuales. Esto provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad y a la homosexualidad de otros y hacia su TEG y a la de otros. Esta situación ha sido definida como homofobia internalizada. Hasta ahora, la homofobia internalizada ha sido conceptualizada solamente como actitud negativa de los BH hacia su homosexualidad. Los individuos internalizan los prejuicios contra la homosexualidad junto con los prejuicios contra la TEG y los conciben como uno solo.<sup>16</sup> La actitud negativa a la TEG puede evidenciar un mecanismo psicológico mediante el cual se marca un límite que separa simbólicamente al individuo del grupo estigmatizado.<sup>5</sup>

La percepción del estigma por homosexualidad se refiere a las expectativas que los BH tienen sobre las posibles actitudes y reacciones que pueden tener otras personas debido a su orientación sexual.<sup>15</sup> Por lo regular los BH con estigma esperan que las otras personas reaccionen negativamente cuando conozcan su orientación sexual, por ello los BH permanentemente se auto-vigilan para no realizar ninguna acción que pueda evidenciar su orientación sexual, situación que puede generar tensión y angustia. En el ocultamiento el individuo modifica su apariencia física y sus comportamientos con el fin de invisibilizar su homosexualidad o las expresiones que considera pue-

den implicar una TEG. El ocultamiento es producto de tres factores que pueden o no ocurrir simultáneamente: a) homofobia internalizada, b) percepción del estigma y c) la existencia de personas que muestran expresiones de homofobia o de actitudes negativas hacia la TEG.

Considerando lo anterior, el objetivo del estudio fue analizar la relación entre prácticas sexuales de riesgo para infección por VIH en varones BH y la opresión que éstos han internalizado debido al prejuicio y discriminación que se enfrentan. En países industrializados existe cierta tradición de este enfoque analítico;<sup>7,14,19,20,23,24</sup> sin embargo, existen pocas experiencias en América Latina.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, y analítico. Respecto a la población estudiada, se ha reconocido que es prácticamente imposible hacer una muestra representativa de la población de BH. Esto porque no se cuenta con un marco muestral y a que su orientación sexual está estigmatizada, por tanto se ha recomendado que cuando se estudien muestras por conveniencia de BH se trate de seleccionar una muestra heterogénea.<sup>13</sup>

Por ello, entre septiembre y noviembre del 2001 se aplicó un cuestionario a 318 varones BH que acudieron a diversas organizaciones e instituciones que atienden a esta población y que estaban ubicadas en la Ciudad de México (grupos de activismo o socialización, instituciones religiosas, clínica de VIH/SIDA, café, centro de atención psicológica y escuela de artes). No fue posible estimar la tasa de respuesta debido a que no se contó con un marco muestral, sin embargo, en cada institución entre una a tres personas no aceptaron responder el cuestionario. La seropositividad a VIH no se consideró como criterio de inclusión o exclusión.

El cuestionario fue aplicado por el coordinador del proyecto y cuatro estudiantes de psicología, los cuales previamente fueron capacitados y sensibilizados sobre la importancia de la calidad de la información que debían captar, así como el tipo de problemas a los que se enfrenta la población que se entrevistaría. Para promover que los encuestados proporcionaran información veraz se les explicó las formas en que se mantendría su identidad en anonimato.

Para valorar la homofobia internalizada se utilizó una escala enfocada en la existencia de insatisfacción con ser homosexual y el deseo de convertirse en heterosexual.<sup>14,15</sup> Puntuaciones altas de la escala indican

mayor homofobia internalizada; para agrupar a la población con esta escala se utilizaron terciles de la puntuación obtenida al sumar el valor de cada una de las preguntas. Además de la escala, se formularon preguntas para indagar la existencia de culpa por sentimientos, pensamientos o conductas homosexuales. Considerando que la homofobia internalizada son actitudes negativas a la homosexualidad y la TEG,<sup>16</sup> a los varones BH se les preguntó si experimentaban sentimientos de vergüenza por incurrir en la TEG. En otra pregunta se valoró la actitud de los entrevistados hacia varones que incurrían en la TEG, las opciones fueron clasificadas en: a) actitud positiva a la TEG, incluyéndose las opciones 'son dignos de respeto' y 'otra opinión' y b) actitud negativa hacia la TEG, abarcando las respuestas: 'son una mala imagen de la comunidad homosexual', 'le desagradan y/o le molestan', 'no los quiere tener como amigos', 'ellos deberían tratar de ser más masculinos' y 'lo incomodan'.

Para valorar la percepción del estigma por homosexualidad se adaptaron las preguntas que Link<sup>17</sup> desarrolló para valorar el estigma por enfermedad mental en pacientes psiquiátricos.<sup>15</sup> La escala consiste en 11 preguntas con las cuales se valora la percepción del entrevistado sobre las reacciones que espera que las demás personas tengan hacia los homosexuales o lesbianas. A las opciones de respuesta se les otorgó una puntuación, posteriormente se sumaron los valores de cada pregunta y se formaron tres grupos a partir de terciles. También se averiguó si tenían miedo de que se conociera su orientación sexual. Mediante dos preguntas se indagaron las expectativas de los entrevistados sobre cómo reaccionaría sus familiares y compañeros de escuela y trabajo hacia un homosexual o una lesbiana; se consideró que los entrevistados presentaban estigma cuando respondían que las personas podrían reaccionar con tolerancia o agresión.

Para evaluar la existencia de ocultamiento se averiguó si evitaban mostrar afecto a su pareja del mismo sexo frente a personas heterosexuales y si ocultaban su orientación sexual. Se redactaron dos preguntas para averiguar si los entrevistados trataban de no TEG.

Como variables dependientes se evaluaron prácticas sexuales que están asociadas con la infección por VIH como es el sexo insertivo o receptivo sin condón, otras que implican un riesgo muy bajo de infección (sexo oral)<sup>21</sup> o que se asocian con uso inconsistente de condón como el consumo de alcohol y otras drogas antes o durante las relaciones sexuales.<sup>2</sup> Las preguntas sobre prácticas sexuales asociadas con la infección por VIH se elaboraron tomando como referencia cuestionarios desarrollados dentro de instituciones gubernamentales.<sup>3,4</sup> En el primer ítem se inda-

**Tabla 1** - Características sociodemográficas de varones homosexuales y bisexuales de acuerdo a si tuvieron o no relaciones sexuales. Ciudad de México, 2001.

Variáveis	Tuvo relaciones sexuales		$\chi^2$	p
	Si	No		
Número	256	50		
Edad (years)				
Promedio	30.1	27.4	1.61	0.106
Mínima	15.0	15.0		
Máxima	70.0	62.0		
Estado civil (%)				
Soltero, sin pareja	71.1	84.0	5.30	0.151
Soltero, con pareja	13.7	12.0		
Con pareja y cohabitan	12.1	2.0		
Otros	3.1	2.0		
Escolaridad (%)				
Primaria	3.9	2.0	4.82	0.185
Secundaria	18.8	22.0		
Bachillerato	32.8	46.0		
Licenciatura y posgrado	44.5	30.0		

gaba sí en los últimos seis meses los entrevistados tuvieron relaciones sexuales con varones, entendiendo como relación sexual al contacto entre pene y boca, pene y ano, o boca y ano. Las siguientes preguntas sólo aplicaban en los individuos que tuvieron relaciones sexuales. Se indagó si antes o durante las relaciones sexuales consumieron alcohol, formándose dos grupos: a) sin consumo de alcohol: opciones nunca, casi nunca y poco menos de la mitad de las veces, y b) consumo de alcohol: la mitad de las veces, poco más de la mitad de las veces, la mayoría de las veces y siempre. Se investigó el consumo de drogas distintas al alcohol antes o durante las relaciones sexuales, incluyendo: marihuana, poppers, cocaína, heroína y éxtasis. Se consideró que existió consumo de drogas cuando reportaron el consumo de por lo menos una de las sustancias enlistadas.

Se averiguó el uso de condón cuando tuvieron sexo insertivo o receptivo, clasificándose en: a) uso consistente de condón si respondieron que 'siempre' lo utilizaban o b) uso inconsistente de condón. La última pregunta sobre prácticas sexuales fue la regularidad con la que consumían semen de otros varones, agrupándose las respuestas de la siguiente manera: a) no había consumido semen: nunca y casi nunca y b) había tragado semen: poco menos de la mitad de las veces, la mitad de las veces, poco más de la mitad de las veces, la mayoría de las veces y siempre.

Para cada una de las variables se estimaron las estadísticas descriptivas adecuadas (media o frecuencia relativa). Las diferencias entre los BH que tuvieron relaciones sexuales y los que no fueron evaluadas mediante la prueba de chi cuadrada (variables ordinales y nominales) y de t de *student* (variables continuas). Para estudiar la asociación de las formas de opresión internalizada con las prácticas sexuales de riesgo se calcularon razones de prevalencias e intervalos de confianza al 95%. Para ello primero se estimaron, mediante regresiones logísticas, *odds ratios* con sus respecti-

vos intervalos de confianza al 95%; en los modelos se incorporaron las variables edad, estado civil y escolaridad ya que podían actuar como confusores. Debido a que el estudio consistió en una encuesta transversal se transformaron los *odds ratios* (OR) en razones de prevalencias (RP) mediante la siguiente fórmula:  $RP = OR / [(1 - P_0) + (P_0 \cdot OR)]$ , donde  $P_0$  es la prevalencia ajustada en el grupo de referencia, con la misma ecuación se estimaron los intervalos de confianza para las RP.<sup>22</sup> El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 10.

La investigación fue aprobada por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, el cual, para la evaluación de los proyectos, considera aspectos éticos.

## RESULTADOS

Se encuestaron a 318 varones BH, de los cuales 256 habían tenido por lo menos una relación sexual, 50 respondieron no haberlas tenido y 12 no contestaron esta pregunta. No existieron diferencias entre los BH que tuvieron relaciones sexuales y los que no respecto a edad, escolaridad y estado civil (Tabla 1). El promedio de edad de los varones que tuvieron relaciones sexuales fue de 30.1 años, la mayoría estaba soltero y sin pareja y contaban con una escolaridad de bachillerato y más.

Entre los varones que en los últimos seis meses tuvieron relaciones sexuales, una tercera parte reportó sentimientos de culpa por su orientación sexual, una quinta parte presentó una actitud negativa hacia la TEG y 40.3% mencionó experimentar vergüenza con la TEG. Respecto a los indicadores de percepción del estigma, el 50.4% y 63.5% reportó que sus familiares y compañeros, respectivamente, podrían reaccionar negativamente hacia un homosexual y el 37.3% contestaron que tenían miedo de que se conociera su

orientación sexual. Con relación a los indicadores de ocultamiento, el 37.1% hacía lo posible por ocultar su orientación sexual, el 56.7% trataba de no incurrir en la TEG. De los varones que tenían pareja, el 51.6% reportaron que evitaban mostrar afecto a ella y de los que tenían amigos BH, el 64.3% sólo incurrían en la TEG cuando estaban con ellos (Tabla 2).

La mayoría de los entrevistados no consumieron alcohol o alguna otra droga antes o durante sus relaciones sexuales (Tabla 3). Las drogas que fueron utilizadas con mayor frecuencia antes o durante las relaciones sexuales fueron poppers (n=27), marihuana (n=19) y cocaína (n=14). Poco más del 70% de los entrevistados tuvieron sexo insertivo, de los cuales 10% nunca utilizaron condón y 62.8% siempre lo ocuparon. El 72.2% de los entrevistados tuvieron sexo receptivo, de éstos el 7.2% nunca utilizó preservativo y el 64.2% siempre lo hicieron. Menos del 25% de la población comió el semen de otros hombres.

Considerando los indicadores de homofobia internalizada, la actitud negativa hacia la TEG se relacionó con mayor riesgo de consumo de drogas antes o durante las relaciones sexuales, sexo insertivo sin

condón, sexo receptivo sin condón y el tragar semen de otros hombres. A su vez la vergüenza por la TEG se asoció con mayor probabilidad de sexo insertivo sin condón (Tabla 4). Respecto a los indicadores de percepción del estigma, los encuestados que reportaron que sus familiares podían reaccionar con agresión tuvieron más riesgo de practicar sexo insertivo sin condón. Entre aquellos que tenían miedo de que se conociera su orientación sexual fueron más frecuentes el consumo de alcohol antes o durante las relaciones sexuales y el tragar semen de otros hombres. La probabilidad de tragar semen fue mayor entre los varones que evitaban mostrar afecto a su pareja y entre aquellos que hacían lo posible para ocultar su orientación sexual.

### DISCUSIÓN

Antes de comentar los hallazgos del estudio es pertinente mencionar algunas de sus limitaciones. Cuando se estudian muestras elegidas por conveniencia existe una probabilidad elevada de que uno o varios segmentos de la población de interés estén sobre- o sub-representados. Esta situación limita la posibilidad de generalizar los hallazgos, por ello los

**Tabla 2** - Distribución de la población de acuerdo a indicadores de opresión internalizada y si tuvieron o no relaciones sexuales. Ciudad de México, 2001.

Variáveis	Tuvo relaciones sexuales		$\chi^2$	p
	Sí 256	No 50		
Número				
Escala de homofobia internalizada				
Promedio	14.4	15.9	1.24	0.215
Culpa por su orientación sexual				
No	67.2	55.1	3.26	0.196
Pocas veces	23.4	28.6		
Varias y muchas veces	9.4	16.3		
Actitud a trasgresión de estereotipos de género				
Positiva	80.8	80.0	0.01	0.897
Negativa	19.2	20.0		
Vergüenza por trasgresión de estereotipos de género				
No	59.8	57.1	0.11	0.732
En ocasiones / Sí	40.2	42.9		
Escala de estigma				
Promedio	35.8	36.1	0.18	0.853
Posible reacción de familia				
Agresión	11.2	18.0	4.51	0.105
Tolerancia	39.2	48.0		
Respeto	49.6	34.0		
Posible reacción de compañeros				
Agresión	18.0	29.2	3.44	0.179
Tolerancia	45.5	35.4		
Respeto	36.5	35.4		
Miedo de que conozcan su orientación sexual				
No	62.7	52.1	1.93	0.165
En ocasiones / Sí	37.3	47.9		
Evita mostrar afecto a pareja				
No	28.3	31.3	1.07	0.583
En ocasiones / Sí	51.6	43.8		
No tiene pareja	20.1	25.0		
Hace lo posible para ocultar su orientación sexual				
No	62.9	46.9	4.37	0.037
En ocasiones / Sí	37.1	53.1		
Trata de no trasgresión de estereotipos de género				
No	43.3	37.5	0.55	0.450
En ocasiones / Sí	56.7	62.5		
Sólo hay trasgresión de estereotipos de género cuando está con amigos				
No	35.7	27.1	18.11	0.000
En ocasiones / Sí	63.1	60.4		
No tienen amigos	1.2	12.5		

**Tabla 3** - Prácticas sexuales en los últimos seis meses en varones bisexuales y homosexuales. Ciudad de México, 2001.

Prácticas	Consumió alcohol %	Consumió droga %	Sexo insertivo %	Uso condón s. insertivo %	Sexo receptivo %	Uso condón s. receptivo %	Comió semen %
Número	255	251	250	183	248	139	250
Nunca	62.0	83.7	26.8	10.4	27.8	7.3	75.2
Casi nunca	22.0	7.6	21.6	6.6	24.2	7.8	13.6
Poco menos de la mitad	5.5	.8	12.4	2.7	11.3	4.5	5.2
La mitad	5.5	2.8	10.0	2.7	11.7	.6	1.6
Poco más de la mitad	.8	1.6	6.0	3.3	6.0	2.2	.4
La mayoría	2.7	2.8	15.2	11.5	12.1	13.4	2.8
Siempre	1.6	.8	8.0	62.8	6.9	64.2	1.2

resultados de este estudio sólo proporcionan una aproximación a la situación de los individuos que acuden al tipo de instituciones y organizaciones. El instrumento que se utilizó para recopilar la información también puede limitar los alcances del estudio ya que las respuestas a los cuestionarios pueden estar sesgadas. Debido a la naturaleza transversal del estudio no se tiene certeza de que la internalización de la opresión se haya presentado antes de las prácticas sexuales de riesgo, lo que limita la posibilidad de hacer conclusiones contundentes a partir de las asociaciones observadas. Sin embargo, algunos hallazgos son consistentes con lo reportado por otros autores y congruentes con el conocimiento existente.

Una proporción importante de los varones BH encuestados reportaron prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH: el 37.2% y 35.8% de los entrevistados que habían tenido sexo insertivo o receptivo, respectivamente, no habían utilizado el preservativo de forma consistente. En una investigación<sup>10</sup> en la que se indagó el uso de condón

en un periodo de 18 meses previos a la entrevista se reportó que el 67% de los varones nunca lo utilizaba cuando practicaba sexo insertivo y sólo el 5.5% siempre lo habían usado. Cuando se trataba de sexo receptivo el 67% de los entrevistados nunca lo utilizaba y 4.6% siempre lo utilizaba. En otro estudio<sup>3</sup> se observó que entre los varones seropositivos para VIH el 18.5% siempre lo habían usado y en los seronegativos el 26.7% siempre lo habían utilizado condón en los encuentros sexuales de los seis meses anteriores a la entrevista. En una investigación en seis ciudades de México<sup>11</sup> se observó que el 70% de los entrevistados no habían utilizado condón en su última relación sexual. Con relación al consumo de semen se ha reportado<sup>9</sup> que un poco más del 10% de los entrevistados reportaron haber consumido semen con una frecuencia de “siempre” y “casi siempre”, mientras que el 43% de los entrevistados “casi nunca” lo habían hecho. En el actual estudio se encontró que cerca del 25% de los varones BH que encuestamos habían hecho esta práctica en alguna ocasión. Estos hallazgos muestran la necesidad de un mayor cono-

**Tabla 4** - Asociación\* de indicadores de opresión internalizada con prácticas sexuales en varones bisexuales y homosexuales. Ciudad de México, 2001.

	Consumo de alcohol		Consumo de otras drogas		Sexo insertivo sin condón		Sexo receptivo sin condón		Tragó semen	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Actitud a TEG										
Positiva	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Negativa	1.98	0.87, 3.94	2.15	1.25, 3.27	1.78	1.20, 2.30	2.05	1.06, 3.31	3.09	1.47, 5.58
Vergüenza por TEG										
No	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
En ocasiones	0.85	0.31, 2.13	0.64	0.31, 1.21	1.27	0.77, 1.84	1.24	0.62, 2.20	0.88	0.33, 2.10
Sí	1.64	0.67, 3.49	0.66	0.29, 1.35	1.81	1.13, 2.43	0.81	0.30, 1.89	1.15	0.45, 2.62
Possible reacción de familia										
Respeto	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Agresión	2.48	0.87, 5.73	1.49	0.66, 2.78	1.75	1.03, 2.31	1.33	0.50, 2.74	2.25	0.84, 4.77
tolerancia	1.75	0.77, 3.64	1.31	0.75, 2.11	0.93	0.56, 1.39	0.95	0.46, 1.75	0.94	0.40, 2.07
Miedo de que conozcan su OS										
No	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
En ocasiones	1.00	0.36, 2.53	0.82	0.41, 1.51	1.37	0.84, 1.94	1.54	0.72, 2.77	1.89	0.78, 4.07
Sí	2.41	1.06, 4.71	1.01	0.48, 1.87	1.47	0.85, 2.12	1.48	0.64, 2.83	2.68	1.10, 5.53
Evita mostrar afecto a pareja										
No	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
En ocasiones	0.77	0.23, 2.23	0.63	0.28, 1.27	1.64	0.92, 2.40	1.94	0.86, 3.43	3.51	1.35, 6.94
Sí	1.05	0.42, 2.35	0.74	0.39, 1.28	1.37	0.79, 2.06	1.34	0.60, 2.56	1.28	0.42, 3.41
No tiene pareja	0.84	0.27, 2.26	0.48	0.20, 1.05	1.55	0.78, 2.42	0.49	0.12, 1.61	0.56	0.12, 2.21
Hace lo posible para ocultar OS										
No	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
En ocasiones	1.13	0.47, 2.49	0.82	0.44, 1.43	1.17	0.72, 1.70	0.63	0.27, 1.30	2.41	1.15, 4.45
Sí	1.91	0.70, 4.31	0.64	0.23, 1.55	1.61	0.89, 2.28	0.85	0.28, 2.01	0.65	0.14, 2.61

\*Se reportan razones de prevalencias ajustadas por edad y escolaridad con sus respectivos intervalos de confianza al 95% HI: Homofobia internalizada; TEG: Trasmisión del estereotipo de género; OS: Orientación sexual

cimiento de los determinantes del uso de condón ya que aún existe una proporción importante de BH que no lo utiliza de forma consistente.

Tradicionalmente la homofobia internalizada ha sido definida exclusivamente como actitud negativa hacia la homosexualidad, con escalas diseñadas de acuerdo a ese concepto en dos estudios se reportó que la homofobia internalizada no se asociaba con prácticas sexuales de riesgo.<sup>7,23</sup> En otro estudio, la homofobia internalizada tampoco predijo el uso de condón en varones BH que tenían sexo receptivo, pero se observó que aquellos que no utilizaban condón y tenían múltiples parejas tuvieron mayor probabilidad de presentar homofobia internalizada.<sup>14</sup> Finalmente, en varones BH de Canadá la homofobia internalizada se relacionó positivamente con sexo oral y anal sin condón.<sup>19</sup> En el presente estudio la escala de homofobia internalizada y la pregunta sobre sentimientos de culpa por la orientación sexual no se relacionaron con ninguna práctica sexual de riesgo. Puede apreciarse que hasta ahora en la mayoría de los estudios no se ha identificado asociación entre prácticas sexuales de riesgo y homofobia internalizada, entendida ésta como actitudes negativas hacia la homosexualidad. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se han excluido a los sujetos que no asisten a lugares de socialización gay, los cuales probablemente tienen niveles más altos de homofobia internalizada. Por eso no se puede descartar por completo la posibilidad de que la homofobia internalizada (por actitud negativa a la homosexualidad) se relacione con prácticas sexuales de riesgo.

Contrario a los indicadores relacionados con las actitudes hacia la homosexualidad, las variables de homofobia internalizada relacionadas con la TEG claramente se relacionaron con prácticas sexuales de riesgo (existieron cuatro de cinco asociaciones posibles). Una explicación de por qué si existe asociación con la actitud negativa a la TEG, es que ésta última es una forma inconsciente o menos evidente de homofobia internalizada. En este sentido, la homofobia internalizada, al ser parte del auto-concepto, puede tener un papel importante en la formación mecanismos de defensa<sup>23</sup> tales como conducta autodestructivas, en las que se incluiría el uso inconsistente de condón durante las relaciones sexuales. Otra estrategia psicológica de defensa que puede estar implicada es la negación: de acuerdo con la teoría de la comparación social, los individuos forman estereotipos sobre las personas que tienen mayor riesgo de presentar algún evento negativo y si ellos no cumplen con las características de esas personas entonces pensarán que están exentos de esos eventos negativos.<sup>18</sup> De esta forma, la falta de percepción de riesgo en las prácticas sexuales

en parte puede atribuirse a que los varones BH al no querer etiquetarse como tales – sobretodo como varones femeninos – no se perciben en riesgo de infectarse por VIH/SIDA, el cual es un padecimiento asociado con la homosexualidad.<sup>8</sup> La relación entre homofobia internalizada y prácticas sexuales de riesgo también puede comprenderse a partir del estereotipo de género: en los varones la homofobia internalizada está estrechamente vinculada con la masculinidad. Además la percepción de invulnerabilidad es característica del estereotipo de la masculinidad en tanto que denota valentía y virilidad.<sup>1</sup> Esta percepción de invulnerabilidad puede conducir a que los varones lleven cabo actividades autodestructivas o evitar medidas preventivas (e.g. uso de drogas o inconsistencia en utilización de preservativo) como una forma de mostrar que se apegan al estereotipo de género. Una posible explicación de la relación entre homofobia internalizada y el consumo de drogas en relaciones sexuales, es que el último permite desinhibir a los individuos y reduce la culpa derivada de la introyección del prejuicio, lo que permite el contacto con otros hombres.

Respecto a los indicadores de percepción de estigma, entre los varones que percibían que su familia podía reaccionar con agresión hacia un homosexual existió mayor probabilidad de que tuvieran sexo insertivo sin preservativo. En varones BH de Bélgica, aquellos que percibían que sus familiares y conocidos reprobaban su homosexualidad tuvieron mayor riesgo de tener sexo insertivo sin condón. Se ha sugerido que la percepción del estigma puede generar distrés psicológico, el cual es afrontado por los varones BH a través de conductas auto-destructivas.<sup>24</sup> Hay que señalar que al igual que en otros estudios,<sup>7</sup> en el presente no se observó relación entre prácticas sexuales de riesgo y la escala de percepción del estigma.<sup>12</sup>

Puede apreciarse que sólo existieron dos asociaciones con el ocultamiento. Es posible que se deba a que algunos BH utilizan estrategias de ocultamiento, no porque consideren que la homosexualidad es una característica negativa, sino que lo utilizan como una estrategia para evitar agresiones del ambiente donde se desenvuelven. Aunque debe reconocerse que aún es insuficiente el número de investigaciones que se han realizado sobre el papel de la percepción del estigma y el ocultamiento.

Los hallazgos muestran que entre los varones BH sigue siendo un problema la adopción de prácticas sexuales de riesgo. Además, las asociaciones de las prácticas sexuales de riesgo con la homofobia internalizada medida como actitud negativa hacia la TEG y, en menor medida, las con la percepción del estigma y el ocultamiento sugieren que las estrategias que

contribuyen a eliminar el prejuicio y la discriminación que sufren los BH también podrían favorecer la reducción de conductas de riesgo en varones BH. La mayoría de las campañas para prevención de la transmisión del VIH consisten en difundir información sobre prácticas de sexo protegido o seguro. Hallazgos indican que este enfoque es insuficiente pues el uso de condón está influido por la internalización de la opresión, sobretudo la homofobia

internalizada. Por ello es importante que en las campañas de prevención de VIH/SIDA dirigidas a BH se incorporen aspectos sobre heterosexismo, formas de internalización de la opresión y prejuicio contra la TEG. Finalmente, en futuros estudios es necesario explorar con más profundidad el papel del estigma, el ocultamiento y la valoración negativa de la TEG en la adopción de prácticas sexuales de riesgo en varones BH.

## REFERENCIAS

1. Badinter E. XY: La identidad masculina. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
2. Chesney MA, Barret DC, Stall R. Histories of substance use and risk behavior: precursors to HIV seroconversion in homosexual men. *Am J Public Health* 1998;88(1):113-6.
3. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida). Comportamiento sexual en la ciudad de México. México (DF); 1994.
4. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida). Informe técnico. Evaluación del impacto de la estrategia educativa para la prevención del SIDA. México 1987-1988: Hombres homo-bisexuales. México (DF): Secretaría de Salud; 1989.
5. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. México (DF): Amorrortu; 1998.
6. Güereña-Burgueño F, Benenson AS, Sepúlveda-Amor J. HIV-1 prevalence in selected Tijuana sub-populations. *Am J Public Health* 1991;81:623-5.
7. Herek GM, Glunt EK. Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era. Preliminary findings from the Sacramento Men's Health Study. In: Herek G, Greene B. AIDS, identity, and community. The HIV epidemic and lesbians and gay men. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1998. p. 55-84. (Psychological perspectives on lesbian and gay issues, 2).
8. Herek GM. AIDS and stigma. *Am Behav Sci* 1999;42(7):1106-16.
9. Izazola-Licea JA, Valdespino-Gómez JL, Sepúlveda-Amor J. Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. *Salud Pública México* 1988;30:555-66.
10. Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C, Gortmaker SL, del Río-Chiriboga C. Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México. *Salud Pública Méx* 1995;37:602-14.
11. Izazola-Licea JA, Valdespino-Gomez JL, Gortmaker SL, Townsend J, Becker J, Palacios-Martinez M, et al. HIV-1 seropositivity and behavioral and sociological risks among homosexual and bisexual men in six Mexican cities. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991;4(6):614-22.
12. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987;52:96-112.
13. Martin JL, Dean L. Developing a community sample of gay men for an epidemiologic study of AIDS. *Am Behav Sci* 1990;33(5):546-61.
14. Meyer IH, Dean L. Internalized Homophobia, intimacy and sexual behavior. In: Herek GM, editor. Psychological perspectives on lesbian and gay issues. Thousand Oaks (CA): SAGE; 1998. p. 160-86. (Stigma and sexual orientation. Understanding prejudice against lesbian, gay men, and bisexuals, 4).
15. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* 1995;36(1):38-56.
16. Ortiz-Hernandez L, Granados-Cosme JA. Violence against bisexuals, gays and lesbians in Mexico City. *J Homosex* 2005;50(4). No prelo.
17. Ortiz-Hernandez L, Granados-Cosme JA. Los determinantes sociales de la política de salud para el combate del VIH/SIDA en México. *Rev Argumentos* 2001;(38):23-42.
18. Perloff LS. Perceptions of vulnerability to victimization. *J Soc Issues* 1983;39(2):41-61.
19. Ratti R, Bakeman R, Peterson JL. Correlates of high-risk sexual behavior among Canadian men of South Asian and European origin who have sex with men. *AIDS Care* 2000;12(2):193-202.
20. Sandfort TGM. HIV/AIDS prevention and the impact of attitudes toward homosexuality and bisexuality. In: Herek G, Greene B. AIDS, identity, and community. The HIV epidemic and lesbians and gay men. Thousand Oaks (CA): SAGE; 1998. p. 32-54. (Psychological perspectives on lesbian and gay issues, 2).
21. Scully C, Porter S. HIV topic update: oro-genital transmission of HIV. *Oral Dis* 2000;6(2):92-8.
22. Secretaría de Salud - SSA. Centro nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003. México (DF); 2003. p. 1-4.

23. Shidlo A. Internalized homophobia: conceptual and empirical issues in measurement. In: Greene B, Herek GM, editors. Psychological perspectives on lesbian and gay issues. Thousands Oaks (CA): Sage; 1994. p. 176-205. (Lesbian and gay psychology, 1).
24. Vincke J, Bolton R, Mak R, Blank S. Coming out and AIDS-related high-risk sexual behavior. *Arch Sex Behav* 1993;22(6):559-86.
25. Zhang J, Yu KF. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratios in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998;280:1690-1.