

Hombres homosexuales: conocimiento sobre el VIH y respuestas ante su situación de diagnóstico

Homosexual men: knowledge about HIV and responses to their diagnosis situation

Homens homossexuais: conhecimento sobre o HIV e respostas à sua situação de diagnóstico

Jorge Eduardo Pérez-Toriz¹, Vianet Nava Navarro², Francisco Javier Báez-Hernández³, Arelia Morales-Nieto⁴, Miguel Ángel Zenteno-López⁵

RESUMEN

Objetivo: identificar en un grupo de hombres homosexuales el conocimiento que tienen sobre el VIH y los tipos de respuesta ante su situación de diagnóstico. **Método:** estudio cualitativo y descriptivo. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo bola de nieve. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas en un consultorio particular durante febrero y mayo de 2021 en la ciudad de Puebla, México, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad. El análisis se desarrolló a través del programa MAXQDA a partir de las seis fases propuestas por Braun y Clarke, apegándose a los principios de bioética y a los criterios de calidad establecidos para investigaciones de esta índole. **Resultados:** se realizaron cinco entrevistas a HSH autoidentificados como homosexuales con un promedio de edad de 27,4 años. Como resultado del análisis de contenido se encontraron cinco categorías periféricas alrededor de una categoría central denominada 'HSH con VIH': conocimiento acerca del VIH, proceso adaptativo, comportamiento sexual, redes de apoyo y discriminación percibida. **Conclusión:** se observan conductas sexuales de riesgo, falta de apego al tratamiento, así como conocimientos y creencias erróneas acerca del VIH. Adicionalmente, se implementan intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud.

¹Enfermero. Maestría en Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México. E-mail: jorge.perez@alumno.buap.mx ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8979-5422>

²Enfermera. Doctorado en Ciencias de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México. E-mail: vianet.nava@correo.buap.mx ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8670-3510> **Autor para correspondencia** - Dirección: 25 poniente 1304, colonia Volcanes.

³Enfermero. Doctorado en Ciencias de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México. E-mail: javier.baez@correo.buap.mx ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4986-6596>

⁴Enfermero. Doctorado en Ciencias de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México. E-mail: arelia.morales@correo.buap.mx ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6974-9130>

⁵Enfermero. Maestría en Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Puebla, México. E-mail: miguel.zenteno@correo.buap.mx ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0551-0902>



Este artículo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

Descriptores: Conducta Sexual; Homosexualidad Masculina; VIH.

ABSTRACT

Objective: to identify the knowledge about HIV a group of homosexual men has and the types of response facing their diagnosis situation. **Method:** descriptive qualitative study. The participants were selected by snowball sampling, the collection was through semi-structured interviews applied in a private office between February and May 2021 in the city of Puebla, Mexico, which were entirely recorded and transcribed. The analysis was developed through the MAXQDA program based on the six phases proposed by Braun and Clarke, adhering to the principles of bioethics and the quality criteria established for this type of research. **Results:** five interviews were conducted with MSM self-identified as homosexual with an average age of 27,4 years. As a result of the content analysis, five peripheral categories were found around a central category called 'MSM with HIV': knowledge about HIV, adaptive process, sexual behavior, support networks and perceived discrimination. **Conclusion:** risky sexual behaviors, lack of adherence to treatment, as well as erroneous knowledge and beliefs about HIV are observed, in addition to implementing interventions aimed at health professionals. **Descriptors:** Sexual Behavior; Homosexuality, Male; HIV.

RESUMO

Objetivo: identificar como é o conhecimento sobre o HIV e os tipos de resposta que um grupo de homens homossexuais tem dado a sua situação diagnóstica. **Método:** estudo qualitativo e descritivo. Os participantes foram selecionados por amostragem em bola de neve. A coleta se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas em consultório particular, durante os meses de fevereiro e maio de 2021 na cidade de Puebla, México, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise se deu por meio do programa MAXQDA e das seis fases propostas por Braun e Clarke. Respeitou os princípios da bioética e os critérios de qualidade estabelecidos para esse tipo de pesquisa. **Resultados:** foram realizadas cinco entrevistas com HSH autoidentificados como homossexuais com média de idade de 27,4 anos. Como resultado da análise de conteúdo, foram encontradas cinco categorias periféricas: conhecimento sobre o HIV, processo adaptativo, comportamento sexual, redes de apoio e discriminação percebida, em torno de uma categoria central denominada HSH com HIV. **Conclusão:** observam-se comportamentos sexuais de risco, falta de adesão ao tratamento, conhecimento e crenças errôneas sobre o HIV. Além de implementar intervenções direcionadas aos profissionais de saúde.

Descritores: Comportamento Sexual; Homossexualidade Masculina; HIV.

INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que destruye o altera las células del sistema inmunológico¹. En su fase más avanzada,

el VIH causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En el mundo hay 38 millones de personas diagnosticadas con VIH, siendo 26 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

(HSH)², los cuales se caracterizan por tener conductas sexuales de riesgo como la práctica de sexo anal sin protección, múltiples parejas sexuales y el consumo de alcohol u otras drogas durante las relaciones sexuales³. En México, de acuerdo con datos del Centro Nacional para la Prevención del VIH y el SIDA, en el registro de vigilancia se encuentran 301 mil 182 personas con infección por VIH⁴.

De acuerdo con algunos autores, ser portador del VIH significa haberse expuesto al virus, pero también puede adquirir otros significados relativos al sentido emocional, las experiencias de vida y la búsqueda de identidad^{5,6}. En este sentido, estudios recientes refieren que las personas con VIH frecuentemente expresan emociones como culpa, vergüenza, miedo, ansiedad, disgusto, incertidumbre, soledad y resignación, además de experimentar ensimismamiento e introspección⁷, lo cual podría ofrecer un panorama acerca de cómo los HSH experimentan situaciones extremas ante esta infección, hecho que se convierte en un tema de interés para la salud pública.

Por otra parte, la sociedad ha establecido históricamente ciertos

estigmas desde los relatos de los HSH con VIH, lo que se refleja en los hallazgos de algunos estudios que encuentran una estrecha relación entre vivir con VIH y ser objeto de estigmatización social, acarreando consecuencias en la dimensión psicosocial de aquellos que al identificarse desde el prejuicio (real o imaginario) que la sociedad ha construido al respecto, cambian su autopercepción, lo que afecta directamente su emocionalidad, autoimagen y autoconcepto⁸.

En este sentido, la interacción simbólica proporciona un marco interpretativo que permite analizar las vivencias del HSH con VIH, al proponer que la conducta es el resultado del intercambio de significados, donde el lenguaje es un sistema de símbolos con el que se construyen y reconstruyen permanentemente las realidades sociales por parte de los diversos actores, mediante un proceso cognitivo, afectivo y conductual⁹.

Todo lo anterior permite visibilizar situaciones que pueden afectar la calidad de vida de los HSH; de ahí la importancia de conocer cómo impacta este fenómeno en aspectos como la autoimagen, el apoyo y la

interacción social y la adherencia al tratamiento, haciendo énfasis en que las reacciones emocionales al momento de recibir el diagnóstico son diferentes en cada persona, por lo que el propósito del estudio es identificar el grado de conocimiento sobre el VIH y los tipos de respuesta que tiene un grupo de hombres homosexuales ante su situación de diagnóstico.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio cualitativo descriptivo basado en la teoría de la interacción simbólica, mediante análisis de contenido¹⁰ y desde el punto de vista de los HSH con diagnóstico de VIH. Lo anterior obedece a que los discursos de estos individuos fueron considerados como experiencias mediante las cuales son constituidos. A partir de la esquematización, se posibilita un acercamiento a su significación inteligible, así como a la comprensión de sus elementos simbólicos^{11,12}.

La investigación se realizó durante los meses de febrero a mayo de 2021 en la ciudad de Puebla, México, siendo ésta la tercera Entidad Federativa de la República Mexicana con más casos

detectados y registrados de VIH en el 2020.

Los participantes en este estudio fueron seleccionados mediante muestreo *bola de nieve*¹³, entre los usuarios de un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPACITS) de la ciudad de Puebla. El tamaño de la muestra se limitó al encontrar saturación teórica, es decir, cuando se determinó que los nuevos datos no aportaban elementos para alimentar las categorías de análisis.¹⁴

Para la recolección de datos, los investigadores elaboraron guiones de entrevista semiestructurada, los cuales contenían preguntas relacionadas con las características sociodemográficas, conocimientos, actitudes, comunicación, afrontamiento y emociones sobre el VIH, además de conductas de salud, mismas que fueron previamente revisadas y validadas por un grupo de expertos.

Los participantes fueron reclutados con el apoyo de un informante clave conocido por el equipo de investigación, a quien se le pidió identificar a los HSH que cumplieran con los criterios de inclusión (hombres que mantuvieran relaciones sexuales con

otros hombres, mayores de 18 años y diagnosticados con VIH).

El contacto con los sujetos seleccionados estuvo a cargo de uno de los investigadores y se realizó vía telefónica. Una vez que éstos accedieron a participar en la investigación, se procedió a agendar las citas en un consultorio particular. En estas visitas, dos de los investigadores de sexo masculino previamente capacitados realizaron las entrevistas cara a cara, las cuales tuvieron una duración de entre 40 y 50 minutos y fueron registradas mediante una grabadora de voz digital marca Sony, modelo PX470, con 4GB de almacenamiento. Al finalizar las entrevistas, se agradeció a los participantes.

Cabe señalar que en todo momento se guardó la *sana distancia*, y se aseguró el respeto a la integridad y salud de los participantes durante la pandemia de SARS-COV2. Aunado a ello se contempló un plan de respuesta en caso de suscitarse alguna crisis emocional entre los participantes, mismo que contemplaba la suspensión de la entrevista y la grabación, la escucha activa y la invitación para recibir la atención psicológica correspondiente. Sin embargo, ningún acontecimiento de

esta índole se presentó durante la investigación.

Una vez realizadas las entrevistas, se concretó la transcripción total de las mismas en el programa Microsoft Word 2010; dichas transcripciones fueron sujetas a doble verificación para asegurar la correcta transferencia de la información. Como método de codificación, a cada transcripción se le asignó un nombre ficticio y la edad del participante. Posteriormente se realizó el análisis de contenido de cada una de las entrevistas hasta alcanzar la saturación de la información¹⁵, a través del programa MAXQDA versión 18.2.0 y tomando como método las seis fases propuestas por Braun y Clarke¹⁶: 1.- familiarización de los datos, 2.- generación de códigos, 3.- búsqueda de temas, 4.- cotejo de códigos en los temas potenciales para la generación de un mapa temático, 5.- definición y denominación de temas donde se establecieron jerarquías y 6.- realización del informe con base en la comprensión, interpretación y el análisis obtenido, mediante los supuestos de la teoría del interaccionismo simbólico.

Es importante recalcar que el presente estudio se apegó a los principios básicos de bioética y al código

de ética de enfermería, actuando con autonomía en la toma de decisiones, respetando en todo momento la protección de los derechos de los participantes, y observando los principios de *beneficencia* -al promover el bienestar de los HSH durante las entrevistas-, de *no maleficencia* -dado que no se produjo daño alguno a los individuos- y *justicia* -al tratar a todos por igual-¹⁷.

Al mismo tiempo, se cumplió con lo señalado en la Ley General de Protección de Datos Personales¹⁸, al solicitar el consentimiento informado de manera verbal y escrita de los participantes, explicando el procedimiento y la finalidad del estudio, además de informarles que las entrevistas que otorgaron fueron grabadas en audio y asegurándoles en todo momento su anonimato. Así también, la presente investigación fue revisada para su registro, autorización y aval correspondiente con el número SIEP/038/2021, por parte del Comité de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP).

Finalmente, los criterios de calidad considerados para esta investigación fueron: a) credibilidad,

procurando reflejar en todo lo posible la realidad de los HSH mediante la transcripción total y fidedigna de las entrevistas, b) transferibilidad, describiendo de forma pormenorizada el contexto en que fue realizada la investigación, c) consistencia para el análisis de datos y d) confirmabilidad, que se refiere al estado de consciencia del investigador acerca de sus valores y puntos de vista con respecto al fenómeno de estudio, a fin de evitar en todo lo posible la afectación de los resultados presentados¹⁹.

RESULTADOS

Se realizaron entrevistas a cinco HSH autoidentificados como homosexuales, sin ningún parentesco o relación emocional entre ellos, con un promedio de edad de 27,4 años en un rango mínimo y máximo de 24 y 31 años respectivamente, con inicio de vida sexual activa únicamente con hombres entre los 11 y 19 años sin el uso de preservativo, así como con un tiempo promedio de tres años de haber sido diagnosticados con VIH y estar en tratamiento.

La mayoría de los participantes reportaron ser de estado civil soltero

(n=4) y uno de ellos reportó una relación abierta, la cual consiste en tener una pareja estable, pero con la posibilidad de mantener relaciones sexuales de forma casual con otros hombres. Todos los participantes cuentan con estudios de licenciatura (teatro, procesos educativos, psicología, gastronomía y nutrición) y uno de ellos con estudios de Posgrado (Maestría en educación). En cuanto al número de parejas sexuales

reportaron haber tenido entre 6 y 50 a lo largo de su vida, utilizando preservativo con menos del 20% de ellas. Refirieron además que la edad en la que identificaron sus preferencias sexuales fue durante los años de su niñez y adolescencia. Como resultado del análisis de contenido se encontraron cinco categorías periféricas, alrededor de una categoría central denominada 'HSH con VIH' (Figura 1).

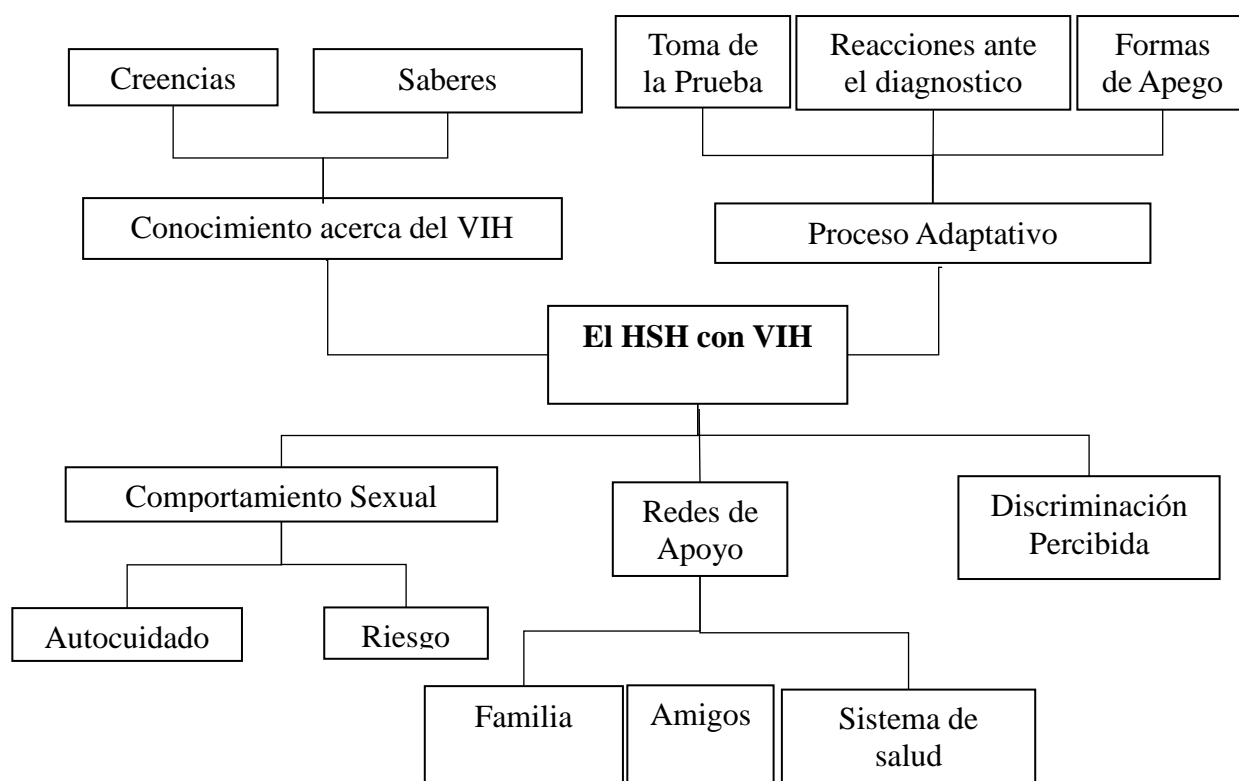


Figura 1 - Conocimiento acerca del VIH y tipos de respuesta ante su diagnóstico en HSH.

Conocimiento acerca del VIH

La primera categoría hace alusión a la información que tiene el HSH, en la que se ubican las creencias y saberes acerca de la infección; en este nivel se hace evidente la presencia de ideas ficticias y conspiratorias, así como información parcialmente verídica:

[Creencias]

fue un virus creado en un laboratorio en Estados Unidos. (Adán, 24 años)

Siento que el olor cambia de las personas que se enferman o que contraen algo, siento, no sé, será por el medicamento o algo así, pero sí se llega a detectar en el olor, cuando alguien no está sano. (Tomás, 27 años)

[Saberes]

Es un virus que ataca al sistema inmune, que se transmite por vía sexual, también por vía materna y se puede contagiar en casos extremos de contacto sangre a sangre, con otros cuerpos ¡eh! (Adrián, 26 años)

No ha habido como tal un estudio que diga que el simple hecho de tener relaciones sexuales, sin condón, que sean las dos parejas, este indetectables o cero positivas, se pueda transmitir el virus o no se puedan contagiar, eso es como algo subnormal y común. (Santiago, 29 años)

Proceso adaptativo

En la segunda categoría periférica, denominada *proceso adaptativo*, se encuentra la respuesta del individuo ante el diagnóstico. Ésta contiene las subcategorías de *toma de la prueba*, *reacciones ante el diagnóstico* y *formas de apego al tratamiento* que experimenta el HSH ante el VIH, en la que se hacen presentes: recuerdos (introspecciones hacia el pasado, en las que verbalizan la presencia de cuadros clínicos difíciles de controlar); emociones (entendidas como construcciones internas que se manifiestan a través de expresiones verbales de arrepentimiento, disgusto, culpabilidad, tristeza y miedo, que presenta el HSH durante y después de su diagnóstico); y finalmente formas de manejo del tratamiento, que es el resultado de todo el proceso adaptativo, en el cual se observan las dificultades y estrategias para adherirse a la terapia antirretroviral:

[Toma de la prueba]

Comenzó por una gripa que no se me quitó, hasta que un médico sugirió hacerme un panel viral y salió positivo. (Adán, 24 años)

Yo comencé con diarreas...bajé de peso...entonces me hicieron la prueba [...] y fue que me dijeron que era VIH positivo. (Santiago, 29 años)

[Reacciones ante el diagnóstico]

Sí me estresé bastante, me empecé a sentir mal, sí me paniqueé ...tu sistema nervioso, se congela o sea para que no sufras o no te desmayes. (Tomás, 27 años)

Me empecé a sentir culpable ¿no?... sentí más una situación de irresponsabilidad, de culpa [...] pudiendo haberlo prevenido. (Tomás, 27 años).

Sí me dio miedo, sobre todo por la cuestión social. (Adrián, 26 años).

Me senti triste por todo lo que se iba a venir. (Adán, 24 años)

[Formas de apego al tratamiento]

Soy muy olvidadizo para los medicamentos o sea yo puedo decir, me lo tomo y no, o sea cuando veo, ya se me pasaron tres horas. (Tomás, 27 años)

Uno de los problemas para apegarme a mi tratamiento, han sido los efectos secundarios. (Adrián, 26 años)

Si encuentro alguna situación que me esté generando molestia al medicamento lo que hago es acudir al médico. (Luis 31 años)

Comportamiento sexual

La tercera categoría es la respuesta denominada *comportamiento sexual*, que se refiere a las acciones relacionadas con sus actividades sexuales, de las que se pueden identificar dos tipos: por un lado, las dirigidas hacia la prevención y promoción de la salud y por el otro, las

de riesgo para la salud física y mental propia y de los demás.

El *autocuidado* es entendido como el conjunto de acciones conductuales que dirige el HSH hacia sí mismo; involucra el uso de preservativo, el cuidado de la salud y la precaución con la salud de los otros. Finalmente, el comportamiento sexual de riesgo se refiere a las acciones tangibles encaminadas a comportamientos que ponen en peligro la salud física y mental, no sólo la propia sino también la de sus parejas sexuales, entre las que se cuentan el practicar sexo anal sin protección, tener múltiples parejas sexuales y el consumo de drogas, mismas que se manifiestan a través de su discurso:

[Autocuidado]

Si tiene condón y si no pues no. (Luis 31 años)

Iniciar una relación activa como tal, pero con prevención, y que los dos estemos conscientes de que, si en algún momento existe algún tipo de infección adicional, pues los dos estemos conscientes y someternos a los tratamientos que corresponden. (Adán, 24 años)

Nos hicimos estudios de carga viral tanto mías como las de la otra persona, para ver cómo estábamos. (Tomás, 27 años)

[Riesgo]

Cuando te digo que sí tuve relaciones de riesgo fue porque no usé preservativo (Adán, 24 años).

Hace apenas 3 días, este, yo estaba haciendo el cruising. (Adrián, 26 años)

Yo sí he utilizado algunas drogas como poppers y marihuana (...) durante mis relaciones sexuales. (Tomás, 27 años)

Redes de apoyo

La cuarta categoría, identificada como *redes de apoyo*, se define como el conjunto de subsistemas que buscan los HSH como una necesidad para afrontar su diagnóstico, así como de comprender y aceptar su nueva forma de vida con VIH. Está conformado por el apoyo familiar -caracterizado por ser un proceso complicado-, el apoyo de amigos principalmente cercanos, sin recriminaciones y prejuicios; y, por último, por el sistema de salud, en el que se hace evidente la dificultad para realizarse las pruebas, la poca accesibilidad a otras formas de prevención y la falta de empatía:

[Familiar]

[...] se lo platicué a algunos familiares porque igual necesitaba yo platicarlo [...] (Tomás, 27 años)

Fue confuso con la familia, pero al final del día, me dieron todo el apoyo necesario. (Luis, 31 años)

[Amigos]

Con los amigos sólo, este... los más cercanos se los dije de manera directa que tenía VIH y que necesitaba de su apoyo moral. (Luis, 31)

De mis amigos recibí todo el apoyo moral como lo solicitaba, no hubo recriminaciones, no hubo discriminación, no hubo prejuicios, no hubo juicios, entonces eso también me ayudó muchísimo. (Tomás, 27 años)

[Sistema de salud]

Hacerte las pruebas no es tan fácil, o sea, aunque te las hagan en las campañas tienes que esperar mucho, tienes que estar viendo que no te vean. (Tomás, 27 años)

Yo creo que el PrEP y otro tipo de medicamentos para prevenir el VIH debe de ser más accesible. (Luis, 31 años)

Lo que menos esperamos es que nos reciban con un mal trato [...] deberían ser un poco más comprensibles...ser un poco más humano. (Adán, 24 años)

Discriminación percibida

La quinta categoría periférica es la respuesta designada como *discriminación*, entendida como situaciones externas, provenientes del medio social donde vive el HSH, que se caracterizan por la falta de información, el trato diferenciado, el estigma, la crítica y la burla que ha experimentado a través de otros y en sí mismo.

[Discriminación]

Hummm, porque siento que, la cuestión del VIH no hay mucha

información suficiente [...] o sea no sé si te das cuenta que los pacientes con VIH los tratan como aparte. (Adán, 24 años)

Desafortunadamente todavía incluso en Facebook o en algunos grupos si veo que hay personas que se toman de eso [diagnostico de VIH] para burlarse de otras personas. (Santiago, 29 años)

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación reafirman que el VIH es un problema de salud pública, en el que el HSH diagnosticado por esta infección manifiesta creencias y saberes relacionados con los signos, síntomas, causas y formas de infección, presentando rasgos de terminología médica e ideas con connotaciones socioculturales, hecho que coincide con lo mencionado por algunos autores chilenos²⁰, por lo que se puede afirmar que los HSH han incorporado todo tipo de información (verdadera o ficticia) para interpretar su nueva realidad, tanto física y mental como social. Esto evidencia la necesidad de llevar a cabo un proceso de *alfabetización* en salud desde una perspectiva de igualdad y respeto, dirigido no sólo al HSH, sino también al personal que los atiende de manera directa.

Además se observa una respuesta adaptativa al VIH, en la que se hacen presentes recuerdos, emociones y comportamientos ante el diagnóstico, lo que reafirma lo establecido por expertos de Estados Unidos⁵ y Colombia^{7,21}, al referir que los portadores de VIH pasan por un proceso de reconfiguración de su identidad, en el cual se ven expresadas emociones, experiencias de vida e introspecciones, que en su conjunto les impulsa a aceptar un cambio de vida, aunque la mayoría no logra concretar ese cambio en la adherencia eficaz del tratamiento retroviral.

Asimismo, se resalta la importancia que tienen las respuestas de las redes de apoyo, representadas por la tricotomía *familia- amigos- sistema de salud*, las cuales podrían funcionar como un espacio de aceptación, tolerancia y comunicación activa, libre de discriminación y prejuicios. Ahora bien, para el caso específico del sistema de salud, se hace evidente que existen áreas de oportunidad, tal como lo demuestran los participantes al solicitar un trato más humano y menos coercitivo. Estos hallazgos coinciden con los de investigaciones realizadas en Estados Unidos²² y México²³, al señalar la existencia de discriminación en el

sistema de salud, misma que puede minimizarse con educación sobre diversidad sexual para los profesionales de la salud, así como con la incursión en las técnicas de atención remota (tele-enfermería) para las situaciones de crisis y/o necesidades expresadas por los hombres homosexuales con VIH, durante la pandemia de SARS-COV2.

Por otra parte, se hace notoria la conflictuada respuesta familiar ante la homosexualidad sumada al diagnóstico de VIH, situación que es consistente con lo observado en familias del estado de Puebla, México²⁴. Esto pudiera sugerir, un doble proceso de duelo, dirigido por una parte hacia la pérdida de la heteronormatividad y por la otra, hacia la salud de uno de sus integrantes. Igualmente, se presenta la necesidad que tiene el HSH de comunicarse con la familia como una forma de buscar apoyo y comprensión ante la situación de salud que está viviendo, a fin de mejorar su estado emocional²⁵.

Los resultados señalan la existencia de respuestas emocionales y conductas negativas, como la discriminación por diagnóstico de VIH y el comportamiento sexual de riesgo. Lo anterior coincide con lo reportado en Cali, Colombia⁸, así como en revisiones

sistemáticas³ que detectan situaciones de estigma social y comportamientos riesgosos como el sexo anal sin protección, las múltiples parejas sexuales y el uso de drogas, sumado al hecho de que dicha discriminación tiende a aumentar por el doble estigma que carga esta población por el hecho de ser homosexual y tener VIH. Esta situación podría reafirmar la idea de que la discriminación se constituye en una cultura que rechaza la diferencia del otro y lo otro -resultado simbólico por antonomasia-, misma que se ve fortalecida por la poca difusión de información al respecto.

Además, el hecho de que los programas sanitarios enfocados a la atención de la diversidad sexual en México sean escasos, contribuye a invisibilizar la salud general de las personas LGBTI bajo el prejuicio de que sus necesidades en este rubro son muy específicas, dirigidas a las infecciones de transmisión sexual o cuestiones vinculadas al tratamiento hormonal, binomio por el cual la población LGBTI se ve limitada para acudir por otros motivos a revisión médica de manera periódica, lo que contribuye a fortalecer una violencia estructural y sistematizada que ayuda a exacerbar la discriminación,

la exclusión y el maltrato por parte del personal de salud. Esta situación provoca entonces que los integrantes de la comunidad LGBTI opten por autoexcluirse y no buscar la atención médica necesaria, para evitar ser discriminados^{26,27}.

Lo anterior podría justificar la dicotomía detectada en el comportamiento de los participantes, quienes por un lado aplican estrategias de autocuidado como una muestra de responsabilidad hacia sí mismos y hacia los demás para lograr el estado de indetectabilidad o recontagio y por otro lado, presentan conductas sexuales de riesgo, que pueden interpretarse como una negación de su diagnóstico y un escape de la realidad mediante el consumo de sustancias que provocan un estado de comodidad temporal, con el fin de olvidar el estigma en el que viven, y sobrellevar la falta de apoyo por parte de su familia, amigos y de los profesionales e instituciones de salud.

Se determina que todos estos hallazgos son consistentes con la teoría del interaccionismo simbólico⁹, al observar que la conducta es originada por el intercambio de significados, donde el lenguaje es un sistema de símbolos que se construyen y

reconstruyen permanentemente en las realidades sociales mediante procesos cognitivos (conocimiento), afectivos (emociones) y conductuales (comportamientos), que se hacen presentes en los HSH con VIH.

Finalmente, se debe considerar que los resultados de esta investigación se limitaron a un grupo de HSH con diagnóstico de VIH de la ciudad de Puebla, México, con edades entre los 24 y 31 años de edad, con grado académico de licenciatura y acceso a los servicios de salud, reclutados mediante un muestreo no probabilístico, por lo que estos hallazgos no son generalizables. Sin embargo, estos resultados apoyan al cuerpo de conocimiento científico realizado en los HSH con VIH para el diseño de instrumentos y para la fundamentación de intervenciones encaminadas al autocuidado en la población mexicana.

CONCLUSIÓN

El interaccionismo simbólico permitió identificar la construcción de conocimientos acerca del VIH, además de cuatro tipos de respuestas ante la situación de diagnóstico que experimentan los HSH, en el que se ven

involucrados procesos cognitivos, afectivos y conductuales. Estos resultados ponen de manifiesto la urgencia de diseñar estrategias educativas o alfabetizadoras con el propósito de lograr cambios conductuales dirigidos a reforzar el autocuidado, promover el crecimiento personal y la salud emocional de los HSH.

Asimismo, se advierte la necesidad de implementar intervenciones relacionadas con la diversidad sexual dirigidas a los profesionales de la salud, con el fin de fortalecer las redes de apoyo con que cuentan los HSH y de que permitan transformar o construir sitios amigables de atención en salud, libres de discriminación y estigma, que ayuden a disminuir conductas sexuales de riesgo, faciliten el apego al tratamiento, además de visibilizar y ampliar los servicios de salud, de acuerdo con las necesidades expresadas por la población en comento.

REFERENCIAS

1. OECD/World Health Organization (2020), "HIV/AIDS", in Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. [Internet] OECD Publishing, Paris. [consultado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/01790af5-en>
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH, Sida [Internet]. Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. [consultado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
3. Báez Hernández FJ, Márquez Vega MA, Benavides Torres RA, Nava Navarro V. Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática. *Cult cuid.* 2019; 23(55):1-13.
4. Centro Nacional para la Prevención del VIH y el sida. Sistema de vigilancia epidemiológica de vih informe histórico al 4to trimestre de VIH 2020. [consultado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/622468/VIH-Sida_4toTrim_2020.pdf

5. Hay L. El SIDA: cómo abordarlo de manera positiva. Buenos Aires: Urano; 1990.
6. Jaspal R, Eriksson P, Nynäs P. Identity, Threat and Coping among Gay Men Living with HIV in Finland. *Cogent Psychol.* 2021; 8(1):1878980.
7. Tobón BÁ, Peña JGG. Perfil Emocional de las personas con VIH.REPI. 2019; 22(2):1024-1046.
8. Guevara-Sotelo Y, Hoyos-Hernández PA. Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente.* 2018; 21(39):127-139.
9. Meltzer B, Petras J, & Reynolds L. Symbolic Interactionism (RLE Social Theory): Genesis, Varieties and Criticism. USA: Routledge Library Editions; 2020.
10. Hernández SR, Mendoza TC. Metodología de la investigación. Las Rutas cuantitativas, cualitativa y mixta. España: McGraw Hill, Interamericana; 2018.
11. Ricoeur P. Tiempo y Narración. Configuración del tiempo en el relato histórico. México: Siglo XXI; 2004.
12. Scott J. Experiencia. *Rev estud género ventana.* 2001; 2(13):42-73.
13. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería. Barcelona: Elsevier Saunders; 2017.
14. Lune H, Berg BL. Qualitative research methods for the social sciences. England: Pearson Education Limited; 2017.
15. Glaser B, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Routledge; 2017.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. In: Rohleder P, Lyons A. Qualitative Research in Clinical and Health Psychology. England: Macmillan International Higher Education; 2015.
17. Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud. [consultado el 27 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
18. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de protección de Datos Personales (2017). [consultado Abril 2021]. Disponible: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPSO.pdf>
19. Calderón-Gómez C. Assessing the quality of qualitative health

- research: criteria, process and writing. *Forum Qual Soc Res.* 2009; 10(2):1-19.
20. Farago D, Triantafilo J, Martí M, Perry N, Quiñones P, Di Silvestre C. VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. *Rev chil salud pública.* 2018; 22(1):21-30.
 21. Erazo AMB, Canaval GE. Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio. *Av. Enferm.* 2018; 36(3):338-346.
 22. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yuniastuti E, Santella AJ, Ranauta A, et al. HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Diseases.* 2020; 1(26):103-111.
 23. Saucedo-Pahua G, Huerta-Baltazar MI, Alcántar-Zavala ML, Ruiz-Recéndiz MJ, Jiménez-Arroyo V, Ávila-Cazarez L. Estigmatización a personas con VIH-SIDA en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *RESPYN.* 2018; 17(3):26-33.
 24. Rodríguez-Bustamante P, Mayorquin-Muñoz CJ, Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Rico-Pérez E. Respuesta familiar ante la revelación de la orientación sexual, desde el discurso de hombres homosexuales. *Enferm univ.* 2019; 16(3):240-248.
 25. Farias OO, Guedes DS, Freitas PCA, Galvaño MTG, Cunha GH, Lima ICV. Analysis of the needs for help of men who have sex with men and live with HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2020; 54:e03650.
 26. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Diagnostico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México. [consultado el 03 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/437845/FINAL._DiagnosticoNacionalSalud_1.pdf
 27. Cota VL, Marques Cruz M. Access barriers for men who have sex with men for HIV testing and treatment in Curitiba (PR). *Saúde debate.* 2021; 45(129):393-405.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: OS autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Pérez-Toriz JE, Nava Navarro V, Báez-Hernández FJ, Morales-Nieto A, Zenteno-López MA.
- **Desenvolvimento:** Pérez-Toriz JE, Nava Navarro V, Báez-Hernández FJ, Morales-Nieto A, Zenteno-López MA.
- **Redação e revisão:** Pérez-Toriz JE, Nava Navarro V, Báez-Hernández FJ, Morales-Nieto A, Zenteno-López MA.

Como citar este artigo: Pérez-Toriz JE, Nava Navarro V, Báez-Hernández FJ, Morales-Nieto A, Zenteno-López MA. Hombres homosexuales: conocimiento sobre el VIH y respuestas ante su situación de diagnóstico. J Health NPEPS. 2021; 6(2):202-218.

Submissão: 19/05/2021

Aceito: 05/10/2021

Publicado: 01/12/2021