

Factors associats amb l'ús del preservatiu en les relacions sexuals anals entre hòmens que tenen sexe amb hòmens a Espanya: proposta d'un model explicatiu

Vicente Morell-Mengual · M. Dolores Gil-Llario · Olga García-Fernández · Rafael Ballester-Arnal

RESUM

Els homes que tenen sexe amb homes (HSH) representen més de la meitat dels nous diagnòstics de VIH a Espanya. Aquest estudi té com a objectiu fer una anàlisi descriptiva de les pràctiques sexuals i de la freqüència d'ús del preservatiu en aquest col·lectiu, així com identificar les variables explicatives de l'ús inconsistent del preservatiu durant les relacions sexuals anals. La mostra està formada per 405 homes d'entre 18 i 60 anys ($M = 28,94$; $DT = 9,35$). Els resultats indiquen que el percentatge d'ús consistent del preservatiu en el sexe anal és del 72,9%. La manca de percepció de risc, una autoestima alta i una major recerca de sensacions constitueixen factors de risc associats a una conducta sexual de risc. Per contra, nivells elevats d'assertivitat sexual i autoeficàcia actuen com a factors protectors. El model proposat explica entre el 33,8% i el 49,2% de la variància. Aquests resultats subratllen la importància de dissenyar i implementar programes de promoció de l'ús del preservatiu adreçats als homes que tenen sexe amb homes que practiquen sexe anal, incorporant mòduls específics orientats tant al desenvolupament d'habilitats assertives com a la reducció dels riscos associats a la percepció d'invulnerabilitat davant el VIH.

Paraules clau: *VIH · Homes que tenen sexe amb homes · Ús del preservatiu · Sexe anal*

INTRODUCCIÓ

El Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) i la Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida (SIDA) constitueixen un problema de salut pública, especialment a través de la via sexual, que és la principal via de transmissió en els nous diagnòstics. A Espanya, les taxes d'incidència es situen per damunt de la mitjana dels països de la Unió Europea i de l'Europa Occidental. Els homes que tenen sexe amb homes (HSH) són el grup més afectat pel VIH, amb una prevalença estimada del 13,3%, en comparació amb el 0,4% de la població general [1, 2]. Segons l'últim informe de vigilància epidemiològica, la transmissió entre homes que tenen sexe amb homes representa el 56,4% de tots els nous diagnòstics i el 66,1% dels nous diagnòstics en homes [3].

En termes generals, la penetració anal és la pràctica sexual amb més risc de transmissió del VIH. La probabilitat de transmissió durant la penetració anal és divuit vegades més alta a la de la penetració vaginal [4]. Les característiques biològiques del recte i de la mucosa anal proporcionen una explicació fisiològica d'aquesta major probabilitat de transmissió [5]. Encara que els

preservatius constitueixen un dels mètodes més eficaços de prevenció del VIH, juntament amb la profilaxi preexposició (PrEP), diversos estudis continuen indicant una baixa freqüència d'ús del preservatiu. L'enquesta europea EMIS del Centre Europeu per al Control i la Prevenció de Malalties, realitzada amb una mostra de 10.652 HSH espanyols, assenyala que, en els darrers 12 mesos, el 27,9% dels homes que van mantenir relacions sexuals anals amb parelles ocasionals no van utilitzar preservatiu de manera sistemàtica [1]. A més a més, un altre estudi recent amb una àmplia mostra d'homes que tenen sexe amb homes espanyols conclou que el 56% ha tingut relacions sexuals anals sense protecció almenys una vegada durant l'últim any [6].

En l'àmbit de la psicologia de la salut, s'han aplicat diverses teories explicatives del comportament per a comprendre la conducta sexual d'alt risc, com ara el Model de Creences sobre la Salut (HBM) [7] o el Model d'Informació, Motivació i Habilitats Conductuals (IMB) [8], entre d'altres. L'anàlisi de les variables que integren aquests models permet explicar l'ús inconsistent del preservatiu i dissenyar estratègies de prevenció efectives adaptades a la realitat psicosocial dels homes que tenen sexe amb homes [9, 10].

Segons l'IMB, la intenció d'adoptar conductes preventives davant el VIH implica un procés de presa de decisions que inclou l'estimació de la probabilitat percebuda d'infecció, l'avaluació de la gravetat del VIH i una anàlisi de cost i benefici sobre l'eficàcia de l'ús del preservatiu com a mètode preventiu [7]. Diversos estudis han confirmat la utilitat d'aquestes variables per a explicar l'ús consistent o inconsistent del preservatiu en aquest col·lectiu [11]. En general, una baixa percepció del risc d'infecció pel VIH o tenir la creença que conviure amb el VIH no és especialment greu disminueix tant la probabilitat d'un ús sistemàtic del preservatiu com de la realització de proves diagnòstiques del VIH [12, 13].

El Model d'Informació, Motivació i Habilitats Conductuals estableix que la informació, la motivació i les habilitats conductuals són determinants clau per a l'adopció i el manteniment de conductes de reducció del risc orientades a prevenir la infecció pel VIH [8]. Diversos estudis també han corroborat l'eficàcia dels components d'aquest model per a dissenyar estratègies preventives relacionades amb l'ús del preservatiu o amb la realització de les proves del VIH [14, 15].

El nivell de coneixement és un factor protector contra la conducta sexual de risc [16]. Aquest coneixement no sols està relacionat amb l'ús consistent del preservatiu, sinó també amb la capacitat d'emprar-lo correctament i amb l'habilitat per a proposar-ne i negociar-ne l'ús [17, 18]. Pel que fa a les habilitats conductuals, diversos estudis han establert la influència directa o indirecta, a través d'altres variables, de les habilitats de comunicació assertiva i de l'autoeficàcia en l'adopció de conductes sexuals de risc, especialment en el cas de la penetració anal sense preservatiu [19, 20, 21].

A banda dels aspectes inclosos en els models clàssics esmentats, la literatura científica especialitzada assenyala que altres variables conductuals, afectives i emocionals també influeixen en les conductes sexuals de risc. En el cas de les variables conductuals, la compulsivitat sexual i la recerca de sensacions són dos dels predictors més potents d'aquesta conducta en homes que tenen sexe amb homes [22]. Aquestes variables s'associen amb la presència d'actituds negatives cap a l'ús del preservatiu, una reducció d'aquest ús en les relacions sexuals anals, un nombre més gran de parelles ocasionals i una més gran probabilitat de participar en pràctiques de sexe en grup [23, 24, 25, 26]. A més a més, un estudi recent del Centre Europeu per al Control i la Prevenció de Malalties confirma que l'ús d'algunes drogues forma part de les dinàmiques sexuals de nombrosos homes [1]. Malgrat l'heterogeneïtat dels resultats en la literatura científica, diversos estudis han trobat una associació negativa i significativa entre el consum de drogues i l'ús del preservatiu [27, 28].

La relació entre certes variables afectives i emocionals i la conducta sexual de risc presenta resultats contradictoris. Mentre que alguns estudis troben una correlació positiva entre el nivell d'autoestima i la freqüència d'ús del preservatiu [29], altres investigacions indiquen que la conducta sexual de risc no està mediatitzada per aquesta variable [30]. Pel que fa a la simptomatologia depressiva, alguns estudis assenyalen que aquesta variable s'associa amb l'ús inconsistent del preservatiu, tant en el sexe anal receptiu com en el sexe anal insertiu [31]. En canvi, altres treballs suggereixen que aquesta relació seria indirecta i mediatitzada per altres constructes, com ara les creences relatives a l'eficàcia del preservatiu com a mètode preventiu o el consum de metamfetamina [32, 33]. Finalment, l'homofòbia interioritzada també té implicacions importants per a la salut sexual [34, 35]. Els homes amb nivells elevats d'homofòbia interioritzada informen d'un ús menor del preservatiu en el sexe anal i en el sexe oral, menor freqüència de proves de detecció d'anticossos i pitjors habilitats de negociació de l'ús del preservatiu [34].

La literatura empírica no presenta un consens clar sobre quines variables expliquen la conducta relativa a l'ús del preservatiu en els homes que tenen sexe anal amb parelles ocasionals. Millorar l'eficàcia de les intervencions preventives i reduir la incidència de nous casos de VIH requereix una profunda comprensió dels determinants socials, cognitius, conductuals, afectius i emocionals [3, 9, 10]. Per això, els objectius d'aquest estudi són: realitzar una anàlisi descriptiva de la freqüència d'ús del preservatiu; examinar la influència de les variables sociocognitives, conductuals, afectives i emocionals sobre l'ús del preservatiu en homes que mantenen relacions sexuals anals amb parelles ocasionals, i identificar un perfil de risc en termes psicològics. S'han establert les següents hipòtesis principals:

1. Més del 25% dels homes no utilitzen el preservatiu de manera consistent en el sexe anal.

2. Els homes amb un ús inconsistent del preservatiu obtindran puntuacions més altes en compulsivitat sexual, simptomatologia depressiva, homofòbia interioritzada, consum de drogues i recerca de sensacions sexuals. Per contra, presentaran puntuacions més baixes en coneixements, vulnerabilitat percebuda, por i gravetat percebudes davant el VIH, autoeficàcia, autoestima i assertivitat sexual.
3. La combinació de les variables descrites anteriorment predirà correctament un percentatge elevat d'homes amb ús inconsistent del preservatiu.

MÈTODE

Participants

La mostra està formada per 349 homes que mantenen relacions sexuals exclusivament amb homes i 56 homes que tenen relacions sexuals amb homes i dones, residents en diferents zones d'Espanya: 38,8% a la zona centreoriental, 17,3% a l'est, 13,6% a la costa est, 13,1% al sud, 11,1% al nord i 5,9% a la zona centreoccidental. Les edats oscil·len entre 18 i 60 anys, amb una mitjana de 29 anys ($M = 28,94$; $SD = 9,35$). Les edats més freqüents corresponen als grups de 20 a 29 anys (53,8%) i de 30 a 39 anys (21,2%). Pel que fa a la situació de parella, el 41,9% declara estar solter i el 50,9% mantenia una relació estable en el moment de l'avaluació. Quant al nivell educatiu, el 60% té estudis universitaris (56,8% amb grau o postgrau i 3,2% amb doctorat), el 39% té estudis secundaris i l'1% estudis primaris (vegeu la taula 1).

Taula 1. Característiques de la mostra.

	Total (n = 405)	HSH (n = 334930)	HSHM (n = 56)
Edat			
Menys de 20 anys	10,1%	9,2%	16,1%
Entre 20 i 29 anys	53,8%	51%	71,4%
Entre 30 i 39 anys	21,2%	23,2%	8,9%
Entre 40 i 49 anys	11,1%	12,3%	3,6%
Entre 50 i 60 anys	3,7%	4,3%	---
Zona de residència			
Regió nord	11,1%	11,7%	8,9%
Regió sud	13,1%	13,8%	8,9%
Regió est	13,6%	13,8%	12,5%
Regió centreoccidental	5,9%	4,9%	12,5%
Regió centreoriental	38,8%	39,8%	32,1%
Costa est	17,3%	16%	25%
Nivell educatiu			
Ensenyament primari	1%	1,1%	---
Ensenyament secundari	9%	36,7%	53,6%
Grau o màster	56,8%	59,3%	41,1%

Doctorat	3,2%	2,9%	5,4%
Parella estable			
Sí	41,9%	48,1%	55,4%
No	50,9%	51,9%	44,6%

HSH: homes que mantenen relacions sexuals exclusivament amb homes; HSHM: homes que mantenen relacions sexuals tant amb homes com amb dones

Instruments

• Variables cognitives

CPS. Qüestionari de Prevenció de la Sida [24]. Aquest instrument consta de 44 ítems dissenyats per a recollir les variables més rellevants dels diversos models de prevenció del VIH: coneixements sobre el VIH, vulnerabilitat percebuda, por d'infectar-se pel VIH, actituds cap als preservatius, intencions sobre el seu ús, conductes sexuals segures, així com l'estigma i la discriminació cap a les persones amb VIH. La consistència interna dels diferents components oscil·la entre 0,67 i 0,74.

EBAP. Escala Breu d'Autoeficàcia en l'Ús del Preservatiu [36]. Aquesta escala, formada per 7 ítems, avalua diverses habilitats relacionades amb l'ús del preservatiu, com ara la capacitat percebuda per a suportar la por del rebuig en suggerir-ne l'ús en una relació sexual (MR), la capacitat percebuda per a controlar els impulsos en situacions d'excitació, com després del consum d'alcohol o drogues, o en moments d'alta excitació sexual (CI), i la capacitat percebuda per a adquirir i negociar l'ús del preservatiu abans d'iniciar una relació sexual (AN). Les respostes es donen en una escala de cinc punts que va d'1 («molt en desacord») a 5 («molt d'acord»). Les puntuacions possibles oscil·len entre 2 i 10 en les escales AN i CI, i entre 3 i 15 en la subescala MR. La versió original utilitzada en aquest estudi presenta una consistència interna de $\alpha = 0,71$.

• Variables afectives i emocionals

RSES. Escala d'Autoestima de Rosenberg [37, 38]. Aquesta escala, composta per 10 ítems de tipus Likert, avalua el nivell global d'autoestima. Les respostes es registren mitjançant una escala de quatre punts que va d'1 («molt d'acord») a 4 («molt en desacord»). La meitat dels ítems estan formulats en sentit negatiu, i s'inverteix la puntuació, de manera que una puntuació més alta indica una autoestima més elevada. La puntuació total oscil·la entre 10 i 40 punts. La consistència interna de la versió espanyola validada és de $\alpha = 0,85$.

CES-D. Escala del Centre d'Estudis Epidemiològics de la Depressió [39, 40]. Es tracta d'un instrument autoinformat breu de 7 ítems dissenyat per a identificar diversos aspectes relacionats amb la simptomatologia depressiva (com dificultats per a dormir, tristesa o problemes de concentració) en la població general. Les respostes es donen en una escala Likert de quatre punts

que va de 0 («mai o gairebé mai») a 3 («la major part o tot el temps»), i les puntuacions dels set ítems se sumen per a obtenir una puntuació global. El rang total oscil·la entre 0 i 21 punts. La versió breu espanyola utilitzada en aquest estudi presenta una consistència interna de $\alpha = 0,85$.

SIHS. Escala Breu d'Homonegativitat Interioritzada [41, 42]. Aquest qüestionari de 13 ítems avalua tres dimensions relacionades amb l'homofòbia interioritzada: la identificació pública com a homosexual (PIH), el confort sexual amb persones homosexuals (SEXC) i el confort social amb persones homosexuals (SOCC). Tots els ítems es responen en una escala Likert de cinc punts que va d'1 («molt en desacord») a 5 («molt d'acord»). La puntuació oscil·la entre 5 i 25 en la subescala PIH i entre 4 i 20 en les subescales SEXC i SOCC. La consistència interna de la versió espanyola, mesurada mitjançant l'alfa de Cronbach, mostra una bona fiabilitat per a cadascuna de les escales, amb valors compresos entre $\alpha = 0,70$ i $\alpha = 0,78$.

• Variables conductuals

SCS. Escala de Compulsivitat Sexual [45, 46]. Aquest instrument conté 10 afirmacions dissenyades per a avaluar la conducta sexual compulsiva, la consciència sexual i els pensaments sexuals intrusius o reiteratius, mitjançant una escala Likert de quatre punts que va d'1 («gens característic de mi») a 4 («molt característic de mi»). La puntuació total oscil·la entre 10 i 40 punts. L'adaptació espanyola emprada en aquest estudi mostra una consistència interna elevada ($\alpha = 0,84$).

SAS. Subescala d'assertivitat en la prevenció de l'embaràs i les ITS [43, 44]. Aquesta subescala de l'Escala d'Assertivitat Sexual s'adreça específicament a les habilitats de comunicació i negociació relacionades amb l'ús del preservatiu abans d'iniciar una interacció sexual amb una altra persona. Inclou sis ítems que es responen amb una escala de cinc punts que va de 0 («mai») a 4 («sempre»). Les puntuacions dels ítems se sumen per a obtenir una puntuació total que pot oscil·lar entre 0 i 24 punts. La versió espanyola utilitzada en aquest estudi presenta una consistència interna de $\alpha = 0,85$.

SSSS. Escala de Recerca de Sensacions Sexuals [45, 47]: aquest instrument autoinformat que proporciona una puntuació global de recerca de sensacions sexuals mitjançant 11 ítems valorats amb una escala Likert de quatre punts, que va d'1 («gens característic de mi») a 4 («molt característic de mi»). La puntuació oscil·la entre 4 i 16 en la subescala de recerca de noves experiències, i entre 7 i 28 en la subescala d'atracció per les sensacions físiques. L'adaptació espanyola presenta una consistència interna de $\alpha = 0,84$ i $\alpha = 0,71$ per a cadascuna de les dues subescales, respectivament.

Consum d'alcohol i drogues. Es van utilitzar tres ítems per a avaluar el consum d'alcohol o drogues durant les relacions sexuals en els sis mesos anteriors: «mantens relacions sexuals després de beure alcohol? », «mantens relacions sexuals després de fumar cànnabis?» i «mantens

relacions sexuals després de consumir altres drogues? ». Les respostes es registren en format dicotòmic: «sí» o «no».

Procediment

Els participants foren reclutats en línia. Per a aquest propòsit, es va establir contacte per correu electrònic amb diverses associacions i ONG (p. ex. l'Institut de la Joventut, la Federació Espanyola de Lesbianes, Gais, Transsexuals i Bisexuals, associacions d'estudiants, etc.), i se'ls va proporcionar informació sobre l'estudi i sol·licitar la seua col·laboració en la distribució dels qüestionaris. A través de les xarxes socials (principalment Facebook i Twitter) o de les pàgines web, les associacions interessades a col·laborar van publicar un missatge amb informació sobre l'estudi i un enllaç a la bateria de qüestionaris. Des del principi, es va informar tots els participants que la participació seria voluntària i s'hi va garantir l'anonimat i la confidencialitat de les dades proporcionades. Es van aplicar les directrius de la Llei orgànica espanyola de protecció de dades i la Declaració de Hèlsinki. La participació fou voluntària i no es va oferir cap remuneració.

Anàlisi de les dades

En primer lloc, es van realitzar anàlisis descriptives per a descriure els participants segons el comportament sexual i l'ús del preservatiu amb parelles ocasionals. Es van utilitzar proves *t* de Student (variables contínues) i proves de *ji* quadrat (variables categòriques) per a comparar les característiques dels participants segons la freqüència d'ús del preservatiu. La grandària de l'efecte d'aquestes comparacions es va calcular mitjançant el coeficient *d* de Cohen i el *V* de Cramer. En el cas del *d* de Cohen, els valors pròxims a 0,20 es consideraren xicotets, els pròxims a 0,50 moderats, i els superiors a 0,80 grans [48]; per al *V* de Cramer es corresponien amb els valors de 0,10, 0,30 i 0,50, respectivament [49]. La selecció de la variable emprada per a formar els grups es va fer tenint en compte el risc biològic implicat en cada pràctica sexual (sexe oral, anilingus, coït anal i penetració anal tàctil o amb joguets sexuals) i la freqüència amb què es realitzava amb parelles esporàdiques. La variable seleccionada va ser la freqüència d'ús del preservatiu durant el coït anal, ja que aquesta pràctica és realitzada pel 95 % dels homes que tenen sexe amb homes i comporta el risc més alt d'infecció tant en la persona receptiva com en la insertiva. L'ítem 35 del Qüestionari de Prevenció de la Sida [24] «amb quina freqüència has utilitzat el preservatiu durant el sexe anal amb parelles ocasionals?» va avaluar la freqüència d'ús del preservatiu. Atès que les opcions de resposta eren: «no tinc aquesta pràctica», «mai», «algunes vegades», «bastants vegades» o «sempre», es va decidir formar dos grups: un amb ús sistemàtic («sempre») i un altre amb ús no sistemàtic («algunes vegades», «bastants vegades» o «mai»). Així, el grup amb ús consistent del preservatiu (UCP) està compost per aquells homes que informen d'un ús sistemàtic (72,9%), mentre que el grup amb ús inconsistent del preservatiu (UIP) està format per aquells homes que

mai o no sempre fan ús del preservatiu (27,1%). Finalment, els resultats obtinguts en les anàlisis prèvies s'integraren en un únic model mitjançant una regressió logística binària. Per a això, es va generar una variable dicotòmica com a variable dependent (VD), basada en l'ítem 35 del Qüestionari de Prevenció de la Sida [24]. Es va assignar el valor 0 al comportament preventiu, és a dir, a l'ús sistemàtic del preservatiu («sempre»). En canvi, es va assignar el valor 1 al comportament de risc, en aquest cas, no utilitzar el preservatiu de manera consistent («mai», «algunes vegades» o «bastants vegades»).

RESULTATS

Comportament sexual i ús del preservatiu

La pràctica sexual més freqüent és el sexe oral, mencionada pel 97,5 % dels homes, seguida del coit anal, amb un percentatge del 95,2 %. La penetració anal tàctil o la penetració amb joguets sexuals i l'anilingus ocupen la tercera i quarta posició, amb percentatges del 85,4 % i del 78,3 %, respectivament. Cal destacar que un 66,2 % dels participants indiquen altres tipus de pràctiques sexuals diferents de les descrites anteriorment, de caràcter parafilic, com el *fisting* (penetració amb el puny), la pluja daurada o el BDSM, entre altres. Pel que fa a la freqüència d'ús del preservatiu, les dades revelen que un percentatge elevat d'homes encara no utilitza de manera sistemàtica aquest mètode de prevenció. La pràctica amb menor ús de preservatiu és el sexe oral (16,7%), seguida de la penetració anal (57,2%) i el coit anal (72,9%).

Anàlisi diferencial dels homes amb ús coherent o incoherent del preservatiu

En el cas de les variables cognitives (vegeu la taula 2), els homes que utilitzen el preservatiu de manera inconsistent (UIP) perceben una major vulnerabilitat davant una possible infecció pel VIH que els homes que utilitzen el preservatiu de manera consistent (UCP), i aquestes diferències són estadísticament significatives ($t_{341} = 4,812$; $p = .001$). En canvi, els homes amb UCP presenten nivells més alts d'autoeficàcia en l'ús del preservatiu en els tres components avaluats: por del rebuig ($t_{341} = -5,846$; $p = .001$), control de l'impuls ($t_{341} = -6,939$; $p = .001$) i adquisició i negociació ($t_{341} = -5,142$; $p = .001$). Finalment, no es van trobar diferències significatives segons la freqüència d'ús del preservatiu en el nivell de coneixements ($t_{341} = 0,063$; $p = .905$), la por d'una possible infecció pel VIH ($t_{341} = 0,126$; $p = .901$), o en la gravetat atribuïda al VIH ($t_{341} = -1,484$; $p = .140$).

Centrant-nos en les variables afectives i emocionals (vegeu la taula 2), els homes amb UIP presenten nivells més elevats d'homofòbia interioritzada que els homes amb UCP. Tanmateix, aquestes diferències només resulten significatives en el factor de comoditat social ($t_{341} = 2,232$; $p = .026$), però no en els factors d'identificació pública com a homosexual ($t_{341} = 0,970$; $p = .333$) ni en comoditat sexual ($t_{341} = 0,996$; $p = .320$). Igualment, el grup amb UIP també obté puntuacions

lleugerament més elevades en símptomes depressius, encara que aquestes diferències tampoc són significatives ($t_{341} = 0,495$; $p = .621$).

Pel que fa a les variables conductuals (vegeu la taula 2), els homes amb UCP presenten un nivell més alt d'assertivitat sexual en l'ús del preservatiu ($t_{341} = -8,718$; $p = .001$). En canvi, els homes que informen d'un UIP obtenen puntuacions significativament més altes en compulsivitat sexual ($t_{341} = 4,489$; $p = .001$) i en la cerca de noves experiències, un tret específic de la recerca de sensacions sexuals ($t_{341} = 6,326$; $p = .001$). Finalment, pel que fa al comportament sexual sota la influència de drogues, els homes amb UIP mostren un ús més elevat de drogues diferents de l'alcohol i el cànnabis ($\chi^2 = 4,860$; $p = .027$).

Taula 2. Puntuacions en les diferents variables segons la freqüència d'ús del preservatiu

	UCP		UIP		t o χ^2	d o V
	M o %	DT	M o %	DT		
Coneixement sobre el VIH (CPS)	11.08	1.44	11.06	1.48	$t = .063$	$d = .01$
Vulnerabilitat percebuda davant el VIH (CPS)	37.86	26.77	23.89	22.62	$t = 4.812^{***}$	$d = .56$
Por percebuda del VIH (CPS)	68.96	34.24	68.44	33.10	$t = .126$	$d = .02$
Gravetat percebuda del VIH (CPS)	2.74	.79	2.88	.59	$t = -1.484$	$d = .20$
Incomoditat (EBAP)	11.43	3.13	13.48	2.06	$t = -5.846^{***}$	$d = .77$
Barreres percebudes (EBAP)	5.94	2.15	7.61	1.91	$t = -6.939^{***}$	$d = .82$
Adquisició (EBAP)	7.80	2.14	8.90	1.60	$t = -5.142^{***}$	$d = .58$
Autoestima (RSES)	31.85	5.88	31.80	6.47	$t = .070$	$d = .01$
Símptomes depressius (CES-D)	6.38	4.60	6.09	4.78	$t = .495$	$d = .02$
Identificació pública com a homosexual (SIHE)	12.04	4.58	11.53	2.29	$t = .970$	$d = .14$
Comoditat social amb persones homosexuals (SIHE)	9.70	3.94	8.67	3.73	$t = 2.232^*$	$d = .27$
Comoditat sexual amb persones homosexuals (SIHE)	8.08	3.44	7.68	3.20	$t = .996$	$d = .12$
Assertivitat sexual (SAS)	12.67	5.57	18.61	5.71	$t = -8.718^{***}$	$d = 1.05$
Compulsivitat sexual (SCS)	18.15	6.16	15.01	4.93	$t = 4.489^{***}$	$d = .56$
Recerca de noves experiències (SSSS)	20.26	4.81	16.78	3.64	$t = 6.326^{***}$	$d = .82$
Atracció per les sensacions físiques (SSSS)	9.04	2.55	8.66	2.65	$t = 1.190$	$d = .15$
Alcohol durant el sexe (sí)	48.4%	--	46.4%	--	$\chi^2 = .107$	$V = .02$
Cànnabis durant el sexe (sí)	15.1%	--	11.2%	--	$\chi^2 = .937$	$V = .05$
Altres drogues durant el sexe (sí)	17.2%	--	8.8%	--	$\chi^2 = 4.860^*$	$V = .12$

Nota: * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; UIP: ús inconsistent del preservatiu; UCP: ús consistent del preservatiu

Variables explicatives del comportament sexual de risc

Per a determinar quines variables influeixen en l'ús inconsistent del preservatiu, es va elaborar una anàlisi de regressió logística amb les variables analitzades prèviament, utilitzant el mètode progressiu (Wald). La prova òmnibus dels coeficients del model és estadísticament significativa

($\chi^2 = 141,313$; $p = .001$), la qual cosa indica que les variables independents expliquen la variable dependent. Els valors de R^2 de Cox i Snell (0,338) i de Nagelkerke (0,492) determinen que el model explica entre un 33,8% i un 49,2% de la variància de la variable dependent. Tal com mostra la taula 3, una percepció exagerada del risc d'infecció pel VIH, un nivell alt d'autoestima i un nivell elevat d'atracció per les sensacions físiques (factor de recerca de sensacions) són factors de risc. En canvi, l'assertivitat sexual, l'adquisició i negociació (factor d'autoeficàcia), el control de l'impuls (factor d'autoeficàcia) i la por del rebuig (factor d'autoeficàcia) són factors protectors. Cal destacar que, encara que en l'anàlisi diferencial anterior la compulsivitat sexual, l'homofòbia interioritzada i l'ús d'altres drogues van resultar variables significatives, no van assolir la significació estadística en l'anàlisi de regressió ($p > 0,05$).

De totes les variables analitzades, percebre's capaç d'aconseguir preservatius i no percebre barreres associades al seu ús incrementa la probabilitat d'utilitzar preservatius durant el coit anal en un 27,7% i un 24,3%, respectivament. En general, s'obté un bon resultat de classificació, amb una mitjana del 85,1% de les classificacions realitzades correctament. Els resultats són millors pel que fa a l'especificitat, ja que es classifica correctament el 93,6% dels homes que tenen sexe amb homes que utilitzen el preservatiu de manera consistent, i lleugerament pitjors pel que fa a la sensibilitat, ja que es classifica correctament el 62% dels homes que tenen sexe amb homes que utilitzen el preservatiu de manera inconsistent.

Taula 3. Anàlisi de regressió logística múltiple

	β	ET	Wald	gl	Sig	Exp (β)	IC 95 % per a (β)	
							Inferior	Superior
Vulnerabilitat percebuda davant el VIH (CPS)	.019	.006	8.293	1	.004	1.019	1.006	1.032
Assertivitat sexual (SAS)	-.116	.029	16.253	1	.001	.890	.842	.942
Autoestima (RSES)	.066	.028	5.491	1	.019	1.068	1.011	1.129
Atracció per les sensacions físiques (SSSS)	.154	.039	15.479	1	.001	1.167	1.081	1.260
Adquisició (EBAP)	-.324	.091	12.729	1	.001	.723	.605	.864
Barreres percebudes (EBAP)	-.278	.083	11.316	1	.001	.757	.644	.890
Incomoditat (EBAP)	-.198	.068	8.580	1	.003	.820	.718	.937

DISCUSSIÓ

Els models actuals de prevenció defensen la importància de dissenyar i implementar accions preventives adaptades a la realitat psicosocial dels homes que tenen sexe amb homes (HSH), amb l'objectiu de reduir l'elevada incidència de nous casos d'infecció pel VIH en aquest col·lectiu. Per això, el

nostre estudi va incidir en la necessitat de conèixer quin percentatge d'HSH espanyols presentava un ús inconsistent del preservatiu i quines variables podrien explicar aquest comportament.

La freqüència d'ús del preservatiu durant el coit anal obtinguda en el nostre estudi és equivalent a les xifres informades per altres investigacions similars [1]. Tanmateix, aquest percentatge continua sent insuficient, ja que aquest grup representa més de la meitat dels nous diagnòstics de VIH [3]. Aquesta elevada prevalença s'explica pel fet que el coit anal és la pràctica sexual comunicada amb més freqüència i constitueix una part inherent de la sexualitat dels homes que tenen sexe amb homes [1, 50]. Quan aquesta pràctica es realitza sense preservatiu, la probabilitat d'infecció pel VIH és vuit vegades superior a la de la penetració vaginal [4, 5].

Els homes que informen d'un ús consistent del preservatiu obtenen puntuacions més altes en autoeficàcia i assertivitat sexual. Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts en altres estudis similars [51, 52], ja que l'autoeficàcia és un aspecte clau en la negociació de l'ús del preservatiu i en la capacitat d'adoptar conductes de protecció davant la infecció pel VIH [53]. En general, aquests homes mantenen una forta convicció sobre la necessitat d'utilitzar preservatius, fins i tot sota la pressió de la parella [54]. Les habilitats de negociació i el comportament sexual assertiu són competències necessàries per a iniciar l'activitat sexual, rebutjar pràctiques no desitjades i negociar aquelles que es volen dur a terme [41, 42].

Per contra, els resultats d'aquest estudi mostren que els homes que habitualment eviten l'ús del preservatiu presenten una forta desinhibició sexual i un control baix dels impulsos, aspectes que també han sigut observats en altres investigacions [20]. Les persones amb alta compulsivitat sexual es caracteritzen per sentir que els seus impulsos sexuals són intensos i difícils de controlar, així com per pensar en el sexe amb més freqüència del que és habitual. Encara que aquests homes perceben una alta probabilitat d'infectar-se pel VIH no utilitzen el preservatiu de manera consistent. Una de les raons que poden explicar aquesta situació és la incapacitat per controlar els impulsos [55]. En conseqüència, els resultats obtinguts mostren que aquests homes també es caracteritzen per la cerca de nivells elevats d'excitació sexual mitjançant sensacions físiques. S'interessen per activitats que provoquen experiències intenses, com no utilitzar preservatius o donar més importància a l'atracció física que no al coneixement de la parella [43, 56]. Aquesta recerca accentuada de sensacions també s'expressa a través d'un major consum de drogues, encara que aquesta relació no sempre té una influència directa en el comportament sexual de risc [25, 57]. Les altes taxes de consum de substàncies poden atribuir-se al fet que algunes drogues són considerades una part habitual o integrada de certes dinàmiques sexuals [58]. Per exemple, els *poppers* no sols es consumeixen pels efectes recreatius, sinó també per les seues propietats dilatadores de l'esfínter i analgèsiques [59].

En general, els resultats indiquen que els homes que utilitzen el preservatiu de manera inconsistent també presenten nivells més alts d'homofòbia interioritzada, especialment en relació amb la comoditat social percebuda en entorns freqüentats per homes obertament gais, la qual cosa és coherent amb les dades d'altres estudis similars [60]. Les persones amb nivells elevats d'homofòbia interioritzada tenen poca probabilitat d'estar integrades en la comunitat LGTBI i, per tant, no solen acudir als espais habituals on es desenvolupen programes preventius dirigits a homes que tenen sexe amb homes [58]. En conseqüència, aquests homes poden disposar d'una informació sexual esbiaixada, derivada d'una perspectiva heteronormativa.

L'anàlisi de regressió logística realitzada mostra que les variables que prediuen l'ús del preservatiu són principalment de tipus cognitiu i conductual. Entre els factors protectors, l'autoeficàcia exerceix un paper predictiu tant en la intenció d'utilitzar el preservatiu com en la capacitat de negociar-ne l'ús [53]. En general, els homes que es perceben capaços d'adoptar les estratègies de prevenció necessàries davant obstacles externs o interns utilitzen més sovint el preservatiu que aquells que no tenen aquesta capacitat [18]. A més a més, els homes amb nivells més alts d'autoeficàcia també disposen de les habilitats d'assertivitat i comunicació sexual necessàries per a negociar amb èxit i seguretat l'ús del preservatiu. Aquesta competència és essencial per a iniciar la interacció sexual i assumir el control de la situació de manera que aquesta es desenvolupe segons el desig propi [51, 61]. Tanmateix, l'autoeficàcia i les habilitats de comunicació assertiva són variables independents. No serveix de res que una persona sàpiga què ha de fer i tinga les habilitats necessàries si no creu en la seua capacitat d'aplicar-les en una situació real. Igualment, no és útil creure en la capacitat per negociar l'ús del preservatiu si no s'han après i practicat prèviament les habilitats que permeten resoldre amb èxit possibles impediments o pressions de la parella. L'adquisició i ús d'aquestes habilitats són especialment importants perquè les interaccions sexuals entre homes que tenen sexe amb homes sovint tenen lloc en contextos d'anonimat sexual, on predomina un codi de silenci i les oportunitats per negociar l'ús del preservatiu són limitades [62].

Pel que fa a les variables que constitueixen factors de risc, els resultats mostren un nivell més alt d'atracció per les sensacions sexuals en no utilitzar el preservatiu, tal com indiquen altres estudis [63]. Per a aquests homes, les sensacions físiques derivades del sexe sense preservatiu actuen com una font de reforç positiu que supera les possibles conseqüències d'una infecció pel VIH. Alguns homes que tenen sexe amb homes opten per practicar sexe sense preservatiu (o *bareback*) de manera conscient i voluntària, acceptant plenament les conseqüències. Aquesta cerca deliberada del risc sexual pot explicar-se, en part, per una percepció elevada de risc [64]. Els homes amb una major sensació de vulnerabilitat percebuda mostren un ús inconsistent del preservatiu. Aquesta troballa contradiu els supòsits del Model de Creences sobre la Salut (Health

Belief Model) aplicats a aquest col·lectiu, ja que aquest model destaca el paper positiu d'una elevada percepció de vulnerabilitat com a element clau per adoptar conductes preventives [5]. Alguns homes poden creure que la infecció pel VIH s'ha convertit en una malaltia normalitzada, un problema de salut més entre els homes que mantenen pràctiques sexuals homoeròtiques que no comporta grans canvis vitals [58]. Per tant, si atribueixen el risc d'infecció al fet de pertànyer a un determinat grup poblacional, independentment del seu comportament, tenen més probabilitats d'implicar-se en pràctiques sexuals sense protecció amb l'objectiu de maximitzar el plaer.

Finalment, el nostre model també situa l'autoestima com un predictor del comportament sexual de risc, a diferència d'altres estudis que no estableixen cap relació entre ambdues variables [28] o la consideren un factor protector [27]. Els homes que tenen sexe amb homes amb una autoestima alta poden sobrevalorar les seues habilitats de comunicació assertiva i infraestimar el risc d'infecció pel VIH [65]. En canvi, la presència d'una autoestima adequada, però no excessivament alta ni irrealista, no sols influeix positivament en l'ús del preservatiu [66], sinó que també s'associa amb un menor nombre de parelles sexuals ocasionals, una major autoeficàcia en l'ús del preservatiu i un menor consum de drogues [67].

Aquest estudi també presenta algunes limitacions. El format en línia de la recollida de dades pot limitar la generalització dels resultats. El context digital pot tenir característiques que influeixen, positivament o negativament, en el comportament preventiu, especialment en l'ús del preservatiu. Tot i això, cal destacar que, segons l'última Enquesta sobre equipament i ús de tecnologies de la informació i la comunicació en les llars, elaborada per l'Institut Nacional d'Estadística [68], el 91,4% de les llars espanyoles tenen accés a Internet, i el 90,7% de la població d'entre 16 i 74 anys ha navegat en els darrers tres mesos. En aquest estudi, els grups es van establir segons l'ús sistemàtic del preservatiu, prioritzant el risc biològic del comportament sexual respecte al nombre de parelles amb què s'havien mantingut relacions sexuals en un període determinat. Els futurs estudis haurien de considerar tant la freqüència d'ús del preservatiu com el nombre de parelles sexuals, ja que és possible trobar dues persones amb un ús inconsistent del preservatiu similar, però amb diferències notables en el nombre de parelles sexuals.

IMPLICACIONS I APORTACIONS PRÀCTIQUES

Proposar una explicació global del comportament sexual de la població, en general, és una tasca infructuosa, no sols perquè és inabastable, sinó també perquè els resultats sovint no consideren variables ni aspectes específics associats a cada subpoblació, la qual cosa dilueix les conclusions. Si es volen dissenyar i implementar estratègies de prevenció eficaces, la població objectiu ha de segmentar-se segons variables conductuals que incrementen el grau de risc, com

ara les relacions esporàdiques i la pràctica del sexe anal. La principal aportació d'aquest estudi és que suggereix un model específic envers l'ús del preservatiu entre homes que mantenen relacions sexuals anals amb altres homes en el context d'una relació ocasional. Així, el model obtingut mostra que nivells elevats d'autoeficàcia i d'assertivitat sexual constitueixen variables protectores que augmenten l'ús del preservatiu. En canvi, una percepció exagerada del risc d'infecció pel VIH, un nivell alt d'autoestima i un nivell elevat de recerca de sensacions sexuals són variables de risc que disminueixen la probabilitat d'utilitzar preservatius. Les futures accions preventives adreçades a aquest col·lectiu haurien de considerar la percepció individual de les capacitats personals, en funció de la qual les persones decidiran utilitzar o no utilitzar el preservatiu, i potenciar la formació en habilitats de comunicació assertiva, com a elements protectors clau. A més a més, també caldria proporcionar estratègies de control personal per a reduir la desinhibició sexual i el control baix dels impulsos sexuals, així com la necessitat de cercar noves experiències sexuals o d'assolir nivells elevats d'excitació mitjançant conductes de risc. Finalment, és imprescindible oferir informació realista per a reduir la creença que la infecció pel VIH és inherent als homes que mantenen pràctiques sexuals homoeròtiques o que viure amb VIH no té impacte significatiu en la salut gràcies a l'existència del tractament antiretroviral.

REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. ECDC. EMIS-2017. The European men-who-have-sex-with-men internet SurveyKey. Findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
2. Rojo A, Arratibel P, Bengoa R. El VIH en España, una asignatura pendiente. Bilbao: The Institute for Health and Strategy (SiHealth); 2017.
3. Plan Nacional sobre Sida, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf.
4. Grulich AE, Zablotska I. Commentary: probability of HIV transmission through anal intercourse. *Int J Epidemiol*. 2010;39(4):1064–5.
5. Kelley CF, Kraft CS, De Man TJ, Duphare C, Lee H, Yang J, et al. The rectal mucosa and condomless receptive anal intercourse in HIV-negative MSM: implications for HIV transmission and prevention. *Mucosal Immunol*. 2017;10(4):996–1007.
6. Koutentakis K, Hoyos J, Rosales-Statkus M, Guerras JM, Pulido J, de la Fuente L, et al. HIV self-testing in Spain: a valuable testing option for men-who-have-sex-with-men who have never tested for HIV. *PLoS ONE*. 2019;14(2):e0210637.

7. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975;13(1):10–24.
8. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*. 1992;111(3):455–74.
9. Arnold EA, Kegeles SM, Pollack LM, Neilands TB, Cornwell SM, Stewart WR, et al. A randomized controlled trial to reduce HIV-related risk in African American men who have sex with men and women: the bruthas project. *Prev Sci*. 2019;20(1):115–25.
10. Eaton LA, Kalichman SC, Kalichman MO, Driffin DD, Baldwin R, Zohren L, et al. Randomised controlled trial of a sexual risk reduction intervention for STI prevention among men who have sex with men in the USA. *Sex Transm Infect*. 2018;94(1):40–5.
11. Li H, Xue L, Tucker JD, Wei C, Durvasula M, Hu W, et al. Condom use peer norms and self-efficacy as mediators between community engagement and condom use among Chinese men who have sex with men. *BMC Public Health*. 2017;17(1):641.
12. Sullivan S, Stephenson R. Perceived HIV prevalence accuracy and sexual risk behavior among gay, bisexual, and other men who have sex with men in the United States. *AIDS Behav*. 2018;22(6):1849–57.
13. Khumsaen N, Stephenson R. Beliefs and perception about HIV/ AIDS, self-efficacy, and HIV sexual risk behaviors among young Thai men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*. 2017;29(2):175–90.
14. Jiang H, Chen X, Li J, Tan Z, Cheng W, Yang Y. Predictors of condom use behavior among men who have sex with men in China using a modified information-motivation-behavioral skills (IMB) model. *BMC Public Health*. 2019;19:261.
15. Jones J, Tiwari A, Salazar LF, Crosby RA. Predicting condom use outcomes via the information motivation behavioral skills model: an analysis of young black men. *Int J Sex Health*. 2018;30(1):1–11.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta on-line europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
17. Crosby R, Mena L, Yarber WL, Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a comparative study of HIV-positive versus HIV-negative young Black MSM. *Sex Transm Dis*. 2015;42(11):634.

18. Aliabadi N, Carballo-Diequez A, Bakken S, Rojas M, Brown W III, Carry M, et al. Using the information-motivation-behavioral skills model to guide the development of an HIV prevention smartphone application for high-risk MSM. *AIDS Educ Prev*. 2015;27(6):522–37.
19. Smith NG, Hart TA, Moody C, Willis AC, Andersen MF, Blais M, et al. Project PRIDE: a cognitive-behavioral group intervention to reduce HIV risk behaviors among HIV-negative young gay and bisexual men. *Cogn Behav Pract*. 2016;23(3):398–411.
20. Macapagal K, Greene GJ, Andrews R, Mustanski B. Evaluating the relationship-oriented information, motivation, and behavioral skills model of HIV preventive behaviors in young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*. 2016;28(2):165–79.
21. Tucker A, Liht J, de Swardt G, Jobson G, Rebe K, McIntyre J, et al. Homophobic stigma, depression, self-efficacy and unprotected anal intercourse for peri-urban township men who have sex with men in Cape Town, South Africa: a cross-sectional association model. *AIDS Care*. 2014;26(7):882–9.
22. Xu W, Zheng L, Liu Y, Zheng Y. Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and high-risk sexual behaviours among gay/bisexual men in Southwest China. *AIDS Care*. 2016;28(9):1138–44.
23. Gao M, Xiao C, Cao Y, Yu B, Li S, Yan H. Associations between sexual sensation seeking and AIDS-related knowledge, attitudes and behaviors among young men who have sex with men in China. *Psychol Health Med*. 2017;22(5):596–603.
24. Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Morell-Mengual V, GiménezGarcía C, Ballester-Arnal R. Validation of the AIDS prevention questionnaire: a brief self-report instrument to assess risk of HIV infection and guide behavioral change. *AIDS Behav*. 2018;23(1):272–82.
25. Jiménez-Vázquez V, Onofre-Rodríguez DJ, Benavides-Torres RA. Imagen corporal, búsqueda de sensaciones sexuales y prácticas sexuales más seguras en hombres que tienen sexo con hombres de Nuevo León, México. *Salud drogas*. 2018;18(2):207–15.
26. Schnarrs PW, Rosenberger JG, Satinsky S, Brinegar E, Stowers J, Dodge B, et al. Sexual compulsivity, the Internet, and sexual behaviors among men in a rural area of the United States. *AIDS Patient Care STDS*. 2010;24(9):563–9.
27. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin*. 2015;145(3):102–7.

28. Tobin KE, Yang C, King K, Latkin CA, Curriero FC. Associations between drug and alcohol use patterns and sexual risk in a sample of African American men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2016;20(3):590–9.
29. Amola O, Grimmatt MA. Sexual identity, mental health, HIV risk behaviors, and internalized homophobia among black men who have sex with men. *J Couns Dev.* 2015;93(2):236–46.
30. Træen B, Hald GM, Noor SW, Iantaffi A, Grey J, Rosser BRS. The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *Int J Sex Health.* 2014;26(1):13–24.
31. Millar BM, Starks TJ, Grov C, Parsons JT. Sexual risk-taking in HIV-negative gay and bisexual men increases with depression: results from a US national study. *AIDS Behav.* 2017;21(6):1665–75.
32. Klein H. Condom use self-efficacy and HIV risk practices among men who use the internet to find male partners for unprotected sex. *Am J Mens Health.* 2014;8(3):190–204.
33. Fletcher JB, Reback CJ. Depression mediates and moderates effects of methamphetamine use on sexual risk taking among treatment-seeking gay and bisexual men. *Health Psychol.* 2015;34(8):865–9.
34. Crosby RA, Salazar LF, Mena L, Geter A. Associations between internalized homophobia and sexual risk behaviors among young black men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2016;43(10):656–60.
35. Holtzman S, Landis L, Walsh Z, Puterman E, Roberts D, Sayam Moore K. Predictors of HIV testing among men who have sex with men: a focus on men living outside major urban centres in Canada. *AIDS Care.* 2016;28(6):705–11.
36. Gil-Llario MD, Morell-Mengual V, Ruiz-Palomino E, Ballester-Arnal R. Factorial structure and psychometric properties of a brief scale of the condom use self-efficacy for spanish-speaking people. *Health Educ Behav.* 2019;46(2):295–303.
37. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *Span J Psychol.* 2007;10(2):458–67.
38. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
39. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.

40. Herrero J, Gracia E. Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Ment.* 2007;30(5):40–6.
41. Currie MR, Cunningham EG, Findlay BM. The Short Internalized Homonegativity Scale: examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educ Psychol Meas.* 2004;64(6):1053–67.
42. Morell-Mengual V, Gil-Llario MD, Ballester-Arnal R, Salmerón-Sánchez P. Spanish adaptation and validation of the Short Internalized Homonegativity Scale (SIHS). *J Sex Marital Ther.* 2017;43(4):298–305.
43. Morokoff PJ, Quina K, Harlow LL, Whitmire L, Grimley DM, Gibson PR, et al. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(4):790–804.
44. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P. Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *An Psicol.* 2011;27(1):17–26.
45. Kalichman SC, Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess.* 1995;65(3):586–601.
46. Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Gil-Llario MD, Salmerón Sánchez P. Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the spanish population. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(6):526–40.
47. Gil-Llario MD, Morell-Mengual V, Giménez-García C, Salmerón Sánchez P, Ballester-Arnal R. Sexual sensation seeking: a validated scale for Spanish gay, Lesbian and Bisexual People. *AIDS Behav.* 2018;22(11):3525–34.
48. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.
49. Ellis PD. *The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results.* Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
50. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;32(6):341–9.
51. Noar SM, Carlyle K, Cole C. Why communication is crucial: meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *J Health Commun.* 2006;11(4):365–90.
52. Eaton LA, Cherry C, Cain D, Pope H. A novel approach to prevention for at-risk HIV-negative men who have sex with men: creating a teachable moment to promote informed sexual decision-making. *Am J Public Health.* 2011;101(3):539–45.

53. Nesoff ED, Dunkle K, Lang D. The impact of condom use negotiation self-efficacy and partnership patterns on consistent condom use among college-educated women. *Health Educ Behav.* 2016;43(1):61–7.
54. Kelley EL, Orchowski LM, Gidycz CA. Sexual victimization among college women: role of sexual assertiveness and resistance variables. *Psychol Violence.* 2016;6(2):243–52.
55. Grov C, Parsons J, Bimbi D. Sexual compulsivity and sexual risk in gay and bisexual men. *Arch Sex Behav.* 2010;39(4):940–9.
56. Heidinger B, Gorgens K, Morgenstern J. The effects of sexual sensation seeking and alcohol use on risky sexual behavior among men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2015;19(3):431–9.
57. Vu NTT, Holt M, Phan HTT, La LT, Tran GM, Doan TT, et al. The relationship between methamphetamine use, sexual sensation seeking and condomless anal intercourse among men who have sex with men in Vietnam: results of a community-based, CrossSectional Study. *AIDS Behav.* 2017;21(4):1105–16.
58. Jacques C, García P, Díez E, Martín S, Caylà JA. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* 2015;29(4):252–7.
59. Zhang H, Teng T, Lu H, Zhao Y, Liu H, Yin L, et al. Poppers use and risky sexual behaviors among men who have sex with men in Beijing, China. *Drug Alcohol Depend.* 2016;160:42–8.
60. Newcomb ME, Mustanski B. Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: a meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2011;40(1):189–99.
61. Santos-Iglesias P, Iglesias JC. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *Int J Clin Health Psychol.* 2010;10(3):553–77.
62. Passaro RC, Castañeda-Huaripata A, Gonzales-Saavedra W, Chavez-Gomez S, Segura ER, Lake JE, et al. Contextualizing condoms: a cross-sectional study mapping intersections of locations of sexual contact, partner type, and substance use as contexts for sexual risk behavior among MSM in Peru. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):958.
63. Danko M, Buzwell S, Earle M. Men at risk of HIV: sexual sensation seeking, sexual compulsivity and sexual risk behavior among Australian MSM who frequently present for post-exposure prophylaxis. *Sex Addict Compuls.* 2016;23(4):324–41.
64. Berg RC. Barebacking among MSM Internet users. *AIDS Behav.* 2008;12(5):822–33.

65. De Santis JP, Colin JM, Provencio Vasquez E, McCain GC. The relationship of depressive symptoms, self-esteem, and sexual behaviors in a predominantly Hispanic sample of men who have sex with men. *Am J Mens Health*. 2008;2(4):314–21.
66. Klein H, Kaplan RL. Condom use attitudes and HIV risk among American MSM seeking partners for unprotected sex via the Internet. *Int Public Health J*. 2012;4(4):419.
67. Elam G, Macdonald N, Hickson F, Imrie J, Power R, McGarrigle CA, et al. Risky sexual behaviour in context: qualitative results from an investigation into risk factors for seroconversion among gay men who test for HIV. *Sex Transm Infect*. 2008;84(6):473–7.
68. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. https://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf