

Dinámica de adquisición de VIH: definiciones desde seropositivos cubanos

Dynamics of HIV acquisition: definitions by Cuban seropositives

Yasel Manuel Santiesteban Díaz^I, Angela Gala González^{II}, Carlos Aragonés López^{III}, Jorge Pérez Avila^{III}

^I Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, Ecuador

^{II} Departamento de Salud de Houston, EEUU.

^{III} Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la exposición a la infección por el VIH, con participación consciente del individuo vulnerable, es un problema complejo que se ha extendido rápidamente, especialmente entre los hombres que tienen sexo con otros hombres.

Objetivo: definir cómo se produce la infección teniendo en cuenta la contribución individual a la exposición y los elementos que caracterizan dicha contribución.

Métodos: un estudio cualitativo con grupos de discusión se llevó a cabo para explorar los criterios y percepciones de las personas con VIH /sida sobre los modos de exposición a la infección. Se seleccionó una muestra intencional de grupos homogéneos. Las respuestas y comentarios de los grupos de discusión fueron ponderados para darles un orden jerárquico.

Resultados: se realizaron 6 grupos de discusión. Los principales conceptos construidos fueron: *infección no evitada* e *infección intencionada*, esta última referida a la exposición consciente o participativa del individuo. Además, el riesgo general de contraer la infección para toda la población cubana, independientemente de su grado de participación (en base a la tasa de prevalencia del VIH en Cuba) se definió como *infección accidental*. Para cada concepto se generaron diferentes categorías que describen la manera y el propósito de la exposición a la infección por VIH.

Conclusiones: los diferentes perfiles de comportamiento individuales están condicionados por factores complejos que conducen a no evitar exponerse y en muchos casos incluso intencionalmente buscar la infección con el VIH. Estrategias de intervención adecuadas podrían contribuir a identificar a tiempo y controlar estos patrones en la población con mayor riesgo.

Palabras clave: VIH/sida; infección no evitada; infección intencionada; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: Exposure to HIV infection, with conscious participation of the vulnerable individual, is a complex problem that has spread rapidly, especially among men who have sex with men.

Objective: To define how the infection occurs taking into account the individual's contribution to the exposure and the elements that characterize such contribution.

Methods: A qualitative study with discussion groups was conducted to explore the criteria and perceptions of people with HIV/AIDS about the ways of exposure to infection. An intentional sample of homogeneous groups was selected. The answers and comments of the discussion groups were weighted to give them a hierarchical order.

Results: Six discussion groups were held. The main concepts were unavoided infection and intentional infection, the latter referred to the conscious or participatory exposure of the individual. In addition, the overall risk of infection for the entire Cuban population, regardless of their degree of participation (based on the HIV prevalence rate in Cuba) was defined as accidental infection. Different categories were generated for each concept describing the manner and purpose of exposure to HIV infection.

Conclusions: Different individual behavioral profiles are conditioned by complex factors that lead not to avoid exposure and, in many cases, even intentionally seek HIV infection. Appropriate intervention strategies could help timely identify and control these patterns in the population at greater risk.

Key words: HIV/AIDS; unavoided infection; intended infection; Cuba.

INTRODUCCIÓN

Según datos de UNAIDS y la OMS existen en el mundo 36,9 millones de personas con VIH/Sida (PVIH) hasta el cierre del año 2013.¹ Dentro de las zonas más afectadas a nivel mundial se encuentra la región del Caribe, caracterizada por una alta tasa de prevalencia del virus y constituyendo este una de las principales causas de muerte para su población.¹

Dentro de la región caribeña se encuentra Cuba, país que mantiene una prevalencia de 0,12 % en población de 15 a 49 años, considerada baja a pesar de su aumento en los últimos años. De 1986 a 2013, se han diagnosticado 19 781 casos de infección por VIH, y 3 302 han fallecido por esta causa.²

Hasta el momento no se dispone de una vacuna o agente terapéutico capaz de eliminar el VIH, por lo que la estrategia fundamental de respuesta es la prevención, encaminada al trabajo sobre las formas de transmisión y los grupos vulnerables.

En todo problema de salud, como lo es sin duda el VIH, es necesario estudiar cómo ocurre el proceso de transmisión de la enfermedad. Varios modelos han sido desarrollados para explicar el contexto y las causas del VIH/sida, así como para identificar los impactos de la epidemia y sus estrategias de control.³ El enfoque doméstico, por ejemplo, ayuda a identificar las causas fundamentales de infección y los efectos sobre la propensión individual a enfermar, y enfatiza en las interconexiones entre las respuestas y vulnerabilidades subsecuentes, incluyendo la perspectiva inter-generacional.⁴ Junto al modelo anterior los discutidos por *Barnett y Whiteside* (2002)⁵ y *Loevinsohn y Gillespie* (2003)⁶ distinguen entre los factores que influyen la susceptibilidad a la infección por VIH y las fuentes de vulnerabilidad individual: el impacto del VIH/sida derivado del macro, meso y microambiente, así como del nivel micro-biológico. Las relaciones entre las fuentes de susceptibilidad y vulnerabilidad están presentes en una serie de ondas o círculos concéntricos para enfatizar la relación sistemática entre los dos elementos que definen la adquisición, transmisión y respuesta al impacto del VIH/sida.

De Waal (2003)⁷ presenta los mismos aspectos medulares en forma de pirámide, para demostrar que muchas de las causas básicas de la epidemia están explicadas en el nivel macro-económico.

*Coreil y cols.*⁸ proponen un modelo para estudiar el medio donde el individuo enfermo se desenvuelve entendido como un ecosistema dinámico, que estructura comportamientos específicos relacionados con el riesgo de transmitir su enfermedad, y desglosa tres macro-ambientes donde se desenvuelven los determinantes que influyen la vulnerabilidad a adquirir un enfermedad transmisible, ambiente social, ambiente biofísico y ambiente constituido sobre la base de la cultura. *Gala y cols.*⁹ adaptan dicho modelo a la temática de la conducta, comenzando ya no desde el individuo enfermo sino desde el individuo supuestamente sano que es vulnerable a adquirir una enfermedad infecciosa. Esta adaptación pretendió describir algunas de las posibles variantes del proceso de adquisición del VIH, en específico las relacionadas con el conocimiento previo del VIH/sida, la relación con personas seropositivas conociendo de este estado y el hecho de mantener relaciones sexuales desprotegidas, lo que sugiere que no se evitó la infección, de modo que identifica tres tipos de comportamiento relacionados con la infección por VIH: comportamientos que incrementan la exposición al VIH, comportamientos que facilitan la infección por VIH y comportamientos que proveen protección para la infección por VIH. (Fig. 1)

Por tanto, se presume que existen comportamientos de riesgo que incrementan la probabilidad de adquirir la infección, y de protección específicos que contrarrestan a los primeros y que pueden ser identificados para estudiarlos como variables de medida del proceso de adquisición.⁹⁻¹¹

En Cuba, la epidemia afecta mayoritariamente a los hombres (80,8 %) y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 73,7 % de todos los casos diagnosticados.^{2,12} De acuerdo a los datos publicados por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (Fig. 2), la epidemia mantiene un crecimiento anual sostenido.

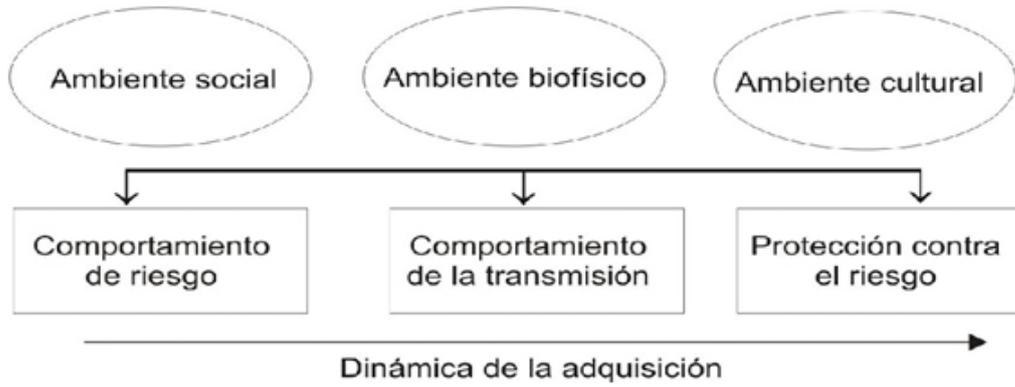
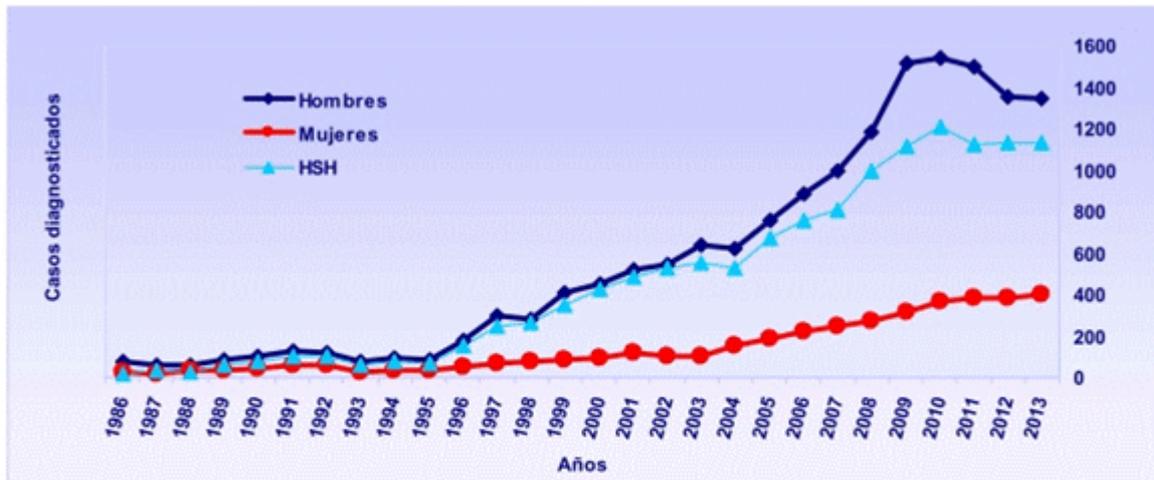


Fig. 1. Base conceptual de la dinámica de adquisición desde la perspectiva del individuo susceptible.⁹



Fuente: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, Informes trimestrales de Monitoreo y Evaluación de los Proyectos Cuba-Fondo Mundial del MINSAP.

Obtenido de: Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida 2013. Oficina Nacional de Estadística e Información, Cuba 2015.

Fig. 2. Cuba 1986-2013. Hombres, mujeres y HSH diagnosticados con VIH cada año.

Obtenido de: Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida 2013. Oficina Nacional de Estadística e Información, Cuba 2015.

Algunos datos de la vigilancia epidemiológica, según referencias de los coordinadores de los programas de VIH/Sida en las provincias (Taller Nacional de Investigaciones en ITS/VIH/sida, Junio de 2004), sugieren que una proporción desconocida de casos pudieron infectarse por mantener relaciones sexuales desprotegidas con seropositivos al VIH de quienes conocían su condición serológica.

La infección por VIH, adquirida con participación consciente del receptor, es una problemática compleja que se ha extendido por el mundo de manera rápida, en especial entre HSH.^{13,14} Aunque medios periodísticos han llamado la atención acerca de algunas tendencias que desfavorecen los esfuerzos por controlar la epidemia, estas aún no han sido suficientemente abordadas por estudios científicos.

De este análisis se desprende que las actitudes ante el riesgo de infección pueden definir el modo o forma en que se adquiere el VIH, dependiendo o no de la voluntad individual. Por tanto, se hace necesario analizar desde un punto de vista más psicosocial cómo ocurre la infección teniendo en cuenta la aportación del individuo vulnerable al propio proceso y junto con ello los elementos que caracterizan dicho aporte. El presente trabajo se propone construir los conceptos de infección por VIH no evitada asociados a la conducta y a la participación del sujeto, desde la experiencia vívida del propio individuo y su relación con el medio que lo rodea.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio con metodología cualitativa por la diversidad de herramientas que posee, lo que posibilita un acercamiento flexible, profundo y contextual al fenómeno que se quiere estudiar.

Se seleccionó la técnica de los grupos focales pues según Sandoval,¹⁵ la primera característica que se evidencia es su carácter colectivo, que contrasta con la singularidad personal de la entrevista en profundidad. Recibe la denominación de focal en dos sentidos: el primero se centra en el abordaje a fondo de un número muy reducido de tópicos o problemas; y el segundo, la configuración de los grupos de entrevista se hace a partir de la identificación de alguna particularidad relevante desde el punto de vista de los objetivos de la investigación, lo que lleva a elegir solamente a sujetos que tengan dicha característica.

Se utilizaron los grupos focales para explorar los criterios y percepciones de las personas con VIH/sida acerca de la definición de dos aspectos específicos. En primer lugar, en qué consiste la infección intencional por VIH, y en segundo lugar, qué es una infección no evitada.

Se seleccionó una muestra intencional de casos homogéneos. En la elección de los participantes se tuvo en cuenta el muestreo homogéneo como estrategia de conformación de los grupos. El punto de referencia más usual es que estos posean algún tipo de experiencia común en relación con el núcleo temático al que apunta la investigación.¹⁶

Se coordinó la aplicación de la técnica en al menos una provincia de las tres regiones del país: en occidente se seleccionó La Habana, en el centro fue seleccionada Camagüey y en oriente fueron seleccionadas Holguín y Santiago de Cuba.

Se elaboró una guía de discusión grupal que sirvió de orientación a cada coordinador. El personal encargado de coordinar los grupos focales en las diferentes provincias se seleccionó primeramente partiendo de su especialidad como científicos sociales (psicólogos y sociólogos) lo que supone un entrenamiento en el manejo de la técnica. Otro de los requisitos fue su conocimiento acerca del VIH y su involucramiento probado en las acciones de promoción y prevención de las diferentes provincias. Se sugirió a los territorios participantes realizar entre 1 y 3 grupos, con un mínimo de participantes de 6 y un máximo de 12 personas por grupo. A Cada grupo, además de

contar con un coordinador, también se le añadió un relator encargado de anotar las respuestas que emanan de la discusión y un observador cuya función fue recoger las reacciones y los mensajes encubiertos de los participantes.

Los grupos focales fueron grabados y transcritos íntegramente. A la información recogida se adicionó todo el material colateral a la transcripción proveniente de las notas sobre la dinámica grupal, el lenguaje corporal, etc. Se realizó un análisis fundamentalmente deductivo. Para construir los conceptos explorados en la guía de discusión se tomaron en cuenta fundamentalmente aquellas expresiones que fueron utilizadas más frecuentemente por los participantes (número de referencias). Las expresiones que aparecieron en menor cuantía se incluyeron en el análisis

atribuyéndosele un valor diferente. Por último, se ponderaron las respuestas en un orden jerárquico quedando así una serie de categorías las cuales describían el medio y el fin por el cual usualmente se adquiría la infección por VIH.¹⁶

Para la participación de los individuos en el estudio se consideraron los principios éticos de justicia, respeto a la autonomía y beneficencia. Para ello se confeccionó un consentimiento informado donde se explicó todo lo referente a la investigación y la participación de los sujetos en ella. Las condiciones principales que se tuvieron en cuenta para la inclusión de los sujetos en los grupos fue que estuvieran infectados con VIH, fueran mayores de 18 años, no tener un diagnóstico previo de trastorno Psiquiátrico y estar de acuerdo en participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

RESULTADOS

Un total de 6 grupos focales fueron conformados participando 56 sujetos. Los participantes reconocieron la existencia de comportamientos que facilitan la infección por VIH/sida y los principales conceptos construidos fueron: la infección no evitada y sus modalidades de infección no evitada intencional, referida a la exposición participativa o consciente; e infección accidental, relacionada con el riesgo global de adquisición de la infección para toda la población cubana independientemente de su grado de exposición (basado en la tasa de prevalencia del VIH en Cuba). Para estas últimas, se especificó el medio utilizado y el fin o propósito. A continuación, se presentan los conceptos construidos e ilustrados por algunas de las expresiones propias de los participantes.

La infección no evitada (INE) quedó definida como la ocurrida en un individuo que ha mantenido relaciones sexuales desprotegidas con personas seropositivas, conociendo de dicho estado. Fue subdividida la infección no evitada en *infección no evitada intencional* e *infección no evitada no intencional*, de acuerdo a la participación cognitiva del deseo manifiesto o no de infectarse.

Infección no evitada intencional: es todo caso que haya adquirido la infección por VIH donde se demuestre deseo manifiesto de infectarse.

"Porque el que no evita intencionalmente una infección la agarra. Yo no evité infectarme, y creo que fue intencionalmente pues yo conocía ampliamente todas las formas para protegerse" [participante GF Camagüey].

El *Medio* utilizado puede ser: inyectarse sangre infectada, tener relaciones sexuales desprotegidas con varias PVIH, romper el condón en relaciones sexuales con PVIH, buscar el riesgo insistentemente, no usar condón a pesar de tener conocimientos sobre VIH, no usar condón a pesar de conocer la condición serológica de la pareja o consenso con la PVIH.

El *Fin* que se persigue puede ser: buscar la enfermedad, sacar provecho de la enfermedad, evadir el miedo, evadir problemas económicos y sociales, o sentido errado de la pertenencia social.

"Considero que si yo sé que la muchacha es seropositiva y yo soy seronegativo y queremos tener sexo de forma desprotegida se podrían abordar muchas razones, una de ellas es, porque quiero infectarme, por amor, a lo mejor estás decepcionado de la vida, lleno de amarguras y ya" []

Infección no evitada no intencional: es todo caso que haya adquirido la infección por VIH donde no se logre demostrar el deseo de infectarse y medie una relación con PVIH conocida.

"Es cuando por haber tenido contactos de riesgos usted decide chequearse y al dar negativo usted continua sin usar condón". []

El *Medio* utilizado puede ser: no uso del condón, relaciones ocasionales o relación de pareja con persona seropositiva conocida.

El *Fin* que se persigue puede ser: amor, pasarla bien, disfrutar la vida, compasión, aceptación y relaciones de afecto.

"El que lo hace por amor considero que no lo hace intencionalmente". []

DISCUSIÓN

El estudio realizado permitió definir los conceptos relacionados con infección no evitada e infección intencional, los cuales pudieran estar influenciando la dinámica de adquisición del VIH en nuestro contexto. Para ello se tuvo en cuenta la percepción y la vivencia de un grupo de personas con VIH/sida de diferentes regiones del país.

El presente trabajo puede considerarse como un acercamiento importante al tema pues muestra una visión general del proceso de infección por el VIH partiendo de la vulnerabilidad e intencionalidad de los individuos a enfermar, y permite tomar en cuenta estas conductas en las acciones y políticas de prevención a desarrollar.³

Propone una metodología de trabajo sobre la base cualitativa con el fin de abordar este tipo de fenómeno u otros donde se desee definir conceptualmente cierto tipo de conducta desde la vivencia de sus propios actores. Con el uso de los grupos focales como instrumento de recolección de información se priorizan los contactos horizontales, entre los miembros del grupo, que incluyen la formulación de preguntas, el intercambio de anécdotas y los comentarios acerca de sus experiencias y puntos de vista. Estos son útiles también para explorar conocimientos y experiencias, y pueden ser usados para examinar no solo lo que la gente piensa, sino, cómo piensa y por qué piensa de determinada manera.

Hasta el momento las clasificaciones asociadas a la dinámica de adquisición del VIH se han dirigido fundamentalmente a la vía de transmisión y la población en riesgo,^{17,18} sin que generalmente se tome en cuenta para clasificar las conductas que ante el riesgo de infección muestran los individuos, las que pueden definir sin duda alguna el modo o forma en que se adquiere el VIH, dependiendo o no de la voluntad individual.

Las preguntas que guían la presente investigación fueron contestadas satisfactoriamente por los participantes en los grupos focales. La infección no evitada quedó definida como "la ocurrida en un individuo que ha mantenido relaciones sexuales desprotegidas con personas seropositivas, conociendo de dicho estado". Lo expresado anteriormente resulta preocupante, en primer lugar, porque podría haber un grupo no identificado de individuos que se están infectando con un claro conocimiento y responsabilidad de sus actos, los cuales atentan contra su salud y además afectan el sistema sanitario, el cual le suministra atención y tratamiento de forma gratuita. Otro análisis que se desprende es el relacionado con el camino de las campañas de prevención las cuales tendrían que incluir estos comportamientos dentro de sus proyecciones de alcance.

Una vez más se demuestra que el comportamiento humano es complejo y las medidas de prevención muchas veces no toman en cuenta indicadores del tipo comportamental. Existe ya un grupo de publicaciones acerca de este tema, iniciadas en los años 2000,^{17,18} principalmente en los Estados Unidos y Europa, que muestran determinadas aristas del problema planteado y confirman además los resultados del presente estudio. Se describe un término llamado *bareback*, el cual es definido por *Shernoff*³ como la realización de sexo anal sin condón de modo intencional entre hombres que no son pareja estable. El término *bareback* citando a *Bazaldúa*¹⁹ es también conocido como "sexo a pelo" o "sexo al natural" y puede ser diferenciado de otras prácticas sexuales de riesgo por: 1) la intencionalidad y premeditación de llevar a cabo el acto sexual sin utilizar un método de barrera como es el condón en sus múltiples presentaciones; 2) enfocarse a prácticas de sexo anal entre hombres; 3) tener un referente temporal y cultural que se da después de la aparición y propagación del VIH/Sida.

*Berg*¹⁴ diferencia el *bareback* de otros fenómenos como son el *bugchasing* definido como el acto de llevar a cabo sexo *bareback* cuando uno de los participantes presenta estatus serológico positivo al VIH y el otro no. En este acto sexual, el participante con estatus serológico negativo - denominado como *bugchaser* - busca de modo premeditado ser infectado por su compañero sexual - designado como *giftgiver*. Como apreciamos, existen definiciones de estos fenómenos emergentes, los cuales están ejerciendo un impacto importante dentro de los sistemas de salud, dado que la infección por VIH tiene a los HSH como sus principales actores en muchos países del orbe. Es importante entonces reconocer que la infección no evitada tiene determinada pertinencia y no está libre nuestro sistema sanitario de tener que enfrentarla.

Uno de los principales objetivos del presente estudio es caracterizar estos conceptos desde las propias prácticas infectivas, teniendo en cuenta el medio utilizado y el fin que se buscaba con el contagio. Realizando un análisis de las respuestas, se halla que existen dos prácticas de infección fundamentales. La primera es la relación sexual, la que engloba el no usar condón a pesar de conocer la condición serológica de la pareja, romper el condón en relaciones sexuales con PVIH, no usar condón a pesar de tener conocimientos sobre VIH y/o tener relaciones sexuales desprotegidas con varias PVIH. La otra práctica que se relaciona con la infección no evitada es la de inyectarse sangre infectada. Algunos autores describen los principales argumentos de los HSH en relación con la práctica del sexo desprotegido. *Shernoff*³ menciona una serie de variables psicológicas y socioculturales como son: homofobia internalizada; inequidad social, educativa y racial; fatiga en el uso del condón por parte de los HSH; bajo

riesgo percibido hacia el VIH dados los avances en los antirretrovirales; el uso de internet para el contacto anónimo entre hombres que buscan practicar el sexo desprotegido, uso de drogas; y el deseo de buscar sensaciones novedosas e intensas.

De la misma manera, *Berg*¹⁴ parte de un modelo ecológico de conducta y presenta un esquema general de variables que, desde distintos niveles de análisis social, se asocian con el *bareback*. En su nivel macro ubica aspectos ideológicos como el homonegativismo y el desarrollo de tratamientos para el VIH; en el nivel meso incluye a las normas sexuales, el activismo comunitario, las inadecuadas campañas de prevención y la fatiga en el uso del condón; en el nivel interpersonal lo circunscribe a las prácticas diádicas de comunicación sobre aspectos sexuales y la unión simbólica vía seminal entre hombres; finalmente, en el nivel intrapersonal engloba a las características sociodemográficas de los individuos, sus valores y conceptualización de la moralidad asociados a la decisión de perseguir o no conductas saludables.

La mayoría de los argumentos identificados en este estudio y en la literatura revisada provienen de los s HSH, pues no se ha abordado esta temática desde otros grupos. Hay que señalar que la mayoría de los estudios sobre este tema se circunscriben a América del Norte y Europa, por lo que sería interesante analizar este conflicto desde las sociedades latinoamericanas. Otro elemento importante es el fin que se persigue con estas prácticas. En el presente trabajo se mencionan un total de 6 (amor, pasarla bien, disfrutar la vida, compasión, aceptación y relaciones de afecto). Igualmente, algunos autores refieren los 'beneficios' percibidos por los involucrados al practicar este tipo de conducta sexual. *Halkitis* (2003)²¹ en una muestra de 518 HSH y bisexuales de la ciudad de New York identificó como los mayores '*beneficios percibidos*' de estas prácticas los siguientes: incremento de la intimidad entre hombres, el sexo es más romántico, es más sexy que el sexo con condón, es más varonil, afirma el amor entre hombres, es más caliente que el sexo con condón, trae beneficios psicológicos, afirma la masculinidad, trae beneficios emocionales.

En el estudio de *Baldazua*,¹⁹ realizado en México en una muestra de 1009 HSH, se obtuvo como principal resultado la relación del sexo desprotegido con palabras como "*placer*", "*calentura*" y "*diversión*". Como vemos, existe una fuerte tendencia hacia estas prácticas con todo un marco conceptual y estudios que muestran hacia dónde va dirigiéndose el camino de la prevención para próximos años a nivel mundial.

Como resultado de los grupos focales se pudo hacer una diferenciación entre la infección no evitada intencional y la infección no evitada no intencional, mediando en esta última el no poderse demostrar la intencionalidad. Los participantes de los grupos igualmente definieron el medio y el fin. Se identifican individuos que no declaran buscar la infección pero que sus conductas dicen lo contrario. Un denominador común en estos casos es el no uso del condón y el conocimiento de que su pareja era seropositivo.

En conclusión, los diferentes perfiles de comportamiento individuales están condicionadas por factores complejos que conducen a no evitar exponerse y en muchos casos incluso intencionalmente buscar la infección con el VIH. Estrategias de intervención adecuadas podrían contribuir a identificar a tiempo y controlar estos patrones en la población con mayor riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Informe Mundial sobre sida. 2013 [citado 07 Ene 2016]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
2. UNAIDS. República de Cuba. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Country Report Progress. 2014 [citado 08 Ene 2016]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//CUB_narrative_report_2014.pdf
3. Bishop-sambrook C. HIV/aids susceptibility and vulnerability pathway: a tool for identifying indicators, role models and innovations. Paper presented at Technical Consultation on Measuring Vulnerability in the Light of the HIV/AIDS Pandemic, 9-11 September 2003, organized by the UN Regional Inter-Agency Coordination and Support Office, Johannesburg, South Africa. 2003 [citado 08 Ene 2016]. Disponible en: ftp://ftp.fao.org/SD/SDW/SDWP/HIV_AIDS_pathway_14oct.pdf
4. International T. HIV/AIDS and Vulnerability: An overview of micro, meso and macro level implications. 2003. Johannesburg, South Africa: TANGO International. 2003 [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: http://www.sarpn.org/documents/d0000600/P627_Frankenberger.pdf
5. Barnett T, Whiteside A. AIDS in the Twenty-First Century, Disease and Globalization: Palgrave Macmillan; 2002.
6. Loevinsohn M, Gillespie S. HIV/AIDS, Food Security and Rural Livelihoods: Understanding and Responding. RENEWAL Working Paper No 2. 2003 [citado 19 Ene 2016]. Available from: www.isnar.org/renewal/publications.htm.
7. De Waal A, editor. HIV/AIDS and Emergencies: Challenges of Measurement and Modelling. Technical Consultation Measuring Vulnerability in the Light of the HIV/AIDS Pandemic. Johannesburg, Southern Africa: Regional Inter-agency Coordination Support Office (RIACSO); 2003.
8. Coreil J, Whiteford L, Salazar D. The household ecology of disease transmission: Dengue fever in the Dominican Republic. Inhorn MC, Brown PJ, editors. Atlanta, Georgia: Gordon and Breach Publishers; 2000.
9. Gala González A, Berdasquera Corcho D, Pérez Avila J, Pinto Valluerca J, Suárez Valdéz J, Joanes Fiol J, et al. Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. Rev Cubana Med Trop. 2007;59(2):90-7.
10. Jennifer Malkowski. Beyond Prevention: Containment Rhetoric in the Case of Bug Chasing. J Med Humanit. 2014; 35: 211-28.
11. Balán IC, Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Remien RH, Dolezal C. HIV-negative Men-who-Have-Sex-with-Men who Bareback are Concerned about HIV Infection: Implications for HIV Risk Reduction Interventions. Arch Sex Behav. 2013;42(2): 279-89.

12. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2013. La Habana: ONEI; 2015.
13. Shernoff M. Condomless Sex: Gay Men, Barebacking, and Harm Reduction. *Social Work*. 2006;51(2):106-13.
14. Berg RC. Barebacking: A Review of the Literature. *Archives of Sexual Behavior*. 2009;38(5):754-64.
15. Sandoval CA, editor. *Investigación Cualitativa*: ICFES; 1996.
16. Taylor SJ, Bogdan R, DeVault Marjorie. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. Wiley 4th Edition: Wiley; 2015.
17. Malkowski Jennifer. Beyond Prevention: Containment Rhetoric in the Case of Bug Chasing. *J Med Humanit*. 2014;35(2):211-28.
18. Cuadra-Hernández SM, Baruch-Domínguez R, César I, Granados-Cosme JA. Dame una pastilla: los significados del VIH/sida en la práctica del bareback en la ciudad de México e implicaciones para la prevención. *Salud pública de México*. 2015;57(2):113-18.
19. Bazaldúa D. Evaluación actitudinal y conceptos asociados al Bareback en hombres que tienen sexo con otros hombres en la Ciudad de México. *Revista Salud & Sociedad*. 2010;1(1):41-50.
20. Wagner GJ, Tohme J, Hoover M, Frost S, Ober Allison, Khouri D, et al. HIV Prevalence and Demographic Determinants of Unprotected Anal Sex and HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men in Beirut, Lebanon. *Arch Sex Behav*. 2014;43:779-88.
21. Halkitis PN, Parsons JT, Wilton L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: Explanations of the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior*. 2003;32(4):351-8.

Recibido: 2016-06-02.

Aprobado: 2016-12-19.

Yasel Manuel Santiesteban Díaz. Máster en Psicología de la Salud, Investigador Auxiliar. Dirección electrónica: ysantiesteban@inspi.gob.ec