



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

“UNA APROXIMACIÓN DESDE EL  
MODELO DE CREENCIAS EN SALUD Y  
DEL MODELO DE INFORMACIÓN,  
MOTIVACIÓN Y HABILIDADES  
CONDUCTUALES A LOS  
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE  
RIESGO DE UN GRUPO DE HOMBRES  
BISEXUALES EN LIMA”

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

GIOVANI MARTÍN DÍAZ GERVASI

LIMA- PERÚ  
2020



**ASESOR**

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

**JURADO DE TESIS**

DR. HUGO SALAZAR JÁUREGUI

PRESIDENTE

DR. JESÚS CHIRINOS CÁCERES

VOCAL

DR. CARLOS LÓPEZ VILLAVICENCIO

VOCAL

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

SECRETARIA

*A mi querido padre Pedro.  
A mi madre Miryam y familia que me  
acompañan en cada paso.*

*Expreso mi gratitud a las personas que  
me apoyaron de diversa manera  
durante los estudios de Doctorado.  
Especialmente al Dr. Giancarlo Ojeda  
Mercado por su acertado  
acompañamiento y guía en el  
desarrollo del presente estudio.  
Asimismo, al Dr. Luis Menacho y a la  
antropóloga Clara Sandoval y por sus  
oportunas observaciones.*

## ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3

1.1. Identificación del problema 3

1.2. Justificación e importancia del problema de investigación 6

1.3. Limitaciones del estudio 8

1.4. Objetivos de la investigación 9

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 12

2.1. Aspectos conceptuales pertinentes 12

2.2. Investigaciones relacionadas al problema 41

2.3. Definiciones teóricas y operacionales de las variables 47

CAPITULO III. METODOLOGÍA 55

3.1. Nivel y tipo de investigación 55

3.2. Diseño de la investigación 55

3.3. Naturaleza de la muestra 57

3.4. Muestra y método de muestreo 57

3.5. Criterios de inclusión	59
3.6. Instrumentos	60
3.7. Procedimientos	60
3.8. Plan de análisis de datos	63
3.9. Consideraciones éticas	65
CAPITULO IV. RESULTADOS	69
CAPITULO V. DISCUSION	114
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	135
CAPITULO VII. RECOMENDACIONES	138
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	141
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables cuantitativas	49
Tabla 2. Categorías y subcategorías de análisis según los modelos para la fase cualitativa	53
Tabla 3. Datos sociodemográficos y acceso a servicios de salud en hombres bisexuales de Lima	69
Tabla 4. Bisexualidad efectiva, comportamientos sexuales y autorreporte de ITS en hombres bisexuales de Lima	72
Tabla 5. Comportamientos sexuales de alto riesgo por tipo de pareja sexual femenina en hombres bisexuales de Lima	74
Tabla 6. Coito anal desprotegido por tipo de pareja sexual masculina en hombres bisexuales de Lima	75
Tabla 7. Análisis bivariado de bisexualidad efectiva con datos sociodemográficos, autorreporte de ITS y comportamientos sexuales en hombres bisexuales de Lima	76
Tabla 8. Análisis bivariado de bisexualidad efectiva con coito anal desprotegido con hombres en bisexuales de Lima	78
Tabla 9. Análisis multivariado de bisexualidad efectiva con datos sociodemográficos, comportamientos sexuales de alto riesgo y acceso a servicios de salud en hombres bisexuales de Lima	79



Tabla 10. Asociación entre bisexualidad efectiva y uso de condón en participantes autoreportados como VIH positivos en hombres bisexuales de Lima 82

Tabla 11. Asociación entre coito anal desprotegido con edad, educación y rol sexual entre bisexuales no efectivos en hombres bisexuales de Lima 83

### **Figuras**

Figura 1. Aplicación del MCS en la predicción de comportamientos preventivos (Adaptado de Becker y Maiman, 1975) 31

Figura 2. Constructos del modelo de información, motivación y habilidades conductuales relacionados a la prevención de una ITS-VIH (Adaptado de Fisher, 2003) 40

Figura 3. Diseño del estudio (elaboración propia) 56

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir y comprender los comportamientos sexuales de riesgo de hombres bisexuales de Lima. Estudio de diseño mixto explicativo, con una fase cuantitativa transversal a través de una encuesta en línea semiestructurada, seguida de una fase cualitativa con entrevistas a profundidad. Empleando un muestreo dirigido, se recolectó primero información cuantitativa de 560 y luego cualitativa de 30 participantes mediante una encuesta en línea y entrevistas semiestructuradas. Se emplearon las pruebas de Fisher, Chi<sup>2</sup> y regresión logística para el análisis cuantitativo. La variable principal fue bisexualidad efectiva. Para el análisis cualitativo se usó la teoría fundamentada. El 49% reportó bisexualidad efectiva, tener coito bajo la influencia de alcohol estuvo asociado a esta variable. Se reportó alta prevalencia de coito desprotegido sobre todo con parejas estables mujeres. Desde la aproximación de dos modelos en salud, se halló mayor susceptibilidad percibida en las relaciones coitales con hombres y la necesidad de una mejora en la atención en salud. Los resultados evidencian que la autoidentificación bisexual no solo depende de la ocurrencia de coito con hombres y mujeres. La alta prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo enfatiza la necesidad de una intervención en salud dirigida a hombres bisexuales considerando sus características y rol en la transmisión de VIH-ITS.

**Palabras clave:** Bisexualidad masculina; Comportamiento sexual de riesgo; Creencias en Salud ; VIH.

## **ABSTRACT**

The objective of the study was to describe and understand the sexual risk behaviors of bisexual men from Lima. Mixed explanatory design study, with a cross-sectional quantitative phase through a semi-structured online survey followed by a qualitative phase of in-depth interviews. Using a targeted sampling, first quantitative information of 560 and then qualitative information of 30 participants was collected through an online survey and semi-structured interviews. Fisher, Chi2 and logistic regression tests were used for quantitative analysis. The main variable was effective bisexuality. For the qualitative analysis, the grounded theory was used. 49% reported effective bisexuality, having intercourse under the influence of alcohol was associated with this variable. High prevalence of unprotected intercourse was reported, especially with stable female partners. From the approach of two models in health, greater perceived susceptibility was found in coital relationships with men and the need for an improvement in health care. The results show that bisexual self-identification does not only depend on the occurrence of intercourse with men and women. The high prevalence of risky sexual behaviors emphasizes the need for a health intervention aimed at bisexual men considering their characteristics and role in the transmission of HIV-STIs.

**Keywords:** Male bisexuality; Sexual risk behavior; Beliefs in Health; HIV.

## INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se buscó describir y comprender los comportamientos sexuales de riesgo de un grupo de hombres bisexuales en la ciudad de Lima desde las bases teóricas del Modelo de Creencias en Salud y del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales.

Es importante obtener mayores conocimientos acerca de este grupo poblacional ya que, según antecedentes, tiene características particulares a nivel cognitivo, psicosexual, sociocultural; así como requerimientos específicos en la atención en salud (Feinstein, 2019b). Este grupo está expuesto a un marcado estigma social y a adquirir diversas infecciones de transmisión sexual. Asimismo, las cogniciones y percepciones relacionadas a sus comportamientos sexuales, a la identidad bisexual y a las características de sus interacciones sociales han sido poco estudiadas.

Por otra parte, el reclutamiento de participantes a través de internet es un medio importante para el desarrollo de investigación acerca del VIH-SIDA en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (Hirshfield, 2004) y una forma práctica de acceder a muestras grandes de participantes poco accesibles con comportamientos de alto riesgo (Chiasson, 2006).

Los comportamientos sexuales de riesgo, y las cogniciones relacionadas a estos, podrán ser entendidos a partir de la aproximación de los postulados de modelos en salud como el Modelo de creencias en salud y el Modelo de información, motivación y habilidades conductuales. Ambos modelos con una amplia aplicación en la prevención y afronte del VIH-SIDA en el ámbito internacional.

Siendo un grupo vulnerable para la adquisición y transmisión del VIH al resto de la población (Konda, 2008), resulta necesario conocer más acerca de sus comportamientos sexuales. A través de un mayor conocimiento se podrán implementar programas de prevención y promoción de la salud que consideren sus características y necesidades.

En la presente investigación, el primer capítulo está relacionado a la identificación, justificación y objetivos del problema. El segundo contempla las investigaciones nacionales e internacionales relacionadas al comportamiento sexual de hombres bisexuales desde un punto de vista mayormente epidemiológico. También contiene las bases teóricas que tratan de explicar la bisexualidad dentro de la sexualidad humana y finalmente se retoman las nociones teóricas del Modelo de Creencias en Salud (MCS) y del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (MIMHC).

En el tercer capítulo, materiales y métodos, se señalan el nivel, tipo y diseño de la investigación, así como las características de la muestra y muestreo; los instrumentos usados, el procedimiento de la investigación y el plan de análisis de resultados a nivel cualitativo y cuantitativo. Seguidamente, se detallan las consideraciones éticas a fin de proteger los derechos de los participantes del estudio. Finalmente se presentan los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo, se desarrolla la discusión a partir de los mismos, planteándose las conclusiones y recomendaciones.

Se espera que este estudio aporte al conocimiento y comprensión de los comportamientos y percepciones del grupo de hombres bisexuales y sus requerimientos en la atención en salud.

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Identificación del problema

Actualmente se estima que en el Perú existen más de 70 000 personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (UNAIDS, 2017). Asimismo, desde 1983 hasta el 2018 el número total de casos reportados con VIH ascendieron a 120 389 y el número de personas en estadio SIDA a 43072 (UNAIDS, 2018).

Según cifras del Ministerio de Salud, solo en el 2018 hubo 5911 nuevos casos reportados de VIH y 1362 casos de SIDA; asimismo, se determinó que la principal causa de contagio fue por la vía sexual (97.58%). Por otro lado, se ha identificado que este incremento continuo en la adquisición de VIH se encuentra principalmente en los hombres de 18 a 29 años, y en las mujeres entre los 30 y 59 años (MINSa, Boletín VIH, 2018).

Es así que, el 12.4% del grupo poblacional de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) continúa teniendo mayor prevalencia de infección en comparación a un 0.5% de la población general (Cárcamo et al., 2012). De esta manera más del 50% de nuevas infecciones en el Perú ocurren en hombres gays, bisexuales y transgénero (UNAIDS, 2018). Se estima que en Perú menos del 50% de los hombres gays y bisexuales se ha hecho la prueba del VIH, y que alrededor de 50,000 HSH no saben que lo tienen (Menacho, Blas, Alva y Orellana, 2013). Por otra parte, la estigmatización y la discriminación hacia la orientación sexual y

de ser VIH (+) desmotivan a los sujetos a la búsqueda de servicios de salud (UNAIDS 2018).

Con respecto a los hombres bisexuales se conoce que intervienen como población “puente” de transmisión del VIH/Infecciones de Transmisión sexual (ITS) hacia mujeres y otros hombres (Sánchez et al., 2007). Por otra parte, este es un subgrupo de difícil accesibilidad y que comúnmente en el contexto latinoamericano y nacional presenta un marcado estigma social. Debido a esto en muchas ocasiones se ven en la necesidad de ocultar su orientación y comportamiento sexual (Dodge et al., 2016) y presentan desigualdades relacionadas al acceso y uso de servicios de salud (Bostwick, 2018).

Por otra parte, a pesar de ser un grupo con comportamientos sexuales y cogniciones particulares, se les considera dentro del grupo de hombres que tienen sexo con hombres (que comparten otras características psicológicas y conductuales) al momento de implementar y ejecutar intervenciones de prevención del VIH y otras ITS (Institute of Medicine, 2011; Zule et al., 2009).

En el contexto nacional, existe poca información disponible acerca de los comportamientos sexuales y cogniciones particulares de los hombres bisexuales y, como consecuencia, no se desarrollan intervenciones preventivas en salud específicas para ellos. Debido a esto resulta necesario desarrollar estudios que describan y expliquen diversos aspectos psicosociales ya que se hace necesaria una atención diferenciada para los hombres autorreportados bisexuales (Feinstein, 2019b).

Para una mejor atención en salud y prevención de ITS-VIH, es necesario que los comportamientos y percepciones sexuales de los hombres bisexuales sean

comprendidos a través de algunos modelos que permiten explicar y fomentar conductas preventivas. Dentro de los modelos más difundidos en la Psicología de la Salud, se encuentra el Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Rosenstock, 1974). Este modelo, que prioriza el factor cognitivo como determinante del comportamiento sexual ya sea preventivo o de riesgo. Se ha venido aplicando en diferentes contextos y trata de explicar la manera en que las personas perciben la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y barreras frente a la adquisición de enfermedades infectocontagiosas como el VIH y otras ITS. Por otra parte, el Modelo de Información, motivación y habilidades conductuales (MIMHC) (Fisher y Fisher, 1992), enfatiza la importancia de estos tres elementos en el cambio del comportamiento frente a las situaciones de riesgo.

Para un mayor conocimiento y comprensión de los comportamientos sexuales de riesgo, en el presente estudio se consideró una primera fase cuantitativa en la que participaron 560 sujetos, y una segunda cualitativa en la que participaron 30 sujetos voluntarios que habían ya participado en la fase previa.

Considerando lo manifestado, emergen las siguientes preguntas de investigación. Para la fase cuantitativa: ¿Cuáles son los comportamientos sexuales de riesgo y las características de un grupo de hombres bisexuales de Lima? y para la fase cualitativa: ¿Cómo se comprenden los comportamientos sexuales de riesgo de un grupo de hombres bisexuales de Lima desde una aproximación del Modelo de Creencias en Salud y del Modelo de información, motivación y habilidades conductuales?. A esta pregunta le siguen las siguientes subpreguntas:



¿Cómo percibe un grupo de hombres bisexuales de Lima la susceptibilidad y la severidad a la infección por VIH, los riesgos y beneficios en relación a los comportamientos sexuales de riesgo, desde la aproximación del Modelo de Creencias en Salud?

¿Cómo perciben la información brindada por el personal de salud en cuanto a su completitud, accesibilidad y adecuación al grupo de hombres bisexuales desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales?

¿Cómo son las motivaciones en relación a las conductas de autocuidado en un grupo de hombres bisexuales de Lima desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales?

¿Cómo son las habilidades conductuales para la prevención de prevención de ITS/VIH en un grupo de hombres bisexuales de Lima desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales?

## **1.2. Justificación e importancia del problema de investigación**

Los hombres bisexuales de Lima conforman un grupo de limitada accesibilidad y sin embargo, desempeña un rol importante en la adquisición y transmisión del VIH y otras ITS hacia la población general (Sánchez, 2007). Asimismo, la transmisión del VIH entre hombres homosexuales y bisexuales implica que algunos hombres actúen como un puente para la infección hacia las mujeres (Konda, 2008).

En este sentido, la presente investigación tiene relevancia teórica ya que aporta mayor conocimiento acerca de los comportamientos sexuales de riesgo,

cogniciones y preferencias en la atención en salud de un grupo de hombres bisexuales en Lima.

Asimismo, es reconocido que un marco teórico robusto, brinda mayor garantía en las actividades preventivas en salud. En este sentido se propone la posibilidad de entender los comportamientos sexuales de este grupo desde la aproximación de dos modelos en salud que han sido ampliamente usados en diferentes contextos para la prevención y el afronte del VIH-SIDA como son el Modelo de creencias en salud (MCS) y el Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (MIMHC).

Por otra parte, es necesario desarrollar estudios que propongan aspectos teóricos que permitan sistematizar y orientar la información y la labor del psicólogo de la salud que realiza prevención e intervención en grupos vulnerables como el de hombres bisexuales.

Asimismo, se han realizado pocos estudios en Latinoamérica y en el contexto nacional que hayan investigado los comportamientos sexuales de riesgo en esta población que suele estar encubierta debido a ser una minoría expuesta a estigmatización social.

A nivel metodológico, el estudio respalda que el uso de espacios virtuales es útil para realizar el reclutamiento de HSH y hombres bisexuales (Alva, 2007), ya que es usado para socializar o buscar parejas casuales o estables y para obtener información sobre atención en salud sexual y cuidado personal. A través de la encuesta en línea y las entrevistas a profundidad se pudo obtener información actual acerca de las percepciones y comportamientos del grupo de hombres bisexuales.

A su vez, este estudio podría servir de base para desarrollar nuevas estrategias de prevención y comportamientos saludables frente a la adquisición y transmisión del VIH en el grupo de hombres bisexuales de Lima en base a los constructos de los modelos teóricos utilizados.

En cuanto a su relevancia social, los participantes del estudio luego de responder la encuesta, tuvieron la oportunidad de recibir orientación y soporte emocional virtual en relación a comportamientos sexuales, salud sexual y estilo de vida

Finalmente, a través de los hallazgos se podrían plantear estrategias dirigidas a las necesidades y características específicas del grupo de hombres bisexuales que disminuyan los comportamientos sexuales de riesgo a través del cambios en la percepción hacia el VIH, el acceso a información real, promoviendo un estilo de vida saludable y una atención en salud en la que se fomente la no estigmatización.

### **1.3. Limitaciones del estudio**

Las limitaciones del presente estudio se relacionan a los siguientes aspectos:

- En la muestra solo se incluyeron a hombres bisexuales de Lima que usaban redes sociales, esto impide la generalización de los datos a todo el grupo de bisexuales.
- Este estudio podría tener sesgos provenientes de motivaciones intrínsecas (mayor percepción de riesgo, más interés por su condición de salud, etc.); o motivaciones extrínsecas, (expectativas por beneficios secundarios).

- Ocasionalmente los participantes pudieron alterar sus respuestas por deseabilidad social.
- A pesar de que se resguardó la privacidad, las entrevistas a profundidad pueden haber sido afectadas por las características del lugar en que se llevaron a cabo.
- Algunas de las limitaciones del uso de una encuesta en línea están relacionadas al sesgo de autoselección, el riesgo de suplantación, a que los participantes tuvieran un interés secundario o que presentaran algún problema físico o de otra índole.
- Por cuestiones de privacidad, no se obtuvieron más datos socio demográficos de los participantes de la fase cualitativa.
- Existen aspectos del comportamiento sexual en los que no se indagó como el coito anal femenino.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general cuantitativo**

Describir los comportamientos sexuales de riesgo y las características de un grupo de hombres bisexuales de Lima .

##### **1.4.2. Objetivos específicos cuantitativos**

- Identificar los datos sociodemográficos de la muestra y la accesibilidad a servicios de salud.
- Identificar la presencia del comportamiento bisexual efectivo en el último año en hombres bisexuales de Lima.

- Identificar la presencia de comportamientos sexuales de alto riesgo en hombres bisexuales de Lima.
- Identificar la asociación entre bisexualidad efectiva con datos sociodemográficos y comportamientos sexuales en hombres bisexuales de Lima.
- Identificar la asociación entre bisexualidad efectiva con sexo desprotegido en hombres bisexuales de Lima.

#### **1.4.3. Objetivo general cualitativo**

Comprender los comportamientos sexuales de riesgo de un grupo de hombres bisexuales de Lima desde una aproximación del Modelo de Creencias en Salud y del Modelo de información, motivación y habilidades conductuales.

#### **1.4.4. Objetivos específicos cualitativos**

Explorar cómo perciben un grupo de hombres bisexuales de Lima la susceptibilidad y severidad al VIH, y los beneficios y barreras en relación a los comportamientos sexuales de riesgo, desde la aproximación del Modelo de Creencias en Salud.

Explorar cómo perciben la información brindada por el personal de salud en cuanto a su completitud, accesibilidad y adecuación al grupo de hombres bisexuales desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

Explorar cómo son las motivaciones en relación a las conductas de autocuidado en un grupo de hombres bisexuales de Lima desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

Explorar las habilidades conductuales para la prevención de prevención de ITS/VIH en un grupo de hombres bisexuales de Lima desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Aspectos Conceptuales pertinentes

##### 2.1.1. Situación actual del VIH

La situación actual del VIH a nivel global, engloba información de 160 países en los que se presenta la pandemia. Se destacan los avances relacionados a la posibilidad de acceder y recibir el tratamiento antirretroviral considerando que en los últimos dos años el número de personas que reciben este tratamiento se ha incrementado, llegando a 21,7 millones, 2,3 millones más que en el 2016 (UNAIDS, 2018).

Por otra parte, se estima un incremento anual de 2.8 millones de personas en los próximos tres años que recibirán tratamiento antirretroviral (TARV). No obstante, este avance en el tratamiento, la disminución de infecciones por VIH no viene dándose con la misma rapidez lo cual acusa una crisis en las estrategias y servicios de prevención. Estos servicios no alcanzan la cobertura necesaria y aun no son accesibles a poblaciones necesitadas (UNAIDS, 2018).

Otro dato importante es que desde el 2004, las muertes anuales debidas al SIDA han ido disminuyendo. Así en el 2018 aproximadamente 770 000 personas murieron por SIDA en el mundo, comparado con 1.7 millones de personas en el 2004 y con 1.2 millones en el 2010. De esta manera, la mortalidad por SIDA ha declinado un 33% desde el 2010 (UNAIDS, 2019).

Por otro lado se tiene que en el 2018 hubo 1.7 millones de nuevas infecciones por VIH y se estima que actualmente hay un total de 37.9 millones de

personas viviendo con el VIH y alrededor de 80 millones de personas han contraído la infección desde el comienzo de la epidemia (UNAIDS, 2018).

La última incidencia reportada en HSH peruanos es de 5.2 nuevos casos por cada 100 personas-año, siendo 9.6 en menores de 25 años (Perú Country ProgressReport, 2012- 2013). Por lo tanto, así como en la mayoría de países de Latino América, la epidemia en el Perú está concentrada en los HSH.

El desconocimiento de factores cognitivos y conductuales sumados a la falta de acceso a servicios de prevención primaria (como campañas preventivas a nivel nacional y la oferta masiva de la prueba del ELISA y otros análisis) y secundaria (como la disponibilidad al tratamiento antirretroviral) podría mantener esta epidemia concentrada en este grupo.

Además, existen otros factores individuales tales como la asociación cognitiva VIH-muerte o la baja, percepción de riesgo y susceptibilidad frente a la enfermedad, especialmente entre los más jóvenes. Otros factores como las barreras percibidas frente a los servicios de salud, la desinformación y creencias falsas acerca del VIH-SIDA, una apreciación negativa del tratamiento antirretroviral, e insuficientes estrategias para brindar soporte emocional para la aceptación al diagnóstico pueden promover la infección por VIH y el desconocimiento del estado de VIH actual en el grupo de HSH (Blas, 2011).

El Ministerio de Salud del Perú utiliza la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) quienes buscan a los HSH en sus espacios de socialización, para brindarles información e invitarlos a visitar los centros de Atención Médica Periódica (AMP). Asimismo, desde el 2013 a través del Fondo Mundial se han concentrado esfuerzos en centros comunitarios y organizaciones



no gubernamentales (ONGs) ya que muchos HSH prefieren acudir a estos centros por ser menos estigmatizantes. Sin embargo, estas estrategias aún son insuficientes en número y alcance ya que en muchos casos no incluyen a todos los sub grupos de HSH (UNAIDS 2018). Estas estrategias no abordan específicamente a aquellos que viven en zonas alejadas, ni a aquellos con características psicosexuales particulares para quienes la mayoría de intervenciones están específicamente diseñadas. Este es el caso del grupo de hombres bisexuales

### **2.1.2. Aspectos generales de la bisexualidad**

Para tratar de comprender algunos aspectos de la bisexualidad, es necesario recordar que la sexualidad humana es un tema vasto sobre el cual se han hecho muchas apreciaciones desde diferentes ópticas a través de la historia, teniendo en cuenta los contextos socioculturales y enfoques que van desde lo netamente empírico a complejos estudios científicos de diversos tipos y múltiples variables. Al unísono de los diversos enfoques y estudios sobre este tema, es reconocido el dato de que cada persona experimenta la sexualidad de una manera particular ligada a factores biopsicosociales, culturales, espirituales entre otros (UNESCO, 2014).

En el presente continúan existiendo temas de sexualidad que generan controversia o son considerados como temas poco “abordables” o entendibles. Uno de ellos es la orientación sexual. Hasta hace no mucho la homosexualidad era catalogada como una patología y considerada una desviación sexual. Bajo este mismo criterio, podía considerarse también a la bisexualidad, es decir las

orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad. Cabe señalar que hacia 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) optó por retirar a la homosexualidad de la clasificación del Manual de Diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento (DSM) e incentivó a rechazar toda legislación discriminatoria contra homosexuales hombres y mujeres. Esto debido a que no existían evidencias científicas de algún tipo de patología física ni mental, sino que se reconoció que se trataba de la orientación sexual de la persona y no de un rasgo psicopatológico. Éste fue el primer antecedente de un proceso de cambio que tardaría en llegar al resto del mundo. Luego de casi dos décadas, en 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS), retiraría a la homosexualidad de su clasificación de enfermedades mentales. En este sentido, hacia el 2000 la APA firmó una Declaración de Postura en la que expresa que no existe evidencia científica que apoye la eficacia de la terapia reparativa o de conversión para “revertir” la orientación sexual, por lo que estos procedimientos no están incluidos como tratamientos psicoterapéuticos (Declaración de la posición de la AAP sobre tratamiento psiquiátrico y orientación sexual, 11Dic1998).

Acerca de los hechos considerados anteriormente, es necesario mencionar que a nivel sociocultural aquellos comportamientos diferentes (que se alejan de lo estándar) o que exceden a lo común, suelen ser estudiadas y analizadas bajo una perspectiva biologicista y medicalista que puede contribuir a la construcción de pensamientos colectivos estigmatizadores frente a comportamientos no esperados o deseados (Juliano, 2010). De esta manera, un imaginario muy estable y común en muchas culturas está relacionado a la

correspondencia sexo y género, en el que respecto a la orientación sexual queda implícita una heterosexualidad cuasi inmutable y hasta obligatoria (Jagger, 2008).

De acuerdo a lo manifestado, en el contexto psicosocial y cultural actual aún existe una fuerte resistencia a la aceptación de lo diferente o ambiguo, predominando la visión polarizada de los comportamientos, actitudes y roles sexuales entre hombres y mujeres. Las creencias excluyentes entre sexos provienen como es sabido de la corriente determinista biológica que es asumida socialmente como principal referente de clasificación, asignación y valorización de los comportamientos psicosexuales.

Sin embargo es bien corroborado en diferentes estudios transculturales que los comportamientos sexuales comprenden una gran diversidad de matices y en donde el sexo y la heterosexualidad no son las normas en cuanto al comportamiento y orientación sexual. De esta manera lo diferente y ambiguo se materializa sobrepasando al determinismo biológico dominante.

En vías de una mayor aceptación de lo diverso y ambiguo, la contribución social de los movimientos pro derechos humanos vienen tratando de inculcar una visión realista y no patológica de la orientación sexual y la diversidad sexual. Un enfoque integral del ser humano y sus características sexuales considera las condiciones biológicas, psicológicas (cogniciones, características de personalidad, experiencias, preferencias personales, aspectos afectivos-emocionales, etc.) y sociales ya que es inevitable comprender a la persona sin tomar en cuenta el contexto sociocultural en el que se desenvuelve. Considerando lo mencionado, es factible una aproximación a la bisexualidad con mayor apertura y teniendo en

cuenta la gran variedad de factores que la pueden determinar dejando a un lado visiones patológicas prejuiciosas y reduccionistas de la misma. La sexualidad como es sabido se manifiesta en todos los aspectos y durante toda la vida, como refiere la OMS: “La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La misma se vivencia y se expresa a través de pensamientos, deseos, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones interpersonales” (OMS, 2006). En este sentido, el constructo orientación sexual está relacionado al sexo hacia el que se inclina el deseo sexual y la afectividad de cada individuo. La orientación sexual es más que una “opción” ya que en la mayoría de los casos no es algo que se escoge o elige deliberadamente. Es por el contrario un factor que viene instaurado en la persona y se desarrolla en el tiempo y contexto.

En el campo de la orientación sexual como parte de la sexualidad, la bisexualidad como tal no es solo una condición o “preferencia sexual”. La misma desde una perspectiva biopsicosocial se inicia desde la infancia (Santrock, 2007) y está relacionada a todos los ámbitos de la persona: aspectos fisiológicos, cogniciones, procesos afectivos, personalidad, experiencias subjetivas y entorno sociocultural.

En torno a la orientación sexual bisexual asumida, se podría afirmar que en el contexto social nacional (y en muchos otros) continúa siendo un tema solapado y fácilmente distorsionado, ya que puede implicar en muchos casos un conjunto de cogniciones personales y sociales estigmatizantes (Cantillo, 2013). No es extraño que algunas personas que se consideran heterosexuales puedan haber

experimentado alguna vez deseo sexual hacia personas del mismo sexo; y este deseo no es catalogado como bisexualidad o requiere un deseo social de aceptación. Sin embargo, cuando la diferencia en el deseo sexual es frecuente o se convierte en lo cotidiano, no es extraño que algunos hombres bisexuales (como ocurre también en la homosexualidad) escondan su orientación, la prefieran mantener al margen o vivir en lo que comúnmente se conoce como estar “en el armario” o “estar en el closet” para no enfrentar la crítica social (Hoel, Lewis y Einarsdóttir, 2014).

### **2.1.3. Hacia una definición de bisexualidad**

La mera actividad sexual con una persona del mismo sexo no se considera necesariamente bisexualidad. Debido a esto, es importante distinguir entre comportamiento, orientación e identidad bisexual, los cuales no siempre coinciden. Por ejemplo, en algunos sitios habitados por personas del mismo sexo, pueden surgir experiencias aisladas u ocasionales de relaciones coitales homosexuales, aunque la orientación y el comportamiento predominante sean heterosexuales. Lo mismo puede ocurrir por razones propias de un contexto como en aquellos de privación de la libertad, trabajo sexual, intereses secundarios, consumo de sustancias que no necesariamente están relacionados a la orientación sexual bisexual, pero pueden propiciar relaciones homosexuales circunstanciales. Partiendo de lo explicado, es necesario definir la bisexualidad. Esta es la orientación sexual de quienes sienten atracción sexual, emocional y/o romántica hacia las personas de ambos sexos no necesariamente al mismo tiempo, de la misma manera, intensidad y frecuencia (FELGTB, 2012). Esta definición enfoca

la bisexualidad como una condición personal más allá de la preferencia netamente sexual y la traslada a diferentes planos de la vida como el afectivo, cognitivo y temporal. Esta definición será asumida para presente investigación. De esta manera la bisexualidad es un conjunto de factores entrelazados y complejos de entender si es que no se parte desde un punto de vista humano, amplio e integrador.

Desde hace décadas atrás se asume la bisexualidad como un patrón recurrente en la sexualidad humana. En el clásico estudio, *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) y *Sexual Behavior in the Human Female* realizado por Alfred C. Kinsey (1953), se halló analizando tanto comportamiento como identidad sexual, que la mayor parte de la población (ambos sexos) manifestaría algún nivel de bisexualidad ya que sólo una minoría (5%-10%) resultó completamente heterosexual o completamente homosexual y sólo un porcentaje aún menor podía considerarse completamente bisexual. De esta manera, este estudio postula que existen diversos grados o matices en la orientación sexual de los seres humanos en general. De acuerdo al estudio se pudo establecer que en un extremo, se encuentra la heterosexualidad pura (Rango 0), en la que está totalmente ausente cualquier contacto homosexual. Luego hay un estado de marcada predominancia de la heterosexualidad y algún contacto homosexual incidental (Rango 1). A continuación, sigue un estado de heterosexualidad predominante, pero con mayor incidencia de contactos homosexuales (Rango 2). En un punto intermedio, hay al mismo nivel de contactos sexuales con hombres y mujeres, el cual es catalogado como comportamiento bisexual. En este estudio, el 11,6% de los hombres entre 20 y 35 años manifestó un comportamiento sexual bisexual (rango 3). Los resultados

pueden ser discutibles desde un punto de vista psicológico y social, sin embargo sugieren que la conducta bisexual es frecuente y puede estar escondida o no asumida como orientación sexual en un considerable porcentaje de la población (Kinsey, 1948).

### Bisexualidad y conducta social

Algunos fenómenos psicosociales como la homofobia y el sexismo se combinan y pueden afectar a las personas (con sus propias características psicosociales) en relación a una orientación sexual diferente a la heterosexual bajo términos y etiquetas en mayor o menor medida discriminatorios: gays, lesbianas, transexuales y bisexuales, que muchas veces pueden optar por “esconderse”, llevando en secreto partes significativas de sus vidas ya que si se muestran tal cual son, pueden ser objeto de rechazo, amenazas, aislamiento, burla y/o acoso (Platero, 2008).

El entorno psicosocial influye fuertemente en el desarrollo y expresión de la psicosexualidad. En el contexto latinoamericano es común que hombres y mujeres sean excluidas en diversos contextos por prejuicios frente a la orientación sexual y comportamientos sexuales. De esta manera, el efecto de la bifobia y homofobia tiene repercusiones en los sistemas de salud ya que no consideran la importancia de la apertura y el entendimiento de las diferencias sexuales. En este sentido es necesario intentar aplicar algunos modelos en salud que aborden de manera integral aspectos individuales y sociales del grupo de hombres bisexuales que permitan un mejor entendimiento y atención a nivel biopsicosocial.

#### **2.1.4. Modelos en salud**

Desde hace varias décadas en el ámbito de la salud y específicamente en psicología en la especialidad de psicología de la salud se vienen asociando cada vez más la adquisición de enfermedades crónicas a las creencias, comportamientos, el estilo de vida, hábitos alimenticios, el medio ambiente, aspectos socioeconómicos, entre otros. De esta manera es sabido que la psicología de la salud emerge de tres grandes cambios psicosociales relacionados a la salud: el cambio espectacular de las causa de mortalidad ya no por enfermedades infecto contagiosas, sino por enfermedades adquiridas. La creciente necesidad de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades debido al aumento explosivo de los gastos sanitarios y la consolidación de la Psicología como profesión que aporta con sus procedimientos a un mayor afrontamiento y adecuación de la persona que padece una enfermedad crónica (Taylor y Aspinwall, 1997).

La visión holística e integradora del ser humano frente a los estados de salud-enfermedad ha llevado al personal de atención en salud e investigadores a promover un comportamiento saludable planteando estrategias de cambio de creencias, comportamientos a favor de una calidad y estilo de vida saludable. Estas intervenciones se fundamentan en modelos teóricos basados en la experiencia de que diversas variables psicológicas como las cogniciones, el tipo de personalidad, el factor emocional afectivo y aspectos psicosociales están asociados a la propagación, adquisición y progresión de diversas enfermedades adquiridas.



En el campo de la psicología de la salud han surgido diversos modelos teóricos para tratar de explicar los comportamientos preventivos y protectores frente a diversas enfermedades, entre ellas la adquisición y afronte del VIH/SIDA. Estos modelos se pueden encontrar: el Modelo de creencias en salud (Rosentock, 1974), La Teoría de la utilidad subjetiva esperada (Edwards, 1961), la Teoría de la motivación por la protección (Rogers, 1975), la Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y la Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1982).

A continuación se describirán algunas características de los modelos mencionados culminando por el Modelo de creencias en salud y el Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (Fisher y Fisher, 1992).

a. La Teoría de la utilidad subjetiva esperada:

La teoría de la utilidad esperada se centra en el análisis de situaciones en que los sujetos necesitan tomar una decisión desconociendo qué resultados van a obtener como consecuencia de esta. A esta situación se le denomina: la toma de decisiones bajo la incertidumbre.

Las personas, según esta teoría, eligen la acción que suponen dará mejores resultados o mayor utilidad esperada. La utilidad esperada es la evaluación subjetiva que hace la persona de la probabilidad y utilidad de los resultados de las diferentes opciones de acción frente a una situación.

Por otra parte, la decisión que se tome va a estar sujeta a el grado de aversión que el sujeto experimente frente al riesgo implicado en la situación y a la utilidad de otros factores vinculados a la situación (Edwards, 1961).

b. La teoría de la motivación por la protección:

Esta teoría está relacionada a una aplicación sistemática de los modelos denominados de *expectativa-valor respecto a las apelaciones al miedo* (Rogers 1975). Este modelo plantea que la activación emocional que se logra al recurrir al miedo para evitar una conducta de riesgo es menos importante o trascendente que la evaluación cognitiva que realiza el sujeto.

En este sentido un mensaje será realmente influyente o persuasivo para la protección frente a riesgos cuanto más motive al individuo a nivel cognitivo. Esto resulta más efectivo que el apelar a la emoción de miedo (Rogers 1975, 1983).

El objetivo es que los sujetos puedan llegar a saber que un comportamiento acarrea resultados negativos. Asimismo, pueden llegar a reconocer que de no cambiar los comportamientos de riesgo obtendrán consecuencias nocivas para su salud.

Antes de apelar al miedo como recurso de cambio, es necesario que los sujetos estén seguros de que disponen de la capacidad de realizar el comportamiento de protección. Por eso es que la motivación hacia la protección, según este enfoque, está relacionada a cuatro tipos de creencias: a) acerca de la severidad percibida de la situación de amenaza, b) acerca de la vulnerabilidad personal, c) sobre lo eficaz que es la respuesta de protección y d) acerca de las creencias de autoeficacia (Rogers, 1975).

c. Teoría de la acción razonada

La teoría de la acción razonada sustenta que las conductas están determinadas e influenciadas por creencias relacionadas a factores del contexto sociocultural en el que se encuentra la persona (Ajzen F., 1980).

Asimismo, postula que el grado de compromiso que los sujetos asumen frente al hecho de ejecutar una conducta depende de sus intenciones, las mismas que están relacionadas a:

- La manera que el sujeto tiene de percibir aquello que es importante sobre su propia conducta.
- La actitud que tiene el sujeto hacia esta conducta.
- El conjunto de creencias que tiene el sujeto de lo que el resto de personas desearían que él realice o la denominada norma subjetiva del individuo.

Por otra parte, en esta teoría, la intención del sujeto de incorporar una conducta saludable (Ajzen F., 1980) está determinada por la creencia que tiene el sujeto acerca del beneficio de la conducta y por la interpretación que tiene de lo que la gente que considera valiosa en su vida preferiría que él hiciera respecto a la conducta saludable.

#### d. Teoría de la autoeficacia

La autoeficacia es el constructo de principal de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982). La motivación y la conducta se desarrollan bajo el pensamiento y se relacionan a tres expectativas:

- a) Las relacionadas a consecuencias de los eventos por efectos del entorno y que no son producidas por el sujeto.
- b) Las relacionadas a los resultados de la acción .

c) Las expectativas de autoeficacia que son las creencias del sujeto acerca de tener las capacidades para llevar a cabo una conducta protectora y obtener los resultados esperados.

De esta manera, la autoeficacia influye directamente en los pensamientos de la persona, los mismos que la van a autoestimular o auto desvalorizar frente a situaciones desafiantes y de riesgo y en el compromiso con sus propias metas. En el ámbito de la salud, la autoeficacia es muy tomada en cuenta respecto a conductas de prevención y afronte a la enfermedad.

Para la presente investigación se escogieron dos modelos en salud que han sido ampliamente usados para la comprensión del comportamiento sexual de riesgo y el desarrollo de acciones preventivas frente al VIH/SIDA. Estos modelos son el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974), y el Modelo de información, motivación, conducta (Fisher y Fisher, 1992). Cabe señalar que ambos modelos si bien han tenido aciertos en sus postulados, también tienen algunas limitaciones que serán abordadas en en el desarrollo de los mismos.

#### **2.1.4.1. Modelo de Creencias en Salud (MCS)**

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Health Belief Model (HBM)) fue propuesto por los psicólogos sociales Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles y Howard Leventhal en el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Este modelo emergió ante la necesidad de entender una falencia constante en el proceso de tamizaje y afrontamiento en los programas de prevención y tratamiento de la tuberculosis además como un intento de dar respuesta a la poca participación de la población en los programas de detección temprana y de prevención en el campo de la salud. Este modelo propone un

conjunto de postulados relacionados a cómo una persona percibe, piensa y se comporta frente a la posibilidad de adquirir o ya teniendo una enfermedad (Hochbaum, 1952), (Rosenstock, 1974).

#### **2.1.4.1.1. Evolución histórica del modelo de creencias en salud:**

El MCS fue propuesto para explicar y predecir comportamientos preventivos en la salud, considerando este como resultado de una función interactiva de ciertas creencias de las personas. Con el transcurrir del tiempo su aplicación se realizó a las respuestas hacia los síntomas y a su conducta en respuesta a enfermedades y en la adherencia a pautas médicas (Cabrera, Tascon, 2001)

Las raíces del modelo están relacionadas a propuestas teóricas acerca de la motivación y percepciones de los sujetos influidos por las conocidas teorías de estímulo-respuesta (conductual) y la teoría cognitiva. De esta manera el MCS valora el proceso de toma de decisiones en las que están involucradas cogniciones que derivan en acciones que involucran la salud.

De esta manera el marco teórico conceptual del MCS se desarrolló en una constante solución de problemas en el ámbito de la salud pública al tratar de entender los comportamientos de las personas afectadas y cómo o en base a qué tomaban sus decisiones en la prevención de algunas enfermedades o en el afrontamiento de las mismas.

En esta línea Hochbaum en 1952 realizó un estudio con más de 1200 sujetos adultos en tres ciudades de USA tratando de evaluar su disposición a someterse a una prueba de rayos X para diagnóstico de TBC. De este estudio surgió uno de los primeros postulados del MCS: las creencias personales de

susceptibilidad a la enfermedad y los potenciales beneficios de la detección temprana de la misma.

Ante la baja aceptación de la población de pruebas preventivas de diversas enfermedades ofertadas de manera gratuita, a muy bajo costo y en unidades cercanas a las viviendas, se requería un marco teórico que explicase los comportamientos preventivos en salud. De esta manera, los autores como psicólogos sociales, estuvieron influenciados por las teorías de Kurt Lewin de orientación fenomenológica. Lewin sostenía que las cogniciones individuales provenían de un “espacio de vida” que estaba conformado por diferentes campos de tal manera que algunas eran valoradas positiva o negativamente mientras otras de forma neutral. En este sentido las enfermedades que podrían aparecer correspondían a regiones de la vida con un valor negativo por lo que se esperaba que la persona dirigiera sus actos a evitar incrementar esa valoración negativa). Además, Lewin y sus colaboradores plantearon que el comportamiento tenía dos componentes: el valor dado por el sujeto a un resultado específico y la valoración que hace el mismo de la probabilidad de que una determinada conducta produjese un resultado (Lewin, 1951).

Partiendo del estudio de Hochbaum acerca de la disposición de las personas a someterse a pruebas de detección temprana de enfermedades, se empezaron a plantear los constructos principales del modelo de creencias en salud. El postulado teórico básico del MCS se basa en que la probabilidad de actuar para evitar la enfermedad es el resultado de un conjunto de creencias de la persona. La primera creencia está relacionada a la susceptibilidad de adquirirla o padecerla. La segunda creencia se relaciona a la severidad con que la enfermedad

puede afectar su vida y la tercera creencia está relacionada a ejecutar una acción correcta que puede reducir la susceptibilidad y la severidad venciendo barreras de costos, de tipo psicológico, conveniencia de acciones preventivas entre otras.

La teoría y desarrollo del Modelo de creencias en salud evolucionó simultáneamente con la solución de problemas prácticos de salud que requerían urgente atención. Tradicionalmente la atención en salud se centraba en la asistencia médica; distaba mucho de la salud pública y de una visión holística de la persona. De esta manera empezaron a cobrar importancia las creencias y los comportamientos antecedentes a la adquisición y desarrollo de la enfermedad que quedaba antes circunscrita al ámbito hospitalario, al diagnóstico y tratamiento de la misma, predominando la atención del síntoma.

El modelo de Creencias de Salud se fundamenta en la valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa. En el campo de la salud, el valor será el deseo de evitar una enfermedad mientras que la expectativa se relaciona a la creencia de que ciertos comportamientos van a prevenir su adquisición (Rosenstock et al., 1994).

De esta manera, se empieza a enfatizar la importancia de las cogniciones en relación a los comportamientos que mantendrán la salud o promoverán la enfermedad en la persona. La autoevaluación del comportamiento podría entonces promover en las personas más comportamientos saludables.

El modelo refiere que los comportamientos saludables se dan en función de dos tipos de factores, por un lado, tenemos la percepción de amenazas contra la salud y por el otro lado, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de

reducir esas amenazas. Cada uno de estos factores considera, a su vez, otras variables.

El MCS viene siendo aplicado para predecir una gran variedad de comportamientos relacionados a la salud que pueden llevar a una detección temprana de enfermedades asintomáticas. El modelo puede ser aplicado a enfermedades ya diagnosticadas colaborando en el cambio del estilo de vida y hábitos de salud de la persona. Las creencias de la salud incluyen la percepción del sujeto en cuanto a la susceptibilidad y la gravedad acerca del hecho de adquirir una enfermedad. También incluye la percepción de beneficios y barreras para tomar medidas para prevenir enfermedades. Bajo este enfoque, las creencias pueden ser modificadas por el contexto físico, social y cultural.

#### **2.1.4.1.2. Constructos del modelo de creencias en salud**

Como una de las teorías del comportamiento de la salud más ampliamente aplicadas (Glanz & Bishop, 2010), el Modelo de Creencias en Salud (MCS) postula cuatro constructos asociados a los comportamientos de salud (Rosenstock, 1974):

1. **Susceptibilidad percibida:** Es la percepción subjetiva del riesgo de contraer la enfermedad. Está relacionada al conjunto de creencias que indican qué tan susceptible se siente una persona de adquirir la enfermedad. Esta contiene también la aceptación del diagnóstico y las valoraciones que la persona le da a nuevos riesgos derivados de la condición de enfermedad (Cabrera, 2001). La percepción de susceptibilidad se relaciona a lo conocido acerca del riesgo de adquirir la enfermedad. La susceptibilidad está condicionada por creencias



colectivas que van desde el optimismo hasta el pesimismo acerca de la frecuencia de la enfermedad.

2. Severidad percibida: percepción que tiene el sujeto de que tan severas serían las consecuencias de tener una enfermedad. También de aquellos efectos derivados de su tratamiento o de su no tratamiento. La severidad tiene dos dimensiones: la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de sus efectos a nivel mental, físico, social y económico.

La percepción de severidad es más intensa en los sujetos que manifiestan algún síntoma, que tienen riesgos o han tenido experiencia directa o indirecta de la enfermedad.

3. Beneficios percibidos: Son todos aquellos aspectos que podrían llevar al sujeto a prevenir la enfermedad como la disposición de servicios de salud y aquellos comportamientos específicos que lo ayudarían a prevenir y afrontar la enfermedad. Los beneficios percibidos están relacionados también a las creencias del sujeto respecto a la efectividad y a la capacidad de poder realizar acciones frente a una enfermedad (Rosenstock, 1974). El MCS (así como otras teorías en salud) asume la noción de autoeficacia como un factor protector contra la enfermedad. Este aspecto está también relacionado al nivel de confianza en sí mismo para realizar comportamientos de prevención y/o afronte de la enfermedad (Moreno y Gil, 2003).

4. Barreras percibidas: Está relacionada a la evaluación personal de la dificultad para tomar una acción preventiva o de afronte a una

enfermedad. Estas barreras involucran costos, aspectos psicológicos, la disponibilidad de recursos de diversa índole que el sujeto debe superar si su meta es evitar o tratar la enfermedad.

De esta manera, para describir gráficamente la aplicación del MCS según la predicción de una conducta preventiva de ITS-VIH en el grupo de hombres bisexuales (Figura 1).

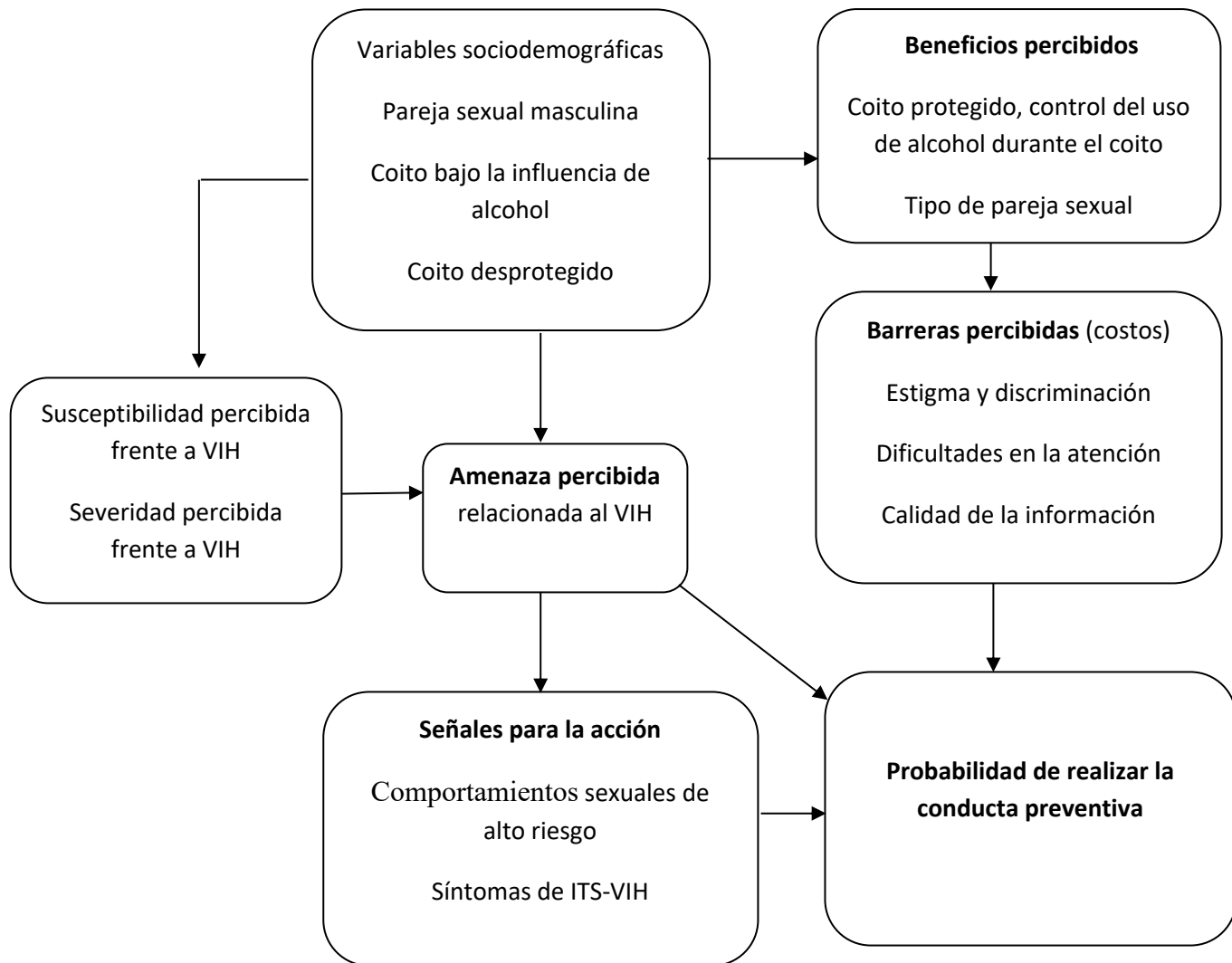


Figura 1. Aplicación del MCS en la predicción de comportamientos preventivos adaptado de Becker y Maiman (1975).

De acuerdo a este modelo, la probabilidad de que alguien tome una acción para prevenir una enfermedad depende de su percepción y cogniciones respecto a qué tan vulnerable o expuesta se asuma la persona frente a una enfermedad. El MCS toma en cuenta las percepciones, cogniciones y los comportamientos en relación a la salud. Fue desarrollado para explicar y predecir comportamientos principalmente relacionados al uso de servicios de salud, protección o riesgo frente a enfermedades. Este modelo sostiene que las percepciones de las personas en relación a los problemas de salud, los beneficios y barreras para la acción y la autoeficacia, son factores que explican el compromiso o carencia del mismo en el comportamiento protector y/o afrontamiento de la enfermedad.

#### **2.1.4.1.3. Aportes del MCS**

El Modelo de Creencias en Salud ha sido aplicado durante décadas como una aproximación a para entender las respuestas de los pacientes a los síntomas de enfermedades (en su mayoría crónicas) en relación a estilos de vida y sus respectivos comportamientos, como, por ejemplo: comportamientos sexuales de riesgo, adicciones y diferentes comportamientos relacionados a enfermedades crónicas que involucren un cambio de comportamiento a largo plazo.

A través de los años, este modelo se ha incorporado cada vez más al campo de la psicología de la salud en cuanto al rol de las creencias de susceptibilidad y riesgo, los comportamientos de autoeficacia y en la percepción de barreras respecto a la adquisición-afectación de alguna enfermedad. Este modelo ha servido en el diseño de investigaciones, intervenciones y educación en salud.

En este sentido se presentó una recopilación de diversos estudios en los que los componentes del MCS fueron relacionados con comportamientos preventivos y de afronte a la enfermedad como el cumplimiento con indicaciones médicas para enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal entre otras. De esta forma se halló que en 24 estudios correlacionales, las barreras impactaron con mayor frecuencia el comportamiento (93%), en segundo lugar se halló la percepción de susceptibilidad (86%), en tercer lugar los beneficios percibidos (74%) y la severidad (50%). De esta manera se verificó la correspondencia entre los componentes del MCS y los comportamientos relacionados a la salud (Janz y Becker, 1984).

De esta manera, si los beneficios percibidos de tomar medidas preventivas para evitar una enfermedad son vistos como mayores que la amenaza percibida de la enfermedad, es probable que el individuo cambie su comportamiento incorporando aquellos que incrementen su salud.

El MCS postula que si las barreras percibidas frente a la acción preventiva se consideran de mayor intensidad que el daño de la enfermedad en sí, es poco probable que el sujeto modifique sus comportamientos de riesgo. De esta manera, la comprensión de cómo y por qué se desarrollan los comportamientos de salud es importante para el éxito y la adaptabilidad de promover estilos de vida.

#### 2.1.4.1.4. Limitaciones y críticas al MCS

Una crítica frecuente al MCS está relacionada a que prioriza para la explicación de los comportamientos variables de origen cognitivo y las usa como mediadoras de los resultados de las acciones en salud, sin considerar variables

importantes como las provenientes del contexto social y otros factores individuales (Moreno, 2003).

Una limitación bastante difundida es la poca capacidad de predicción del comportamiento real de salud que manifiestan los sujetos. Esta poca capacidad predictiva se debe a que no en todas las situaciones los sujetos actúan en forma coherente con sus creencias. Sin embargo, en diversas ocasiones se han realizado revisiones sistemáticas de artículos tratando de evaluar el impacto de los constructos del MCS. De esta manera se halló en un estudio comprendía 24 estudios correlacionales que las barreras percibidas tuvieron un impacto fuerte (93%) sobre el comportamiento, mientras que la percepción de susceptibilidad un 86%, los beneficios percibidos un 74% y la percepción de severidad un 50% (Prentice-Dunn, 1986).

Sin embargo en otro estudio partiendo de 23 investigaciones en las que se usó el MCS y de otras cuarenta incluidas en dos metanálisis además de 2 ensayos bajo control, se hallaron opiniones divididas en relación al efecto predictor del modelo y se sugirió desarrollar investigaciones en las que se analice el efecto conjunto del modelo en sí más que de los constructos por separado (Coombes, 1996).

En este sentido es necesario señalar que este modelo no puede llegar a explicar el retraso con que algunas personas con síntomas no acuden a los servicios de salud. Esto podría estar relacionado a pensamientos de negación de la enfermedad, minimización de los síntomas, desconocimiento, dificultad de acceso a los servicios, entre otros. Comúnmente la relación entre el riesgo de adquirir la enfermedad y los comportamientos preventivos es mayor que la relación entre la severidad percibida de la enfermedad y la conducta preventiva. Por otra parte, los

niveles de severidad y miedo muy altos son inhibidores (Stone, 1982). En el caso del VIH, la severidad percibida suele ser alta (Páez y cols. 1991).

Frente a las limitaciones y críticas descritas, el MCS es un modelo que puede continuar cambiando sus raíces e incluyendo postulados y variables psicosociales a través de los cuales pueda tener en la actualidad mayor capacidad de predecir los comportamientos saludables de las personas.

#### **2.1.4.2. El Modelo de Información Motivación y Habilidades Conductuales (MIMHC)**

El MIMHC, propuesto por Fisher y Fisher (1992) para explicar los comportamientos relacionados con el VIH, reconoce tres elementos fundamentales: la información, la motivación y las habilidades de comportamiento. Para este modelo, los mismos son esenciales para la mejoría y la prevención en salud. Asimismo son considerados como determinantes individuales específicos del comportamiento y su modificación (Fisher, Fisher, y Shuper, 2009).

##### **2.1.4.2.1. Constructos del Modelo de información, motivación y habilidades conductuales**

El MIMHC incluye tres constructos que influyen en los cambios del comportamiento:

1. Información: la información incluye conocimientos relevantes sobre la condición de enfermedad, su tratamiento, la adherencia al mismo, los efectos colaterales, la interacción con otras sustancias, las reacciones emocionales, los factores de riesgos y de

protección frente a una enfermedad. La información puede ser cierta o falsa y puede facilitar la prevención de alguna enfermedad.

2. La motivación: es un factor individual para realizar o no una conducta. Este aspecto incluye las motivaciones personales y sociales. Las motivaciones personales están relacionadas a actitudes positivas o negativas relacionadas a la toma de medicación, a los beneficios o daños percibidos de la alta o baja adherencia. También incluye los factores psicológicos que motivan a encarar una situación de enfermedad, o a desarrollar comportamientos de protección y exposición. La motivación social incluye la percepción de la importancia del soporte social para la adherencia. Este aspecto también abarca actitudes personales hacia el comportamiento de la adherencia, el apoyo social percibido para tal comportamiento, y la norma o percepción subjetiva de las personas acerca de cómo pueden comportarse otras bajo la misma condición de salud.
3. Habilidades conductuales: son las acciones necesarias para llevar a cabo el comportamiento saludable. Las habilidades conductuales son aquellas habilidades del individuo necesarias para la adherencia a las indicaciones del equipo de salud involucrando su nivel de autoeficacia para este objetivo. Las metas relacionadas a la adherencia incluyen aspectos de la toma de la medicación, estrategias para evitar los efectos colaterales y

el auto reforzamiento en diferentes situaciones. Otros aspectos importantes que pueden influir en estas habilidades son la salud mental, las situaciones y experiencias personales, el acceso a servicios de salud y el uso/abuso de sustancias. Las habilidades y comportamiento también incluyen asegurar que la persona tenga las herramientas o estrategias de comportamiento específicas necesarias para llevar a cabo el comportamiento preventivo como buscar y recibir el apoyo social. Asimismo, las habilidades conductuales están relacionadas a aquellos comportamientos protectores de toda índole que realice el sujeto para mantener la calidad de vida y búsqueda de estilos de vida saludables ya sea atravesando o no una condición de enfermedad.

Las intervenciones bajo este modelo han sido eficaces en influir en el cambio de comportamiento a través de una variedad de aplicaciones clínicas. El MIMHC viene demostrando que la información es un requisito previo para cambiar el comportamiento, pero por sí sola es insuficiente para lograr este cambio. Al respecto, en el campo del VIH se han desarrollado diversas investigaciones en las que se indica que el nivel de conocimientos sobre el VIH-SIDA es un predictor del uso de preservativo (Tapia-Aguirre et al., 2004).

La motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos y son independientes del cambio de comportamiento. La información y la motivación trabajan en gran medida a través de habilidades conductuales para afectar el comportamiento. Sin embargo, cuando las habilidades de comportamiento son familiares o no complicadas, la información y la motivación



pueden tener efectos directos en el comportamiento. En este caso, un paciente puede “cumplir” con una receta (un comportamiento simple y familiar) basado en la información proporcionada. Sin embargo, la relación entre la información y los constructos de motivación es débil. En términos prácticos, una persona altamente motivada puede tener poca información, o una persona altamente informada puede tener baja motivación. Sin embargo, en el MIMHC, la presencia de información y motivación aumenta la probabilidad de adherencia. De esta manera este modelo viene siendo usado en la comprensión del comportamiento de riesgo asociado a la infección por VIH y para analizar y promover los niveles de adherencia a la medicación (Fisher, Fisher, Misovich, Kimble y Malloy, 1996).

En cuanto a las actitudes hacia el uso de preservativo, algunos estudios han concluido que tienen poca capacidad predictiva sobre su uso (Martínez-Donate et al., 2004); no obstante, es necesario tener en cuenta las características del contexto y las connotaciones psicosociales. En este sentido se halló que en la población hispana, el preservativo se suele asociar a la promiscuidad y a la prostitución (Dávila 2002).

Es necesario mencionar que los comportamientos de riesgo también tienen una marcada influencia del contexto psicosocial en el que se desenvuelve el individuo. En el caso de los grupos minoritarios, estos son usualmente menos conocidos o expresados socialmente con cierto resguardo para evitar el prejuicio y crítica.

Por otra parte, el consumo de alcohol y otras sustancias se ha relacionado no solo a la adquisición de VIH y otras ITS sino al grado de conciencia de ser VIH (+). De esta manera un estudio en Perú reportó que el coito anal no protegido

en el último encuentro sexual y tener un trastorno por consumo de alcohol se relacionaron con una infección por VIH recientemente diagnosticada. Asimismo se halló que el no estar al tanto de tener el VIH se asoció con comportamientos sexuales de alto riesgo y un consumo elevado de alcohol (Ludford, Gonzales, et. all., 2014). En esta línea, la exposición se incrementaría no solo a través de comportamientos netamente sexuales, sino que interfieren variables relacionadas al consumo de sustancias y al contexto de socialización.

#### **2.1.4.2.2. Conducta preventiva en el MIMHC**

Desde la perspectiva del modelo de información, motivación y habilidades conductuales, la conducta preventiva está conformada por tres elementos: a. la información que maneja la persona acerca de la conducta preventiva, b. esta información genera motivación para desarrollar esta conducta y c. que la misma persona disponga de habilidades conductuales para efectuar tal conducta; a su vez esto depende de que la persona haya estado previamente informada y motivada (Bermudez, 2003).

Los constructos del modelo de información, motivación y habilidades conductuales relacionados a la prevención de una ITS-VIH en la población estudiada podrían graficarse como indica la figura 2.

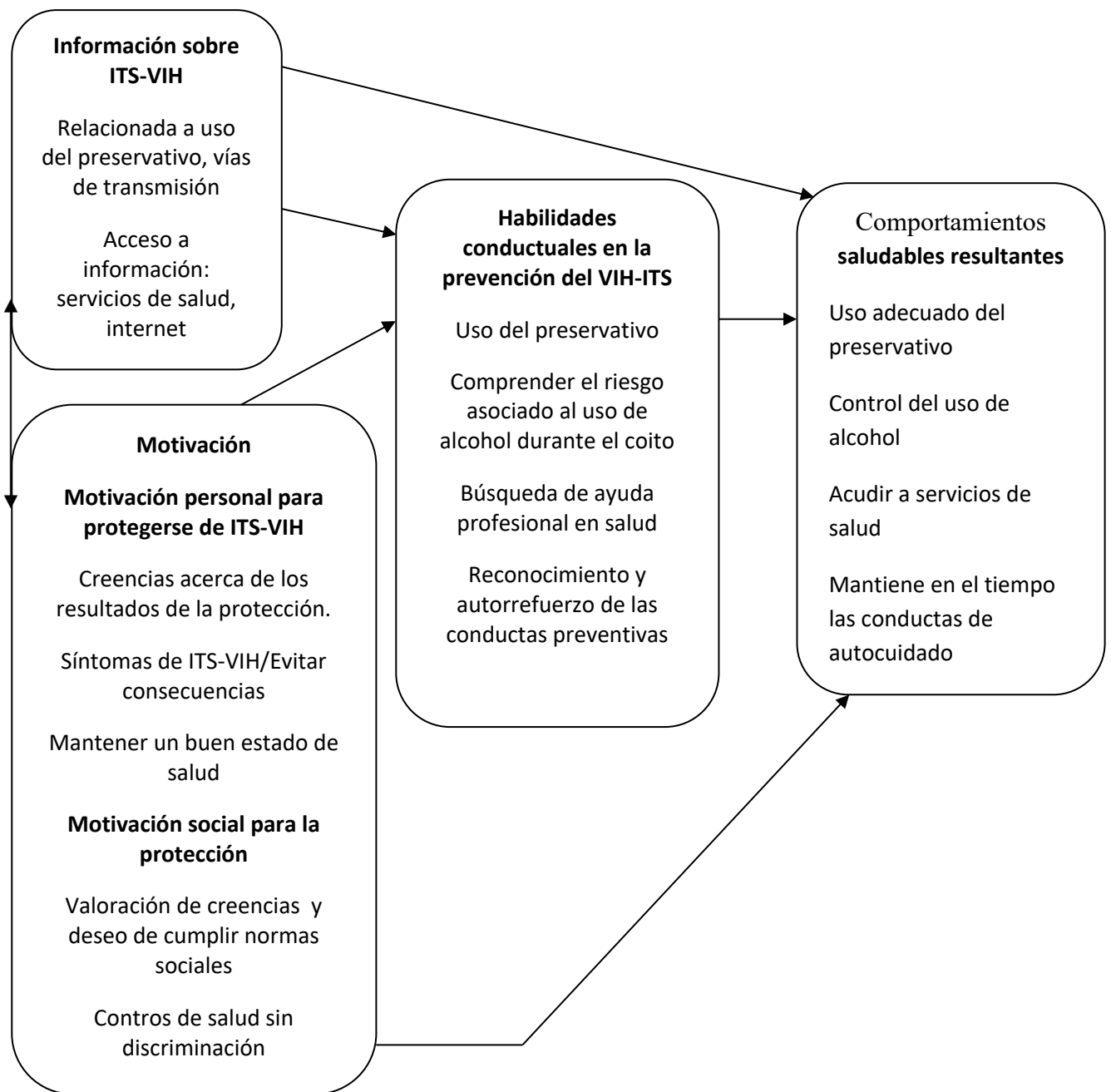


Figura 2. Constructos del modelo de información, motivación y habilidades conductuales relacionados a la prevención de una ITS-VIH (adaptado de Fisher, 2003)

## **2.2. Investigaciones relacionadas al problema**

A nivel internacional, se desarrolló un estudio denominado “Patrones de comportamiento sexual y riesgo de adquisición del VIH en hombres bisexuales comparados con hombres heterosexuales y homosexuales” (Izasola-Licea & Gortmaker, 2002). Este estudio tuvo por objetivo comparar los patrones de comportamiento sexual entre hombres bisexuales, heterosexuales y homosexuales. La muestra estuvo conformada por 8068 hombres entre 15 y 60 años. Los hombres tuvieron actividad sexual durante los últimos cinco años previos a la encuesta. Se halló que los hombres bisexuales reportaron mayor frecuencia de relaciones coitales anales con mujeres (16% vs. 3%) y mayor frecuencia en las relaciones coitales con trabajadoras sexuales que los heterosexuales (10% vs. 4%). Los bisexuales usaron condones más frecuentemente con las trabajadoras sexuales que los heterosexuales ( $p < 0.01$ ). Un 21% de bisexuales reportó haber tenido relaciones coitales anales (receptivas o insertivas) con otros hombres en el año anterior al estudio. Los bisexuales que reportaron penetración anal tuvieron comportamientos receptivos menos frecuentes que los homosexuales exclusivos (13% vs. 60%). El 7% de los bisexuales tuvieron coito receptivo desprotegido en la última relación sexual con otro hombre. En este estudio se observa que menos de la cuarta parte de los hombres autorreportados bisexuales tuvo coito penetrativo con otro hombre. Sin embargo, es necesario tener en cuenta el contexto psicosocial y los factores psicológicos determinantes que predisponen o no a mantener relaciones coitales en este grupo.

El estudio “Previniendo comportamientos sexuales de riesgo entre adolescentes gays, lesbianas y bisexuales: Los beneficios de la Instrucción en

sensibilidad al VIH en escuelas” (Blake & Ledsky, 2001) tuvo por objetivo comparar los comportamientos sexuales de riesgo entre adolescentes gay, bisexuales, lesbianas y heterosexuales y evaluar las asociaciones entre la instrucción en sensibilidad gay-VIH y los comportamientos de riesgo en los jóvenes gay, bisexuales y lesbianas. Se halló que los adolescentes gay, bisexuales y lesbianas reportaron más uso de sustancias, mayores comportamientos sexuales de riesgo, pensamientos e intentos suicidas que los adolescentes heterosexuales. Entre aquellos que fueron sexualmente activos, los adolescentes gays, bisexuales y lesbianas reportaron mayor número de parejas sexuales que los heterosexuales. También reportaron mayor uso de alcohol antes del último coito. Los adolescentes gay, bisexuales y lesbianas que recibieron instrucción en VIH reportaron haber tenido menos parejas sexuales, menos relaciones coitales recientes y menor uso de alcohol antes de la última relación coital que los adolescentes de otras escuelas donde no se aplicó el programa. Se concluyó que la instrucción en sensibilización gay-VIH, incrementa los comportamientos protectores en los adolescentes gays, bisexuales y lesbianas. En este sentido el estudio referido afirma la importancia de la información y conocimiento manejado sobre el VIH en la disminución de la exposición al VIH. El nivel de conocimiento que es un factor de la teoría de información, motivación y conducta es clave para la prevención de los comportamientos de riesgo; sin embargo, es necesario describir este factor en el grupo de hombres bisexuales e indagar en qué medida se convierte en un factor protector considerando sus características psicosociales.

Por otro lado, en un reciente estudio, denominado: An Information–Motivation–Behavioral Skills Model of PrEP Uptake. (Dubov, A., Altice, F. L. y

Fraenkel, L. ,2018), se realizó una revisión de artículos que tuvieron como base el modelo de información , motivación y habilidades conductuales centrándose en la toma de PrEP, profilaxis pre exposición para el VIH. El estudio refería que no obstante la efectividad documentada de la profilaxis, la toma constante de la misma es baja en grupos poblacionales de alta exposición o riesgo al VIH en Los Estados Unidos. El estudio refiere que de 1.2 millones de personas que reciben el tratamiento, solo 49,158, es decir el 4% la está usando. Asimismo refiere que el desarrollo de un marco teórico integral podría ayudar a entender los motivos de esta baja adherencia y que la información y la motivación son fundamentales para accionar las habilidades conductuales concretizando la mejor toma de la profilaxis. Sin embargo refieren que es necesario ajustar el modelo tradicional de IMHC en base a experiencias directas para lograr incrementar la constancia en la toma de dicha medicación.

#### Antecedentes Nacionales

El estado de la epidemia del VIH se mide de acuerdo a la Clasificación propuesta por el Banco Mundial en 1997 (Boletín Epidemiológico Semanal N. 8, 2004). Esta clasificación se empezó a usar por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) a partir del 2000. Dicha clasificación propone tres estadios de la epidemia: En primer lugar, la Epidemia Incipiente, que se da cuando la prevalencia de la infección por VIH, en grupos con comportamientos de alto riesgo es menor de 5% y menor del 1% en mujeres gestantes que se hacen el examen en su control prenatal; en segundo lugar, la epidemia concentrada, que se produce cuando la prevalencia de infección por VIH en grupos de alto riesgo es

mayor de 5%, pero menor del 1% en gestantes que se hacen el examen en su control prenatal y por último la Epidemia Generalizada, cuando la frecuencia de infección por VIH en gestantes que se hacen el examen en su control prenatal es mayor del 1% y mayor del 5% en grupos con comportamientos de riesgo.

Desde que en el Perú se reportó el primer caso de SIDA en 1983 hasta la fecha, la epidemia del VIH se encuentra concentrada en la población de hombres que tienen relaciones coitales con otros hombres (HSH), muchos de los cuales se convirtieron en transmisores a sus parejas femeninas.

Los estudios a nivel nacional estimaron que en Lima menos del 50% de los hombres gays y bisexuales se ha hecho la prueba del VIH, y que alrededor de 50,000 HSH no saben que lo tienen. Además, existen otros factores psicológicos individuales y psicosociales relacionados a esta situación como el miedo a la muerte o a la enfermedad, la baja percepción de riesgo, el desconocimiento con respecto a dónde encontrar servicios de prevención, la falta de información, el concepto negativo hacia el tratamiento antirretroviral y la ausencia de estrategias para brindar soporte emocional para la aceptación del diagnóstico (Blas, 2011). En este sentido si bien es sabido que el grupo de hombres bisexuales (como toda la población) está expuesto a la adquisición del VIH y otras ITSs, es necesario conocer con mayor precisión los aspectos cognitivos relativos a su percepción de riesgo o sus expectativas en cuanto a la atención en servicios de salud.

En el Perú, más del 90% de los casos reportados de SIDA adquirieron la infección por VIH por transmisión sexual, con al menos 36% de ellos resultantes de contacto homosexual o bisexual masculino. La transmisión vertical es

responsable del 2% de los casos. Para el 8% restante la forma de transmisión se desconoce pero es muy probable que sea también por contacto sexual (Cáceres, Mendoza, 2007). Viendo la predominancia de la vía sexual de transmisión del VIH, resulta importante este dato para poder investigar las actitudes frente su posible adquisición y entender a nivel grupal aquellas que manejan grupos expuestos como el de hombres bisexuales. Actualmente desde una perspectiva integral es necesario abordar variables biopsicosociales que expliquen no solo la principal vía de transmisión, sino brinden también detalles de la exposición y las condiciones en las que esta ocurre.

En un estudio desarrollado en 1996 para detección de sífilis y VIH, se halló que de un total de 400 HSH, el 47.1% reportó haber tenido relaciones coitales con una mujer, y 26.5% (55% de quienes reportaron > 2 compañeras femeninas) reportaron haber tenido relaciones coitales con una mujer durante el último año y fueron así definidos como potencial puente de transmisión de VIH. Dicha población reportó bajo uso de condón en el último año para coito vaginal (17%) y para coito anal insertivo con otro hombre (25.5%). La alta prevalencia de prácticas bisexuales y las bajas tasas de uso consistente de condón con parejas de ambos géneros, evidencian el potencial de los HSH para transmitir ITS y VIH a sus parejas femeninas (Tabet et al., 2002). Asimismo, a través de estudios masivos como son las Vigilancia Centinelas desarrolladas en el Perú dentro de la población de HSH, se ha observado que existen diversos comportamientos de riesgo que vulnerizan a la población bisexual tales como el coito penetrativo desprotegido con hombres y mujeres (Vigilancia Centinela, 2011). Como se mencionó en los estudios anteriores, muchos de los participantes reportaron haber



tenido coito penetrativo también con mujeres. Este dato es importante para reconocer que los comportamientos sexuales bisexuales se dan con mayor frecuencia de la esperada, más allá del autorreporte como gay o bisexual entre otros. De esta manera cuando se menciona el término riesgo, se involucran comportamientos colectivos y una mentalidad grupal que puede ir más allá de los estereotipos sexuales comúnmente asumidos.

Como se ha mencionado, algunos estudios refieren que el grupo de hombres bisexuales interviene como un “puente” para la transmisión del VIH/ITS entre mujeres y otros hombres (Perú UNAIDS 2016). Asimismo, este es un subgrupo de difícil accesibilidad y que comúnmente en el contexto nacional tienen un marcado estigma social, teniendo que ocultar su orientación y comportamiento sexual. Si bien se reconoce que los grupos minoritarios están socialmente estigmatizados, es necesario conocer cómo el grupo de hombres bisexuales percibe esta estigmatización por ejemplo en cuanto a su autopercepción, en cuanto a la atención en servicios de salud, la búsqueda de pareja y en las diversas áreas de la esfera social (Cantillo, 2013).

Finalmente, en un estudio denominado Being Unaware of Being HIV-Infected is Associated with Alcohol Use Disorders and High-Risk Sexual Behaviors Among Men Who have Sex with Men in Peru (Vagenas et al., 2014), se procuró conocer si ser inconsciente de estar infectado por el VIH estaba asociado con un trastorno por consumo de alcohol y los comportamientos sexuales de alto riesgo entre hombres que tienen sexo con hombres en Perú. El estudio se desarrolló en cinco ciudades peruanas en una muestra de 5.148 HSH.

Se compararon los factores de riesgo de VIH entre (HSH) con infección por VIH recién diagnosticada versus conocida. Se halló que 420 (8.2%) resultaron VIH (+), de los cuales el 89.8% no sabía de su estado serológico. En comparación con aquellos que sabían ser VIH (+), se halló que el coito anal no protegido en el último encuentro y tener un trastorno por consumo de alcohol se relacionaron a tener una infección por VIH recién diagnosticada. Mientras que el no estar al tanto de estar infectado con el VIH se asoció con comportamientos sexuales de alto riesgo y abuso de alcohol. En relación a la presente investigación, es necesario tratar de explicar los factores psicosociales asociados al abuso de alcohol y cómo este comportamiento se asocia a las relaciones coitales sin condón en el grupo de hombres bisexuales.

### **2.3. Definiciones teóricas y operacionales de las variables**

Sexualidad:

Definición teórica: “La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual...La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”, (OMS, 2006).

## Bisexualidad

Definición teórica: orientación sexual de quienes sienten atracción sexual, emocional y/o romántica hacia las personas de ambos sexos no necesariamente al mismo tiempo, de la misma manera, intensidad y frecuencia. (FELGTB, 2012).

Definición operacional: hombres que hayan reportado haber tenido coito penetrativo con otros hombres y mujeres.

Bisexualidad efectiva: para efectos del estudio, aquel hombre que reporta haber tenido relaciones coitales penetrativas con hombres y mujeres en los últimos 12 meses.

## Comportamiento sexual de alto riesgo

Definición teórica:

Es cualquier comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una ITS o VIH, incluyendo tener relaciones coitales sin preservativo, tener múltiples relaciones y parejas sexuales o tener relaciones coitales con alguien que usa drogas endovenosas (Ritchwood, Ford, Lochman y Sutto, 2015).

Definición operacional:

Comportamientos sexuales de alto riesgo considerados en la encuesta en línea.

- Coito bajo la influencia de alcohol en el último año
- Tipo de coito bajo la influencia de alcohol en el último año
- Coito vaginal sin protección con pareja mujer estable
- Coito vaginal sin protección con pareja mujer conocida
- Coito vaginal sin protección con trabajadora sexual

- Coito vaginal sin protección con cualquier tipo de pareja
- Coito anal sin protección con pareja hombre estable
- Coito anal sin protección con pareja hombre conocido
- Coito anal sin protección con trabajador sexual
- Coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre

En la Tabla 1 se describen las variables de estudio.

**Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables cuantitativas**

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nº Ítem</b>
Datos socio demográficos y acceso a servicios de salud	Edad	18-24 25-35 36 a más	1
	Educación	Secundaria completa o menos Superior incompleta Superior completa	2
	Acceso a tecnologías de la información y comunicación	Tiene celular (sí/no) Tiene Smartphone (sí/no)	3, 4
	Recibiendo TARV	Sí/no	5
	Acudió a un médico por síntomas de ITS	Sí/no	6
	Centro de salud donde fue atendido	Epicentro Vía Libre Impacta MINSA ESSALUD Clínica privada No recuerda	7
	Atendido en centro para gays y bisexuales	Sí/no	7
	Última prueba de VIH	Nunca En el último año Hace más de un año	8
	Intención de hacerse prueba de VIH en los siguientes 6 meses	Sí/no	9
	Atendido alguna vez	Sí/no	10

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nº Ítem</b>
	por problema de salud sexual		
	Tipo de centro de salud donde preferiría ser atendido	Centro para bisexuales Centro para gays y bisexuales Centro de salud sexual masculina	11
	Búsqueda de información de sexual en internet en el último año	Sí/no	12
	Búsqueda de información de sexual en internet por lo menos una vez al mes	Sí/no	12
Comportamiento sexual y autoreporte de ITS	Sexo con mujer en el último año	Sí/no	13
	Rol sexual	Activo Moderno Pasivo	14
	Autorreporte de VIH	Positivo Negativo	15
	Síntomas de ITS en el último año	Sí/no	16
	Le comunicó a su pareja sexual	Sí/no	17
Comportamiento sexual de alto riesgo	Coito bajo la influencia de alcohol en el último año	Sí/no	18
	Tipo de coito bajo la influencia de alcohol en el último año	Solo con hombres Solo con mujeres Con ambos	19
	Coito vaginal sin protección con pareja mujer estable	Sí/no	20
	Coito vaginal sin protección con pareja mujer conocida	Sí/no	20
	Coito vaginal sin protección con trabajadora sexual	Sí/no	20
	Coito vaginal sin protección con cualquier tipo de	Sí/no	20

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nº Ítem</b>
	pareja mujer		
	Coito anal sin protección con pareja hombre estable	Sí/no	18
	Coito anal sin protección con pareja hombre conocido	Sí/no	21
	Coito anal sin protección con trabajador sexual	Sí/no	21
	Coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre	Sí/no	21

**Modelos, categorías y sub categorías de análisis:** Tomados en cuenta en la segunda fase: cualitativa.

**a. Del Modelo de Creencias en Salud:**

a.1. Percepción de susceptibilidad: percepción personal de contraer la enfermedad (Rosenstock, 1974).

a.2.: Percepción de severidad: percepción de que tan severo sería tener una enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias

a.3. Beneficios percibidos: creencias y comportamientos de la persona hacia la prevención y afronte de una enfermedad.

a.4. Barreras percibidas: evaluación personal de que tan difícil sería tomar una acción preventiva o aquello que la persona percibe como obstáculos del entorno frente a la prevención y tratamiento de una enfermedad.

**b. Del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales**

b.1. Información acerca de una enfermedad: Incluye la información disponible y percibida sobre la, sus manifestaciones, su tratamiento, la adherencia a las indicaciones del equipo de salud, los efectos colaterales de la medicación, la interacción con otras sustancias, las reacciones emocionales y los factores de riesgo y protección (Fisher y Fisher, 1992).

b.2. Motivación: la motivación es un factor básico para iniciar y mantener comportamientos saludables. Este factor incluye creencias y actitudes frente a los estados de salud y enfermedad. Cada sujeto tiene sus propios factores motivacionales.

b.2. Habilidades Conductuales: las acciones que protegen a las personas frente a los riesgos. Los aspectos importantes que pueden influir en este rubro son las situaciones personales, el acceso a servicios de salud (Fisher y Fisher, 1992).

En la Tabla 2 se muestran las categorías y subcategorías de análisis según los modelos para la fase cualitativa.

**Tabla 2. Categorías y subcategorías de análisis según los modelos para la fase cualitativa**

<b>Modelo</b>	<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>
Modelo de creencias en salud	Susceptibilidad percibida a tener la infección por VIH	En relación al coito con mujeres
		En relación al coito con hombres
		En relación a la bisexualidad y algunas características relacionadas
		En relación al uso del condón
		En relación al uso de alcohol antes y durante las relaciones coitales
	Severidad percibida frente a la infección por VIH	Frente a la posibilidad de adquirir o tener el VIH
		Frente a las consecuencias del VIH
	Beneficios percibidos	Uso del condón
		Comportamientos de protección relacionados a creencias psicosexuales
		Protección cuando las parejas ejercen trabajo sexual
Barreras percibidas	Percepción de la calidad de la atención en centros de salud	
	Percepción de la comunicación por parte del personal de salud	
	Percepción de la visión del personal de salud respecto a la bisexualidad	
Modelo de información, motivación y	Información	No es completa: Existen ambigüedades y dudas
		Es poco accesible



<b>Modelo</b>	<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>
habilidades conductuales		No está dirigida hacia el grupo bisexual
	Motivación	Hacia comportamientos de protección
		Hacia la búsqueda de atención en servicios de salud
	Habilidades conductuales	Uso del condón
		Consumo de alcohol
		Acude a servicios de salud

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. Nivel y tipo de investigación**

El estudio es de nivel básico y tipo explicativo ya que trata de responder a las causas de los fenómenos de estudio y de dar un sentido o una explicación del evento, en qué condiciones se da o por qué están relacionadas las variables. Además es un estudio no experimental de corte transversal, ya que no existe intervención en los participantes ni en las variables de estudio y la recolección de datos se realizó en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

#### **3.2. Diseño de la investigación:**

Estudio de diseño mixto secuencial explicativo, con una fase cuantitativa transversal a través de una encuesta en línea semiestructurada, seguida de una fase cualitativa con entrevistas a profundidad. Se recolectó y analizó en una primera fase datos cuantitativos seguido de otra en la que se recolectaron y analizaron datos cualitativos (Dos Santos et al., 2017).

El diseño mixto explicativo o aclaratorio (Hamui-Sutton, 2013) se usó para respaldar y profundizar los hallazgos de la fase cuantitativa y obtener datos complementarios sobre los comportamientos sexuales de hombres bisexuales de Lima. De esta manera la fase cuantitativa guía la cualitativa. Asimismo, los participantes voluntarios de la fase cualitativa participaron previamente de la fase cuantitativa (Shifferdecker y Reed, 2009). La fase cualitativa sirvió para entender

con mayor profundidad las percepciones y experiencias del grupo de estudio. Cabe señalar que en la fase cualitativa, se exploraron las percepciones respecto a sus comportamientos sexuales, al VIH y a experiencias sobre la bisexualidad, entre otros aspectos. En la figura 3 se ilustra la secuencia del diseño del estudio.

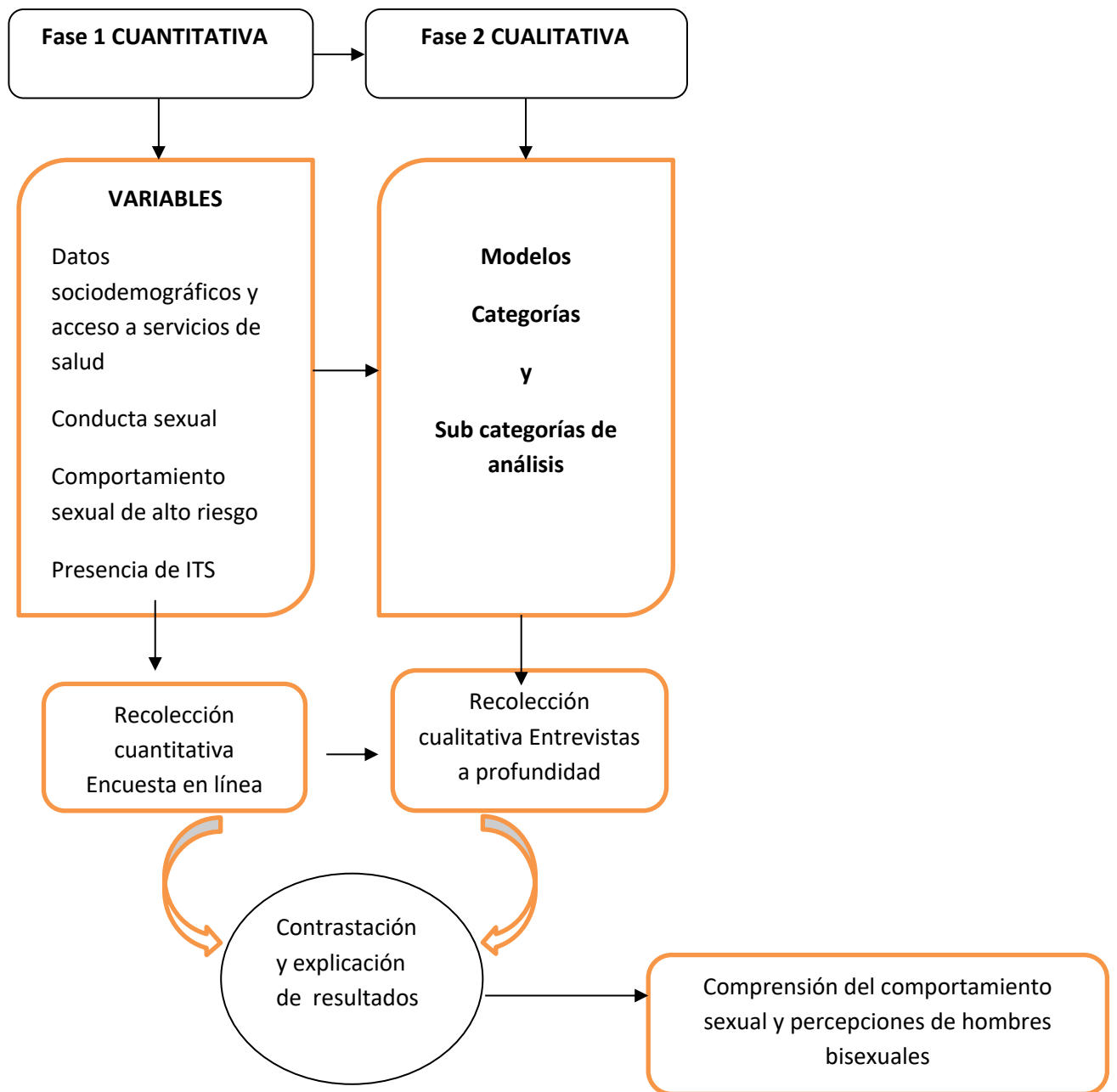


Figura 3. Diseño del estudio (elaboración propia)

**Fases del Estudio:** El estudio se desarrolló en dos fases

1° Fase: Cuantitativa: a través de una encuesta semiestructurada en línea realizada a 560 participantes.

2° Fase: Cualitativa: a través de entrevistas individuales a profundidad realizadas a 30 participantes.

### **3.3. Naturaleza de la muestra**

#### **3.3.1. Población**

La población estuvo compuesta por 639 hombres que se autorreportaron como bisexuales en Lima, Perú.

#### **3.1.2. Descripción de la población**

Hombres autorreportados bisexuales (639), mayores de 18 años, residentes en Lima y que reportaron haber tenido relaciones coitales con otro hombre y mujer alguna vez en su vida.

### **3.4. Muestra y método de muestreo**

Luego de descartar las encuestas resueltas según los criterios de elegibilidad, la muestra estuvo conformada por 560 hombres bisexuales de Lima que consintieron y completaron una encuesta en línea cumpliendo con los criterios de elegibilidad. En una segunda etapa un grupo de 30 participantes fue entrevistado para la obtención de la información cualitativa del estudio.

El enrolamiento de los participantes se llevó a cabo en línea y se utilizó un muestreo dirigido. El muestreo dirigido (Heckathorn, 1997) se usa para penetrar lo más posible en la red de miembros de poblaciones escondidas, prevenir el posible submuestreo de los métodos tradicionales, y para asegurar el enrolamiento

de hombres bisexuales de diferentes áreas y características. Con tal fin, se usó publicidad dirigida a hombres bisexuales en los dos sitios web altamente concurridos por hombres gays y bisexuales. También en la red social Facebook, que es la más usada en el Perú. Las campañas en medios masivos son una estrategia útil para diseminar información entre los hombres bisexuales ya que tienen el potencial de alcanzar un número importante de ellos (Feinstein, 2019b).

En la sección final de la encuesta en línea, se les preguntó a los participantes si estaban interesados en participar en una entrevista en persona. A los que respondieron estar interesados, se les pidió información de contacto para coordinar la entrevista. Tuvieron la opción de dejar o un número de teléfono celular, o un correo electrónico para las respectivas coordinaciones. Entre los interesados que cumplieron los criterios de inclusión para ser entrevistados, 61 dejaron su información de contacto. Finalmente, se pudo concretar entrevistas a profundidad con 30 de ellos quienes forman parte de la muestra para la fase cualitativa.

### **Cálculo del tamaño muestral**

Debido a que hay pocas investigaciones que abordan la bisexualidad en el Perú, se tomaron como referencia los resultados de una vigilancia centinela (Sánchez et al., 2007). El parámetro utilizado ha sido la orientación sexual (prevalencia del VIH en homosexuales vs. bisexuales).

Según los resultados de la vigilancia centinela, la prevalencia del VIH fue aproximadamente el doble en los HSH que se autorreportaron como homosexuales en comparación con aquellos que se autorreportaron como

bisexuales (Sánchez et al., 2007). De esta manera con un poder de 0.8 y nivel alfa de 0.05, fueron necesarios 600 participantes (mínimo OR detectable: 1.7).

### **3.5. Criterios de inclusión**

#### **Fase 1: Cuantitativa**

- Hombre de nacimiento.
- Haber tenido alguna vez coito anal con hombre y vaginal con mujer.
- Mayor de 18 años.
- Residente de Lima.
- Dispuesto a aceptar el consentimiento informado en línea.

Además, para las entrevistas:

La encuesta en línea fue programada informáticamente de manera que los que no cumplieron con los criterios de inclusión no pudieron continuarla. Si un participante no era elegible, aparecía un mensaje de agradecimiento por su interés en el proyecto y la encuesta finalizaba. El asesor informático pudo saber qué encuestas fueron respondidas desde fuera de Lima, las cuales fueron excluidas del análisis. No hubo ningún incentivo por completar la encuesta en línea por lo que la tasa de suplantación fue baja o inexistente.

#### **Fase 2: Cualitativa**

- Participantes que completaron la encuesta cuantitativa (primera fase)
- Haber tenido relaciones coitales con una mujer y con un hombre en el último año (bisexualidad efectiva).

- No haber acudido hasta el momento a un centro de salud para población gay y bisexual
- Haber consentido verbalmente su participación

### **3.6. Instrumentos**

- Encuesta en línea (Fase cuantitativa)
  - Secciones: demográfica y comportamientos sexuales de riesgo.  
Ver anexo: encuesta en línea.
- Entrevistas a profundidad personales exploratorias (Fase cualitativa)
  - Secciones: necesidades de salud sexual (historia de búsqueda de servicios); comportamiento sexual: percepción de susceptibilidad, severidad, barreras y beneficios de tener o no comportamientos sexuales de riesgo. Creencias y percepción de la propia bisexualidad.  
  
Ver anexo: entrevistas a profundidad.
- Tanto la encuesta en línea como la guía de entrevistas a profundidad fueron validadas cualitativamente por 2 investigadores de la Unidad de VIH/ETS de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **3.7. Procedimientos**

Validación de los instrumentos de recolección de datos.

- Para la encuesta en línea se llevó a cabo una validación cualitativa. Primero, 2 expertos que trabajan en el campo de la prevención del

VIH/ITS entre hombres que tienen sexo con hombres en Perú revisaron los ítems a ser considerados. Esto se desarrolló en base a los objetivos del estudio.

- Luego, con una versión actualizada de la encuesta se procedió a aplicarla a 50 potenciales participantes de la población objetivo a través de un piloto en línea.
- Al final de cada sección de la encuesta piloto, se preguntó si algún ítem no se comprendía del todo, o si había alguna sugerencia de cambio.
- En el caso de la guía para las entrevistas a profundidad también fue revisada por 2 expertos quienes dieron retroalimentación para su mejora y se realizó un piloto con 4 potenciales participantes.

Primera fase:

- Reclutamiento: se realizó la captación de participantes en línea por medio de banners (puntos visuales) colgados en los dos sitios web más visitados por HSH peruanos y Facebook. Estos banners estuvieron dirigidos exclusivamente a hombres bisexuales.
- Los banners precisaron el motivo del estudio y se dirigieron a la toma de consentimiento informado en línea.
- Enrolamiento: En esta etapa se resaltó la naturaleza anónima del estudio pasando por un proceso de toma de consentimiento informado en línea antes de responder la encuesta. El proceso se desarrolló de la siguiente manera:
  - Al momento de abrir (marcar) el banner el participante encontró un entorno web con la siguiente información del estudio:



propósito, procedimientos, riesgos, beneficios, cuestiones de confidencialidad e información de contacto.

- Luego, los interesados en participar voluntariamente hicieron clic en el botón “Acepto participar”. En este momento el sistema les solicitó un correo electrónico.
- A continuación se les mostró el siguiente mensaje: “les sugerimos no usar un correo que contenga su nombre completo”. El correo electrónico se pidió con el objetivo de validar que cada respuesta ingresada en la encuesta correspondiese a la misma persona y no a un virus informático.
- El sistema validó la existencia del correo brindado y se envió la encuesta.

Segunda fase:

- Entrevistas a profundidad.

Se incluyeron a 30 sujetos voluntarios que habían participado en la fase previa.

Se realizaron entrevistas personales a profundidad con el fin de obtener información sobre las percepciones respecto al VIH-ITS y sobre los comportamientos sexuales de protección y riesgo entre otros aspectos (datos cualitativos). Sólo participaron aquellos que reunieron los criterios de inclusión de la fase cualitativa antes mencionados.

- El consentimiento informado verbal se llevó a cabo de la siguiente manera:

- A los participantes que respondieron en la encuesta en línea que estaban interesados en ser entrevistados, (cumpliendo los criterios), se les envió un correo electrónico señalando el lugar y día de la entrevista.
  - En este correo se les explicó el contenido de la entrevista: Necesidades en servicios de salud sexual y experiencias de bisexualidad.
  - Antes de empezar la entrevista se leyó el consentimiento informado verbal (Anexo 3).
  - Estas entrevistas se llevaron a cabo en un espacio privado de una de las sedes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, previa coordinación con la Facultad de Salud Pública.
- Análisis de los datos (cuantitativos y cualitativos).
  - Elaboración y publicación de resultados.

### **3.8. Plan de análisis de datos**

#### **Análisis Cuantitativo**

El análisis de los datos se realizó a través del paquete de datos Stata (v10.0; Stata Corp., College Station, TX). La variable principal, bisexualidad efectiva, es dicotómica (sí/no) y se sometió a regresión logística. Todas las variables se transformaron a categóricas. Se usó la prueba exacta de Chi<sup>2</sup> y la prueba exacta de Fisher para el análisis bivariado. La edad se categorizó para que los resultados demográficos sean comparables con estudios similares realizados en el Perú (Blas, 2011; Menacho, 2018).

Se realizó una regresión logística multivariada *backwards* empezando con un modelo saturado en el que se incluyeron las variables que fueron significativas ( $p < 0.05$ ) en el análisis bivariado, y retirando una a una las variables con menor fuerza de asociación.

### **Análisis Cualitativo**

Los datos de las entrevistas individuales fueron analizados tomando como base la teoría fundamentada (*Grounded Theory*) de Glaser y Strauss (1967) y las recomendaciones de Padgett (2008) para análisis de contenido. La teoría fundamentada es una metodología usada en ciencias sociales para la generación de nueva teoría y datos partiendo del análisis de información cualitativa considerando las siguientes variables:

Códigos: Identificando aspectos que permitan a los puntos clave de la data ser integrados

Conceptos: Colecciones de códigos de contenido similar que permite a la data ser agrupada.

Categorías: Grupos de conceptos similares que son usados para generar una teoría.

Teoría: Es una colección de categorías que detalla el sujeto de la investigación.

Luego de identificar conceptos y temas emergentes, se crearon categorías y códigos. Todos los datos se recolectaron en español. Los audios de los grupos focales y las entrevistas a profundidad se transcribieron, revisaron y codificaron por 2 especialistas codificadores. El análisis de datos cualitativo se realizó con el Atlasti qualitative software.

## **Divulgación de resultados**

Se procurará la publicación de resultados en una revista científica especializada en el área.

## **Investigador**

Giovani M. Díaz Gervasi (investigador principal).

## **Calendario (cronograma)**

- Validación de herramientas: noviembre de 2015.
- Diseño y programación de entorno web para la encuesta en línea: diciembre de 2015 a enero de 2016.
- Inicio de encuesta en línea: febrero a junio de 2016.
- Análisis de datos cuantitativos (encuesta): julio de 2016.
- Entrevistas a profundidad: agosto a setiembre de 2016.
- Análisis de datos cualitativos (entrevista): octubre de 2016.
- Elaboración de manuscritos: abril de 2017- junio 2018.

### **3.9. Consideraciones éticas**

En los consentimientos informados en línea antes de la encuesta, y en el verbal antes de las entrevistas se consideró:

- Que la participación en el estudio era voluntaria y que no se ofrecía ningún tipo de pago o beneficio por participar. Sólo para el caso de los 30 entrevistados, se les otorgaron 20 nuevos soles por concepto de movilidad.
- También se mencionó que el participante podía retirarse en cualquier momento del estudio sin consecuencia alguna.

- Se recalcó que el objetivo del estudio fue netamente científico y no pretendía beneficios económicos.
- La confidencialidad del participante estuvo protegida. En ningún momento se les solicitó su nombre completo ni otros datos personales (como dirección o DNI).
- Para ubicar a los participantes se solicitó un correo electrónico (que no incluía nombres o apellidos). Este correo fue validado antes de empezar la encuesta en línea, lo que ayudó a disminuir la probabilidad de respuestas múltiples.
- Los datos de la encuesta en línea se descargaron semanalmente en una computadora con clave para que evitar que alguien más pueda acceder a éstos.

Asimismo, considerando la vulnerabilidad de la población de estudio se tomó en cuenta lo siguiente considerando los principios bioéticos:

#### Beneficencia

- Los participantes recibieron los mismos beneficios.
- Estos beneficios fueron información y orientación psicológica a los participantes que aceptaron la entrevista individual (cara a cara) en cuanto a sus comportamientos sexuales de riesgo.

#### Autonomía:

- En todo momento se respetó la identidad y decisiones de los participantes.
- Encuesta en línea anónima y voluntaria.
- No se pidió información identificable. Se solicitó un correo (se sugirió que no contenga nombres) para validar participación.
- Los datos en línea estuvieron encriptados (vistos como códigos ilegibles si alguien quiere acceder a la información en línea).
- Se realizó la descarga de datos semanalmente

- Los datos fueron guardados en archivos con clave
- Se usó un consentimiento informado en línea explicando riesgos, beneficios, etc. antes de empezar la encuesta.
- Se leyó un consentimiento informado verbal antes de iniciar entrevistas.
- Las grabaciones de las entrevistas fueron eliminadas luego de ser transcritas.

#### Justicia

- Todos los participantes que cumplieron con los criterios fueron elegidos.
- Todo participante pudo decidir libremente la continuidad de su participación aún luego del enrolamiento.
- Para proteger la confidencialidad de los datos, no se les solicitó en ningún momento del proceso su nombre completo, documento de identidad, ni ninguna otra información que los pueda identificar.

Los participantes proporcionaron una dirección electrónica válida antes de empezar la encuesta en línea. La misma tuvo el objetivo de disminuir la probabilidad de respuestas múltiples. Además, este proceso de validación evitó que un robot en Internet complete encuestas.

- Los resultados de las encuestas en línea permanecieron encriptados, es decir, fueron tratados como códigos ilegibles por si alguien hubiese querido acceder a la información en línea.
- Para evitar que esta información esté en línea por mucho tiempo, se descargó semanalmente a una computadora del proyecto la cual tuvo un código de acceso conocido solamente por el investigador principal.
- Se aplicó un consentimiento informado verbal previo a la fase de entrevistas personales. Las entrevistas fueron grabadas para poder ser transcritas. Las

grabaciones fueron anónimas y serán eliminadas luego de su uso para fines investigativos. Se solicitó el permiso respectivo antes de iniciar la grabación.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Se agruparon un total de 639 (100%) encuestas de hombres auto reportados bisexuales. Luego de descartar las encuestas según los criterios de elegibilidad (ser menores de 18 años, ser residentes fuera Lima y que reportaron nunca haber tenido relaciones coitales con otro hombre), quedaron 560 (88%).

**Tabla 3. Datos sociodemográficos y acceso a servicios de salud en hombres bisexuales de Lima**

Variable	N	%
<b>Edad, m±DS</b>	29.74 ±10.58	
18-24	230	41.07
25-35	185	33.04
36 a +	145	25.89
<b>Educación</b>		
Secundaria completa o menos	96	17.14
Superior incompleta	240	42.86
Superior completa	224	40
<b>Tiene celular</b>		
Sí	476	95.77
No	21	4.23
<b>Tiene Smartphone</b>		
Sí	348	73.11
No	128	26.89
<b>Recibiendo TARGA*</b>		
Sí	28	73.68
No	10	26.32
<b>Acudió a un médico por síntomas de ITS*</b>		
Sí	90	61.22
No	57	38.78
<b>Centro de salud donde fue atendido</b>		
Epicentro	6	6.74
Vía Libre	7	7.87
Impacta	8	8.99
MINSA	30	33.71



<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ESSALUD	12	13.48
Clínica Privada	20	22.47
No recuerda	6	6.74
<b>Atendido en centro para gays y bisexuales</b>		
Sí	21	23.6
No	68	76.4
<b>Última prueba del VIH</b>		
Nunca	229	40.89
En el último año	182	32.5
Hace más de 1 año	149	26.61
<b>Intención de hacerse prueba de VIH en los siguientes 6 meses</b>		
Sí	149	65.07
No	80	34.93
<b>Atendido alguna vez por problema de salud sexual</b>		
Sí	210	38.25
No	339	61.75
<b>Tipo de centro de salud donde preferiría ser atendido</b>		
Centro para Bisexuales	122	24.85
Centro para Gays y Bisexuales	102	20.77
Centro de salud sexual masculina	267	54.38
<b>Búsqueda de información de Salud Sexual en Internet en el último año</b>		
Sí	306	60.96
No	196	39.04
<b>Búsqueda de información de Salud Sexual en Internet por lo menos 1 vez al mes</b>		
Sí	134	43.93
No	171	56.07

\* TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad; ITS: infecciones de transmisión sexual

El promedio de edad fue 29.74 años ( $m \pm DS$ : 10.58). La edad se categorizó para que los resultados demográficos sean comparables con estudios similares realizados en el Perú (Blas, 2011; Menacho, 2018). El 41.1% (230) tenía entre 18

y 24 años. Esto puede sugerir que los más jóvenes son quienes hacen un mayor uso de Internet y las redes sociales a través de celulares y smartphones. Más del 80% refirió tener algún grado de educación superior. El 96% (476) reportó tener celular, de los cuales un 73% usa Smartphone. El 73.8% (28/38) de los que se reportaron como VIH positivo refirió tomar TARGA (Tabla 3). Entre quienes reportaron algún síntoma de ITS en el último año, el 61.2% (90) acudió a un médico debido a los síntomas. Este dato es alarmante ya que casi un 40% de hombres bisexuales con una ITS no acudieron a consulta médica aun presentando sintomatología. Este hecho se puede relacionar por un lado a una baja percepción de riesgo frente a las ITS, desinformación, cogniciones erróneas relacionadas a estas y al hecho de que asistiendo a un centro de salud pueden ser juzgados en base a sus comportamientos sexuales o a atenciones previas en las que no obtuvieron experiencias positivas. El 23.6% (21) fue a un centro de atención para gays y bisexuales y un 76.4% (68) acudió a un centro de atención a población general. La mayoría de participantes acudieron a centros médicos de atención general. Esto se relaciona a algunos prejuicios que existen frente a los centros de salud y ONGs que atienden exclusivamente a población gay y bisexual y por el temor o ansiedad que en algunos hombres bisexuales causa el ser confundido como gay u homosexual.

El 40.1% (229) nunca se realizó la prueba del VIH y el 26.6% (149) lo hizo hace más de un año. Un considerable porcentaje de la muestra no se ha realizado la prueba a pesar de las diferentes campañas de prevención del VIH de diversas instituciones de salud, lo que indica que aún existe una baja percepción del riesgo e ideas relacionadas a una supuesta “no infección” aun teniendo una

vida sexual activa y un probable temor excesivo a la infección por VIH y otras ITS. Entre los que nunca se hicieron la prueba, el 65% reportó intención de hacérsela en los siguientes seis meses. Al hecho de haber sido atendido alguna vez por un problema de salud sexual, el 38.3% (210) afirmó que sí ha sido atendido. El 54% (267) preferiría ser atendido en un centro de salud sexual masculina. En cuanto a la búsqueda de información sobre salud sexual por internet, el 61% (306) refiere que buscó información por este medio y 44% lo hace por lo menos una vez al mes.

**Tabla 4. Bisexualidad efectiva, comportamientos sexuales y autorreporte de ITS en hombres bisexuales de Lima**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Relaciones coitales con mujer en el último año</b>		
Sí	274	48.93
No	286	51.07
<b>Rol sexual</b>		
Activo	131	23.86
Moderno	365	66.48
Pasivo	53	9.65
<b>Auto reporte de VIH</b>		
Positivo	38	12.26
Negativo	272	87.74
<b>Síntomas de ITS en el último año</b>		
Sí	147	26.25
No	413	73.75
<b>Le comunicó a su pareja sexual</b>		
Sí	42	46.15
No	49	53.85

\* ITS: Infecciones de transmisión sexual.

El 48.9% (274) reportó haber tenido relaciones coitales con mujeres en el último año. Este dato resulta interesante ya que casi la mitad de los participantes que se autorreportaron como bisexuales tuvieron coito vaginal en el último año.

Esto puede sugerir que buena parte de los hombres bisexuales no mantienen relaciones coitales con mujeres en espacios temporales relativamente amplios. Esto puede depender de factores personales como una conexión afectiva estable y otros socioculturales determinados por las cogniciones sociales del contexto en torno a la bisexualidad como se verá en el análisis cualitativo del presente estudio. Más del 66% (365) se consideró “moderno” en el rol sexual con otro hombre (práctica de coito anal insertivo y receptivo). Este dato puede parecer contradictorio ya que existe la tendencia socialmente determinada a asumir que el hombre bisexual desempeña preferentemente el rol activo en la relación coital; sin embargo, como se observa, la mayoría de los participantes del desempeñan ambos roles. Este comportamiento sexual puede indicar una tendencia al cambio en la preferencia y comportamiento sexual descrito en otros estudios en hombres bisexuales.

En cuanto al autoreporte de VIH/ITS, entre los que se hicieron la prueba de VIH, el 12.26% (38) auto reportó ser VIH positivo. Más allá de que este porcentaje es alto comparado a datos anteriores en población de hombres que tienen sexo con hombres, se aprecia el autorreporte de VIH (+) como una muestra de la confianza del usuario al revelar información muy privada. Además, el 26.3% (147) refirió haber tenido algún síntoma de infecciones de transmisión sexual (ITS) en el último año (pus, ampollas, heridas, verrugas en el pene y/o en el ano); de los cuales el 53.9% (49) no se lo notificó a su pareja sexual. La ausencia de notificación a las parejas sexuales está relacionada a creencias de rechazo y temor al abandono por parte de la(s) parejas. También se asocia a la baja percepción del

riesgo que corre la pareja sexual ya sea estable o casual de contraer la misma ITS y sus efectos (Tabla 4).

**Tabla 5. Comportamientos sexuales de alto riesgo por tipo de pareja sexual femenina en hombres bisexuales de Lima**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Relaciones coitales bajo la influencia de alcohol en el último año</b>		
Sí	149	27.14
No	400	72.86
<b>Tipo de coito bajo la influencia de alcohol en el último año</b>		
Sólo con hombres	72	48.32
Sólo con mujeres	8	5.37
Con Ambos	69	46.31
<b>Coito vaginal sin protección con pareja mujer estable</b>		
Sí	143	81.25
No	33	18.75
<b>Coito vaginal sin protección con mujer conocida</b>		
Sí	80	51.61
No	75	48.39
<b>Coito vaginal sin protección con trabajadora sexual (TS)</b>		
Sí	8	12.31
No	57	87.69
<b>Coito vaginal sin protección con cualquier tipo de pareja</b>		
Sí	181	32.32
No	379	67.68

En relación al comportamiento sexual de alto riesgo, el 27% (149) tuvo relaciones coitales bajo la influencia de alcohol en el último año. En este sentido el uso de alcohol es muy común en lugares de socialización del grupo de HSH, este comportamiento puede incrementar las relaciones coitales bajo sus efectos convirtiéndose en un factor de exposición (Tabla 5).

**Tabla 6. Coito anal desprotegido por tipo de pareja sexual masculina en hombres bisexuales de Lima**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Coito anal sin protección con pareja hombre estable</b>		
Sí	128	69.95
No	55	30.05
<b>Coito anal sin protección con hombre conocido</b>		
Sí	198	51.43
No	187	48.57
<b>Coito anal sin protección con trabajador sexual (TS)</b>		
Sí	24	31.17
No	53	68.83
<b>Coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre</b>		
Sí	254	45.36
No	306	54.64

Por otra parte, el 48.9% (274) tuvo relaciones coitales con una mujer en el último año. El 81.3% (143) no usó condón durante el coito vaginal con una pareja estable femenina mientras que el 70% (128) no lo usó durante el coito anal con una pareja masculina estable. Estas cifras muestran que tanto en las relaciones coitales con mujeres y hombres, los participantes tienden a no usar condón cuando la pareja es estable. Esto podría estar contribuyendo a la diseminación del VIH ya que se observan muchos casos de contagio entre parejas estables y supuestamente monógamas características tradicionalmente asumidas en este tipo de pareja. Más del 50% reportó haber tenido coito desprotegido con una pareja sexual desconocida tanto para el coito vaginal como para el coito anal con otro hombre. Por otra parte, el 12.3% no se protegió en el coito vaginal con trabajadoras sexuales, mientras que un 31.2% reportó coito anal sin protección con un

trabajador sexual. Las relaciones coitales no protegidas con trabajadores sexuales se asocia al uso de alcohol y a la baja percepción de riesgo.

En cuanto al coito penetrativo sin protección con cualquier tipo de pareja (estable, conocida, trabajador sexual), el 32.3% (181) refirió haberlo tenido con mujeres (coito vaginal) y el 45.4% (254) con hombres (coito anal) (Tablas 5 y 6). La mayor proporción de coito penetrativo anal sin condón está relacionada a la socialización y las cogniciones erróneas respecto a la transmisión del VIH donde predomina la creencia de que una persona infectada tendría que presentar deterioro y sintomatología física observable.

**Tabla 7. Análisis bivariado de bisexualidad efectiva con datos sociodemográficos, autorreporte de ITS y comportamientos sexuales en hombres bisexuales de Lima**

Variable	Reportan haber tenido coito con una mujer en el último año				p
	No		Sí		
	n	%	n	%	
<b>Edad</b>					< 0.01
18-24	142	49.65	88	32.12	
25-35	95	33.22	90	32.85	
36 a +	49	17.13	96	35.04	
<b>Educación</b>					< 0.01
Secundaria completa o menos	49	17.13	47	17.15	
Superior incompleta	145	50.70	95	34.67	
Superior completa	92	32.17	132	48.18	
<b>Tipo de centro de salud donde les gustaría ser atendido</b>					0.003
Centro para Bisexuales	69	26.74	53	22.75	
Centro para Gays y Bisexuales	66	25.58	36	15.45	
Centro de Salud Sexual Masculina	123	47.67	144	61.8	
<b>Síntoma de ITS en el último año</b>					0.004
Sí	90	31.47	57	20.80	
No	196	68.53	217	79.2	
<b>Le comunicó a su pareja sexual</b>					0.82
Sí	23	45.1	19	47.5	

Variable	Reportan haber tenido coito con una mujer en el último año				
	No		Sí		
No	28	54.9	21	52.5	
<b>Acudió a médico por síntomas de ITS</b>					0.314
Sí	58	64.44	32	56.14	
No	32	35.56	25	43.86	
<b>Última prueba del VIH</b>					0.041
Nunca	126	44.06	103	37.59	
En el último año	97	33.92	85	31.02	
Hace más de 1 año	63	22.03	86	31.39	
<b>Auto reporte de VIH</b>					0.009
Positivo	26	17.22	12	7.55	
Negativo	125	82.78	147	92.45	
<b>Intención de hacerse prueba de VIH en los siguientes 6 meses</b>					0.012
Sí	91	72.22	58	56.31	
No	35	27.78	45	43.69	
<b>Rol sexual</b>					0.296
Activo	66	23.49	65	24.25	
Moderno	193	68.68	172	64.18	
Pasivo	22	7.83	31	11.57	
<b>Coito bajo la influencia de alcohol</b>					< 0.01
Sí	58	20.64	91	33.96	
No	223	79.36	177	66.04	

Entre los hombres que se autoreportan como bisexuales, existe una relación significativa entre haber tenido relaciones coitales con mujeres en el último año (es decir, practicar una conducta bisexual real) con: Tener más edad ( $p < 0.01$ ), tener mayor nivel de educación ( $p < 0.01$ ), no haber tenido síntomas de ITS en el año previo ( $p: 0.004$ ), haberse hecho alguna vez la prueba del VIH ( $p: 0.041$ ), ser VIH negativo ( $p: 0.009$ ), tener menor intención de hacerse la prueba del VIH ( $p: 0.012$ ), tener coito bajo la influencia de alcohol ( $p < 0.01$ ), no tener la



vacuna en contra de la hepatitis B, y querer ser atendido en un centro de salud sexual masculina (p: 0.003). En el grupo de bisexuales que tuvieron relaciones coitales con hombres y mujeres en el último año es importante resaltar que tuvieron más edad y mayor nivel de instrucción, sin embargo, existe menor intención de hacerse la prueba del VIH y haber consumido alcohol durante las relaciones coitales. En este sentido este grupo puede estar informado sobre las formas de transmisión y del cómo prevenir las ITS; sin embargo, en la situación pueden tener comportamientos de exposición como el consumo de alcohol (Tabla 7).

**Tabla 8. Análisis bivariado de bisexualidad efectiva con coito anal desprotegido con hombres en bisexuales de Lima**

Variable	Bisexualidad efectiva				
	No		Sí		p
	n	%	n	%	
					0.989
<b>Coito anal sin protección con pareja hombre estable</b>					
Sí	72	69.9	56	70	
No	31	30.1	24	30	
<b>Coito anal sin protección con hombre conocido</b>					0.206
Sí	107	54.59	91	48.15	
No	89	45.41	98	51.85	
<b>Coito anal sin protección con trabajador sexual (TS)</b>					0.783
Sí	8	33.33	16	30.19	
No	16	66.67	37	69.81	
<b>Coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre</b>					0.037
Sí	142	49.65	112	40.88	
No	144	50.35	162	59.12	

Entre los hombres que se reportan como bisexuales, existe una asociación significativa entre no haber tenido relaciones coitales con mujeres en el último año (es decir, practicar una conducta sexual mayormente homosexual) con haber tenido coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja sexual hombre en el último año ( $p: 0.037$ ) en el análisis bivariado. En este sentido el coito anal sin condón ha sido reconocido como una de las vías más comunes de transmisión del VIH y en los hombres bisexuales como un potencial puente para la transmisión del VIH y otras ITS al resto de la población. A nivel cognitivo esto se asocia a una baja percepción del riesgo de contagio y al uso de sustancias durante el coito. También cogniciones relacionadas al uso inconsistente del condón como la obtención de mayor placer o mostrar mayor confianza en la pareja pueden incrementar este comportamiento de riesgo (Tabla 8).

**Tabla 9. Análisis multivariado de bisexualidad efectiva con datos sociodemográficos, comportamientos sexuales de alto riesgo y acceso a servicios de salud en hombres bisexuales de Lima**

Variable	OR crudo		OR ajustado	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
<b>Edad</b>				
18 – 24				
25 -35	1.53 (1.03 - 2.26)	0.034	1.32 (0.82 - 2.14)	0.254
36 +	3.16 (2.05 - 4.88)	$\approx 0$	2.90 (1.65 - 5.10)	< 0.01
<b>Coito bajo la influencia del alcohol</b>				
No				
Sí	1.98 (1.35 - 2.90)	0.001	3.33 (2.13 - 5.21)	< 0.01
No respondió	1.51 (0.45 - 5.04)	0.501	1.00 (0.24 - 4.24)	1
<b>Coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre</b>				
No				

<b>Variable</b>	<b>OR crudo</b>		<b>OR ajustado</b>	
Sí	0.70 (0.50 - 0.98)	0.037	0.69 (0.46 - 1.02)	0.06
<b>Tipo de centro de salud donde les gustaría ser atendido</b>				
Centro para Bisexuales				
Centro para Gays y Bisexuales	0.71 (0.41 - 1.22)	0.215	0.77 (0.43 - 1.39)	0.391
Centro de Salud Sexual Masculina	1.52 (0.99 - 2.35)	0.055	1.41 (0.88 - 2.26)	0.157
No respondió	1.91 (1.05 - 3.48)	0.035	0.72 (0.28 - 1.84)	0.488
<b>Síntoma de ITS en el último año</b>				
No	0.57 (0.39 - 0.84)	0.004		
Sí				
<b>Educación</b>				
Secundaria completa o menos				
Superior incompleta	0.68 (0.42 - 1.10)	0.117	0.76 (0.45 - 1.30)	0.325
Superior completa	1.50 (0.93 - 2.42)	0.101	1.11 (0.63 - 1.94)	0.719
<b>Última prueba del VIH</b>				
Nunca				
En el último año	1.07 (0.73 - 1.58)	0.727	0.82 (0.27 - 2.54)	0.734
Hace más de 1 año	1.67 (1.10 - 2.53)	0.016	1.04 (0.33 - 3.23)	0.952
<b>Acudió a médico por síntomas de ITS</b>				
No				
Sí	0.71 (0.36 - 1.39)	0.315	0.55 (0.26 - 1.18)	0.123
No reportó síntomas	1.42 (0.81 - 2.48)	0.22	1.03 (0.55 - 1.94)	0.928
<b>Auto reporte de VIH</b>				
Negativo				
Positivo	0.39 (1.19 - 0.81)	0.011	0.43 (0.19 - 0.95)	0.037

<b>Variable</b>	<b>OR crudo</b>		<b>OR ajustado</b>	
Nunca se ha hecho la prueba	0.72 (0.51 - 1.02)	0.067	1.14 (0.42 - 3.07)	0.795
<b>Intención de hacerse prueba de VIH en los siguientes 6 meses</b>				
No				
Sí	0.50 (0.29 - 0.86)	0.013	0.60 (0.33 - 1.09)	0.096
No responde (se la hizo recientemente)	0.83 (0.51 - 1.36)	0.461		
<b>Búsqueda de información de Salud Sexual en Internet en el último año</b>				
No				
Sí	0.73 (0.51 - 1.04)	0.083	0.82 (0.55 - 1.23)	0.332
No respondió	1.62 (0.89 - 1.44)	0.116	2.95 (1.08 - 8.08)	0.035

Luego de ajustar para confusores, los mayores de 36 años (en comparación con los de 18 a 24), y tener relaciones coitales bajo la influencia de alcohol, estuvieron asociados significativamente a reportar coito con mujeres en el último año (OR: 2.90, 95% IC: 1.65 - 5.10,  $p < 0.01$ ; OR: 3.33, 95% IC: 2.13 - 5.21,  $p < 0.01$ ; respectivamente). Asimismo, auto reportarse como VIH positivo y tener coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre estuvieron asociados significativamente a no reportar coito con mujeres en el último año (OR: 0.43, 95% IC: 0.19 - 0.95,  $p = 0.037$ ; OR: 0.69, 95% IC: 0.46-1.02,  $p = 0.06$ ; respectivamente).

El nivel educativo, acudir a un médico por síntomas de ITS, haberse hecho la prueba del VIH hace más de 1 año, tener la intención de hacerse prueba de VIH

en los siguientes 6 meses, buscar información de salud sexual en Internet en el último año y, preferir atenderse en un centro de salud sexual masculina no estuvieron significativamente asociados pero se mantuvieron en el modelo probablemente por ser confusores de las otras variables. Las variables rol sexual y síntomas de ITS en el último año salieron del modelo final.

*Otros análisis de interés*

**Tabla 10. Asociación entre bisexualidad efectiva y uso de condón en participantes autoreportados como VIH positivos en hombres bisexuales de Lima**

Variable	Reportan haber tenido coito con una mujer en el último año				p
	No		Sí		
	n	%	n	%	
Coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja hombre					0.970
Sí	11	42.3	5	41.7	
No	15	57.7	7	58.3	

Entre los participantes autoreportados con VIH no se encontró diferencia significativa entre bisexualidad efectiva y coito anal desprotegido. Cabe mencionar, que solo hubo 38 participantes auto reportados como VIH positivos por lo que es difícil encontrar asociaciones significativas.

**Tabla 11. Asociación entre coito anal desprotegido con edad, educación y rol sexual entre bisexuales no efectivos en hombres bisexuales de Lima**

Variable	Coito anal desprotegido con cualquier tipo de pareja sexual hombre		p
	Sí	No	
<b>Edad</b>			0.233
18-24	77 (54.2%)	65 (45.8%)	
25-35	45 (47.4%)	50 (52.6%)	
36+	20(40.8%)	29(59.2%)	
<b>Educación</b>			0.147
Secundaria completa <	29 (59.2%)	20 (40.8%)	
Superior incompleta	74 (51%)	71 (49%)	
Superior completa	39 (42.4%)	53 (57.6%)	
<b>Rol sexual</b>			0.034
Activo	24 (36.4%)	42 (63.6%)	
Moderno	106 (54.9%)	87 (45.1%)	
Pasivo	11 (50%)	11 (50%)	

Entre los bisexuales no efectivos que reportaron tener sexo solo con hombres en el último año, el sexo desprotegido no varió según la edad ni la educación. Sin embargo, sí varió de acuerdo al rol sexual, encontrándose que los participantes con rol sexual activo reportaron menos coito anal desprotegido con otros hombres ( $p=0.034$ ). En tanto los que desempeñaron el rol moderno tuvieron más coito anal sin protección con cualquier tipo de pareja sexual hombre (54.9%). Este rol podría exponer más al grupo de hombres bisexuales y a la población general.

## **Resultados cualitativos**

Los resultados cualitativos se obtuvieron a través de entrevistas a profundidad realizadas a 30 voluntarios que participaron también en la primera fase. Se buscó comprender las percepciones, los comportamientos sexuales y otros factores de los hombres bisexuales desde una aproximación del Modelo de creencias en salud y del Modelo de información, motivación y habilidades conductuales.

### **Características generales de los participantes**

La edad promedio de los 30 entrevistados fue de 25.8 años. El 73% reportó algún grado de educación superior. El 53% nunca se había hecho la prueba del VIH. El 33% reportó haber tenido síntomas de alguna ITS, y el 27% haber sido atendido por un problema de salud sexual en el último año. El 60% reportó ser versátil al tener relaciones sexuales con otro hombre. Todos reportaron haber tenido sexo con una mujer en el último año. El número promedio de mujeres con las que tuvieron relaciones sexuales fue de 2.3 mujeres. El 40% reportó haber tenido sexo bajo la influencia de alcohol en el último año. 93% usaba celular, de los cuales 64% era un Smartphone.

### **Categorías de análisis**

Se exploró cómo perciben un grupo de hombres bisexuales de Lima la susceptibilidad y severidad al VIH, y los beneficios y barreras en relación a los comportamientos sexuales de riesgo, desde la aproximación del Modelo de Creencias en Salud.

## ***1. Susceptibilidad percibida a la infección por VIH***

Bajo el modelo de creencias en salud, la susceptibilidad percibida (Rosentock, 1974) frente a la adquisición del VIH y otras ITS se manifiesta a través de un conjunto de creencias de riesgo relacionadas al coito con mujeres, al coito con hombres, a la bisexualidad y algunas características de la misma (percepción hacia la identidad bisexual, hacia el riesgo relacionado, hacia el rol sexual, hacia las preferencias sexuales, hacia la pareja sexual estable) hacia el uso del condón y finalmente hacia el uso de alcohol antes y durante las relaciones coitales.

### **1.1. En relación al coito con mujeres.**

En las entrevistas, los hombres bisexuales refirieron creencias de mayor fidelidad y monogamia sobre las mujeres, las mismas que conllevan a un sentimiento de mayor confianza y por tanto de menor susceptibilidad de adquirir el VIH u otra ITS cuando están con una pareja sexual femenina (Stokes, 1993). Esta baja susceptibilidad se incrementa si la pareja es estable:

“Las mujeres son más fieles que los hombres”, “Es más difícil que una mujer te saque la vuelta pues” (Participante 6, 22 años).

Asimismo, la mayoría de entrevistados coincidieron en que el tener relaciones coitales con una mujer es de por sí un factor que garantiza la protección frente al VIH, ya que tal condición está más asociada a los hombres y más si son hombres que tienen relaciones coitales con otros hombres. La mujer no es percibida como potencial transmisora del VIH como refiere la siguiente cita:

“Es más difícil que las mujeres tengan VIH” (Participante 17, 19 años).



Por otra parte, se asume que con las mujeres por el hecho de ser más fieles y de tener menor posibilidad de tener relaciones coitales con diferentes parejas, no es tan importante el uso del condón. Dentro del estereotipo machista de concebir a la mujer, parece estar envuelta en un “halo protector” (Juliano, 2010) , por lo que las medidas de cuidado en las relaciones coitales disminuyen:

“Bueno, con mujeres me cuido menos porque tienen menos relaciones sexuales pues” (Participante 26, 33 años).

Es necesario señalar que las respuestas de los participantes entrevistados podrían ir en la misma dirección de lo hallado en la fase cuantitativa en cuanto a la menor protección durante el coito con mujeres, sobre todo cuando son parejas estables. (Tablas 5 y 6). Sin embargo, es importante tomar en cuenta que con respecto a este resultado el sesgo de entrevistador y la deseabilidad social que pueden haber influido en las respuestas de los participantes.

#### 1.2. En relación al coito con hombres.

Por el contrario, los participantes manifestaron que los hombres son más proclives a la infidelidad y a tener un mayor número de contactos y parejas sexuales:

“Los hombres tienen más sexo, son más infieles” (Participante 21, 27 años).

“Es normal que los hombres tengan varias o varios pues... la mujer no es así” (Participante 10, 21 años).

Asimismo, la percepción social de que el hombre “es por naturaleza” más sexual que la mujer se asocia a la creencia colectiva de un mayor número de parejas sexuales y una especie de “promiscuidad obvia”:

“¡Con los hombres sí es más peligroso...Con cuántos habrá estado!”  
(Participante 2, 18 años).

Por otra parte, socialmente, en los hombres puede existir una actitud de expresión desinhibida de la sexualidad. De tal manera, se incrementa la susceptibilidad percibida a tener VIH-ITS cuando se está más con otro hombre que con mujeres.

### 1.3. Susceptibilidad en relación a la bisexualidad y algunas características relacionadas a esta:

#### 1.3.1. Percepción hacia la identidad bisexual. Para algunos, la bisexualidad es un aspecto personal que puede ser reconocido y asumido:

“Ser bisexual no me hace ser diferente a los demás” (Participante 15, 49 años).

Según estas respuestas, la percepción de algunos participantes es que la bisexualidad no marca diferencias importantes con las demás orientaciones sexuales.

Sin embargo, otros entrevistados refirieron que experimentaron sentimientos negativos relacionados su bisexualidad ya sea porque es vivenciada en secreto o por la crítica (bifobia) y prejuicio social (Liao, 2011) al respecto en el contexto familiar, laboral o en la atención en salud:

“A veces me siento mal por ser así, más cuando no puedo decir la verdad sobre lo que me gusta” (Participante 29 , 24 años).

“Recuerdo que en mi casa durante mucho tiempo fue muy difícil hablar del tema, tenía miedo de que me rechacen” (Participante 24, 38 años).

Estas expresiones revelan sentimientos de disconfort y la necesidad de esconder la propia orientación sexual, muchas veces por miedo a la bifobia y presión social. De esta manera, algunos hombres bisexuales buscan la aceptación social mientras los comportamientos sexuales bisexuales los mantienen ocultos.

### 1.3.2. En relación al riesgo relacionado

Por otra parte, ser bisexual es percibido como un factor que aumenta la percepción de riesgo frente a la infección por VIH. Esto puede estar relacionado a las propias cogniciones y vivencias de los hombres bisexuales (Cantillo, 2013) que están relacionadas a una mayor oportunidad de tener encuentros y parejas sexuales que el resto de hombres:

“Los bisexuales tenemos más sexo... así somos...y en un descuido podemos quedar infectados” (Participante 12, 21 años).

“Somos más promiscuos...podemos tener más opciones de tener sexo y también de contagiarnos” (Participante 19, 25 años).

La creencia de una mayor capacidad para tener parejas sexuales puede generar la percepción de mayor tendencia a tener VIH-ITS.

### 1.3.3. En relación al rol sexual

La mayoría de los entrevistados refirió que encuentra placer sexual desempeñando el rol moderno (activo y pasivo):

“Cuando tengo sexo yo no le pregunto al otro si es pasivo o activo, me gusta que eso se dé en el momento... yo disfruto de las dos maneras” (Participante 1, 27 años).

De esta manera el rol sexual puede definirse en el momento previo al coito como reportan recientes estudios (FLGTB, 2012). Este comportamiento sexual puede indicar que cada vez es menos usual un rol sexual fijo en el grupo de bisexuales y este variaría de acuerdo al contexto y a las características de la pareja.

En cuanto al rol sexual y la susceptibilidad percibida frente al VIH, no hay mayor percepción de riesgo por ejercer el rol moderno:

“Sí, soy moderno... me cuido más con hombres desconocidos pero no siempre... Con mi mujer no pues, no me cuido” (Participante 5 , 21 años).

Esta cognición puede incrementar potencialmente el riesgo de infección y transmisión del VIH-ITS a la población general y podría ser uno de los factores por los que los hombres bisexuales son considerados una población “puente” (Hubach, 2014) para la transmisión a la población general.

Cabe señalar que en la fase cuantitativa los bisexuales no efectivos que desempeñaron el rol moderno tuvieron más coito anal sin protección con

cualquier tipo de pareja sexual hombre. Este rol podría exponer más al grupo de hombres bisexuales y a la población general en la adquisición de ITS-VIH (Tabla 11).

1.3.4. Hacia las preferencias sexuales: la mayoría de participantes, al hablar de su percepción sobre la bisexualidad, refirieron que no importaba el sexo de la pareja (hablando de parejas formales), sino el vínculo a nivel emocional que se establece con él o ella. Asimismo, se puede apreciar que en el comportamiento bisexual influyen otras variables, mas allá del sexo, como la relación afectiva, la comunicación y confianza que se pueden presentar independientemente del género de la pareja sexual (FLGTB, 2012). En este sentido los participantes afirmaron:

“No es que me guste más la mujer que un hombre, los dos sexos me gustan...me atraen” (Participante 22, 19 años).

“La atracción física es lo primero pero puede ser por un hombre o por una mujer, la cosa es que haya química” (Participante 30, 39 años).

De esta manera, la bisexualidad puede tener un importante componente físico, pero también afectivo determinado por la sensación de bienestar y completitud en una relación sentimental. Los bisexuales entrevistados manifestaron que pueden sentir afectos de pareja por otros hombres y mujeres sin importar tan solo el aspecto sexual:

“Para tener una pareja lo que me importa es cómo me llevo con él o ella” (Participante 7, 20 años).

“Aparte de lo físico, lo que importa es que haya afecto pues...cuando hay un sentimiento, es mejor” (Participante 18, 26 años).

Esto sugiere que en la bisexualidad el componente afectivo es importante para entablar una relación mas formal o de pareja, sobre todo en términos de pareja estable:

“La cosa es que haya atracción o una emoción especial.... más cuando es tu pareja así sea mujer u hombre” (Participante 27, 24 años).

En cuanto a la preferencia sexual y la susceptibilidad frente al VIH-ITS, algunos participantes refirieron:

“Aunque me puedan gustar hombres y mujeres, creo que más riesgo hay con los hombres pues” (Participante 25, 21 años).

“Eso sí, con las mujeres es mas difícil de contagiarte de enfermedades, es más seguro” (Participante 4, 20 años).

Nuevamente se manifiesta la mayor percepción de riesgo en el sexo con otros hombres por las características de mayor fidelidad y monogamia atribuidas a las mujeres. Esto está relacionado a las diferencias de género asumidas socialmente que caracterizan el comportamiento sexual y las cogniciones de hombres y mujeres, desde el determinismo biológico que asigna roles sexuales fijos (Santrock, 2007).

En cuanto a la percepción de la relación sexual hombre vs. mujer: Algunos entrevistados refirieron que las relaciones sexuales con hombres son más intensas y que entre hombres podían saber qué es lo que satisface sexualmente. Mientras

que con las mujeres refirieron que no siempre sabían hacer lo que a un hombre le gusta y las zonas que causan más placer sexual. En una relación sexual entre personas del mismo sexo existe un mayor conocimiento de las zonas erógenas:

“El hombre sabe lo que le gusta al otro hombre por eso es más excitante”  
(Participante 20, 26 años).

“Con un hombre tu puedes ser más sincero...decirle así de frente lo que quieres que te haga, con un mujer no...a veces da vergüenza” (Participante 16 , 26 años).

De esta manera pueden existir diferencias significativas en la percepción de la relación sexual entre sexos y de esta forma se entendería porqué un hombre bisexual busca una relación con otros hombres.

Por otra parte, con las mujeres la relación sexual es percibida como más tierna, con más caricias, no tan intensa como la que ocurre con otro hombre con quien se considera más “física”:

“Con los hombres es algo más sexual...con la mujer es más sentimiento”  
(Participante 3, 21 años).

“Yo más he tenido parejas mujeres...con los hombres es algo sexual nomás, con las mujeres he sentido amor, algo más estable” (Participante 9 , 48 años).

1.3.5. Hacia la pareja sexual estable: Aunque los entrevistados afirmaron la atracción sexual por ambos sexos, algunos refirieron que prefieren tener a una mujer como pareja estable influidos por

la presión social hacia la heterosexualidad, considerada como “lo normal, lo adecuado” y también por el deseo de tener una familia. De esta manera, se puede apreciar en algunos bisexuales cierta opresión internalizada de la propia bisexualidad, relacionada a parámetros sociales comúnmente aceptados y que tendrían influencia en la decisión de formar una familia nuclear tradicional (Ortiz, 2005). En este sentido, comentaron:

“Como pareja estable no elijo a otro hombre... mucha palta pues...”(Participante 13 , 19 años).

“Cuando se trata de pareja estable prefiero a una mujer... con ella puedo hacer una familia y, bueno, nadie habla... con un hombre sería más complicado” (Participante 23, 21 años).

Por otra parte, creencias psicosexuales sobre la mujer y su mayor probabilidad de fidelidad, su menor y controlado deseo sexual y menor número de parejas sexuales, orientan en algunos casos a elegirla como pareja estable:

“Pareja estable es mejor que sea mujer, es más fiel, no saca tanto la vuelta como los hombres... además la gente empieza a hablar” (Participante 28 , 19 años).

No obstante, otro grupo de entrevistados refirió que tanto un hombre como una mujer podrían ser parejas estables priorizando aspectos de atracción física, afectiva y de confianza como base de una relación de pareja sin tomar como factor principal el sexo de la persona:



“Lo que a mí me interesa es que haya confianza, que me sienta bien y esa persona me de cariño y que nos llevemos bien como pareja” (Participante 8, 20 años).

“He estado con hombres y mujeres. Para formalizar una relación no me fijo mucho en eso sino en cómo es la persona, si nos llevamos bien, si hay afecto, fidelidad... he durado con mujeres y hombres” (Participante 11, 36 años).

En cuanto a la elección de pareja, los entrevistados refirieron que lo primero que tenía que existir es un atractivo físico sea hombre o mujer:

“Lo que me atrae es algo físico ya sea con hombres o con mujeres de ahí si pasa algo más pasa pero debe haber atracción física” (Participante 14, 24 años).

También refirieron que la forma de contactar posibles parejas varía de acuerdo a las características de los lugares de interacción:

“A una chica más la vas conociendo de a pocos o en una fiesta pero a un hombre...vas al sauna o a un video y ahí nomás puedes tener sexo y hacerlo y con varios...” (Participante 20, 26 años).

De esta manera, pueden existir diferencias en la manera de contactar a las potenciales parejas formales y parejas sexuales de acuerdo al sexo y que están influenciadas por el contexto en el cual se conoce a la persona.

1.4. Hacia el uso del condón. En este aspecto los entrevistados manifestaron haber tenido coito anal y vaginal sin condón. Sin embargo, mostraban más preocupación por el coito anal desprotegido con otro hombre ya que se sentían más expuestos al VIH (Zule, 2009). Esto está relacionado a las

cogniciones que otorgan al hombre una mayor actividad sexual y frecuentemente con diversas parejas sexuales:

“No usar condón con un hombre es más peligroso que no usarlo con una mujer....un hombre tiene más sexo con diferentes personas” (Participante 7, 20 años).

De esta manera, el coito anal desprotegido es considerado un comportamiento sexual de alto riesgo, sin embargo, en los resultados cuantitativos se puede apreciar que existe un alto reporte de sexo anal desprotegido con cualquier tipo de pareja sexual hombre.

1.5. Hacia el uso de alcohol antes y durante las relaciones coitales. Esta conducta, según manifestaron los entrevistados fue bastante asociada al coito con otros hombres y con parejas sexuales esporádicas. El consumo del alcohol y otras sustancias está asociado a lugares de socialización entre HSH (Moore, 2019 y Sanchez, 2007) como discotecas, saunas, bares que han ido tomando más espacio en los últimos años. Estos lugares de socialización permiten el acercamiento de los HSH, algunos de los mismos presentan lugares acondicionados para tener relaciones coitales al paso como cuartos oscuros, cubículos para parejas, videos pub, cabinas privadas. De esta manera los lugares de consumo de alcohol considerando los efectos desinhibitorios de la sustancia pueden prestarse para mantener relaciones coitales ocasionales:

“A veces te dejas llevar por el momento y ya pues con tragos ya te olvidas” (Participante 26, 33 años).

Estas afirmaciones pueden estar relacionadas a lo hallado en la parte cuantitativa en donde el 48% de participantes, tuvo relaciones coitales con hombres bajo la influencia del alcohol frente a un 5% que la tuvo con mujeres (Tabla 4). Además como refieren los participantes entrevistados, el coito desprotegido con otro hombre bajo efectos del alcohol es una conducta de alto riesgo frecuente. Este comportamiento de riesgo también es observado en otros contextos en los cuales el consumo de alcohol puede cumplir una función de liberación emocional frente a la tensión provocada por el estigma social (Ritchwood, 2015).

Por otra parte, la atracción física sumada al consumo de alcohol, puede facilitar las relaciones coitales desprotegidas tal como se aprecia en la siguiente afirmación:

“En la discoteca ya se toma por ley y bueno ahí conoces a alguien y cuando te gusta mucho alguien ya no te cuidas” (Participante 3, 21 años).

De esta manera, la apariencia física es percibida como un indicador de que una persona puede o no tener VIH y para la protección. Esta percepción puede verse potenciada por el uso de alcohol y predisponer a mayor riesgo.

## ***2. Severidad percibida frente a la infección por VIH***

2.1 Frente a la posibilidad de adquirir o tener el VIH: La mayoría de entrevistados manifestaron creencias de desesperanza y dificultad para afrontarlo.

Esto está relacionado la percepción de discapacidad asociada al VIH-SIDA que podría estar relacionada al poco conocimiento del efecto positivo de la terapia

antirretroviral la cual asegura mayor calidad y cantidad de vida a una persona con VIH.

Asimismo, esta percepción intensa de severidad podría influir en la postergación de la toma de la prueba y en el incremento de la detección tardía de la infección aumentando el riesgo de la persona y sus parejas sexuales (Menacho, 2013, 2018). Esto se ve reflejado en las siguientes afirmaciones:

“Es una enfermedad que me limitaría en todo lo que hago” (Participante 10, 21 años).

“Tener SIDA sería lo peor que me podría pasar, ya contra eso no se puede hacer nada” (Participante 21, 27 años).

De esta manera, la percepción frente al VIH es negativa y también está relacionada a desinformación acerca de los métodos preventivos y de tratamiento actuales. Los participantes parecen no tomar en cuenta que hay un gran número de personas viviendo con VIH con un buen nivel de calidad de vida y que se puede acceder al tratamiento gratuito en el Perú.

2.2. Frente a las consecuencias del VIH: Por otra parte, la presencia del VIH es relacionada a la percepción de un marcado deterioro físico y de la capacidad de independencia. Estas ideas están conectadas al pensamiento de que el VIH necesariamente está acompañado de un deterioro físico y en la capacidad de autovalía. Estos cambios negativos producirían en los demás comportamientos de rechazo hacia las personas viviendo con el VIH/sida (PVVS):

“Las demás personas te ven mal... o se alejarían de mí si se enteraran que tengo SIDA” (Participante 14, 24 años).

En este sentido, algunos entrevistados aparte de presentar una visión catastrófica sobre el VIH-SIDA, desconocen las características de los estadios, síntomas y evolución de la infección.

### ***3. Beneficios percibidos***

Los beneficios percibidos están relacionados a las creencias de los participantes respecto a la efectividad de algunos comportamientos de protección frente al VIH/ITS que corresponden a circunstancias particulares y a la visión sociocultural de la sexualidad y los roles sexuales.

3.1. Uso del condón frente al VIH/ITS. En relación a este factor, los entrevistados se refirieron a ésta como una de las formas típicas de cuidado; sin embargo, varios de los entrevistados, manifestaron no haberlo usado durante toda la relación coital. Este comportamiento es manifestado comúnmente entre hombres adolescentes y adultos jóvenes peruanos (Chirinos, 2000 y 2006). Sobre este aspecto los participantes señalaron:

“Yo uso condón pero ya cuando sé que voy acabar...a veces al comienzo he tenido penetración sin condón pero después me lo puse” (Participante 29, 24 años).

Estas expresiones manifiestan una protección parcial con respecto al uso del condón. Aun sabiendo que es necesario para prevenir una infección, no es usado de manera consistente.

3.2. Comportamientos protectores relacionados a creencias y percepciones psicosexuales. En este ámbito, los participantes manifestaron creencias de protección relacionadas al género y tipo de la pareja sexual. Este comportamiento guiado por los roles sexuales tradicionales, y las cogniciones otorgadas a estos, también se presenta en otros contextos (Friedman 2014b). Esto se refleja en las siguientes afirmaciones:

“Cuando es una flaca casi no me cuida...depende de cuánto la conozca” (Participante 23, 21 años).

“Con los patas sí me cuida más...ahí si hay que cuidarse de todas maneras” (Participante 16, 26 años).

Nuevamente el género es una variable importante para la decisión de llevar a cabo un comportamiento protector.

3.3. Protección cuando las parejas ejercen trabajo sexual. Algunos participantes refirieron cuidarse más cuando sus parejas sexuales ejercían trabajo sexual aunque no de forma sostenida por el uso de alcohol:

“Ya tú sabes que cuando se paga hay que cuidarse más... además las mujeres te piden que uses condón” (Participante 27, 24 años).

“Yo sí me cuida con hombres que sé que hacen servicio, pero cuando he estado tomado, ahí si se me ha pasado varias veces” (Participante 12, 21 años).

Lo manifestado por los participantes entrevistados podría estar relacionado a los hallazgos cuantitativos que reportaron que los hombres bisexuales tienden a protegerse más con trabajadores y trabajadoras sexuales (Carcamo, 2012). Sin

embargo, se cuidan más con trabajadoras sexuales (87.69%) que con trabajadores sexuales (68.83%) (Tablas 5 y 6).

#### **4. Barreras percibidas**

Las barreras están conformadas por aspectos internos y externos que la persona considera limitantes para la consecución de una meta (Moreno, 2003). Bajo el modelo de creencias en salud, las barreras están relacionadas a la calidad de la atención del personal en los centros de salud, ya sean de población general o para HSH, la cual es una barrera que afecta el acceso.

##### **4.1 Percepción de la calidad de la atención en servicios de salud**

Algunos entrevistados refirieron que se hace necesaria mayor calidez en el trato y confidencialidad en la atención, incluyendo en la entrega de resultados:

“A veces los resultados los dan así nomás y hay mucha gente”  
(Participante 1, 27 años).

Por otra parte, refieren que el personal de salud muchas veces no tiene una actitud tolerante sino más bien prejuiciosa cuando exponen su bisexualidad. Esta actitud fomenta la desconfianza del paciente para revelar sus comportamientos y preferencias sexuales, las cuales son esenciales para hablar de su salud sexual:

“No me gusta el trato que tienen los médicos...siento que no puedo ser yo mismo y tengo miedo de contarle que soy bisexual” (Participante 9, 48 años).

En este contexto refirieron que existe personal de salud que juzga el comportamiento bisexual de manera negativa y lo manifiesta directamente. Este prejuicio, por lo general se observa en las actitudes de personas heterosexuales que discriminan otras orientaciones sexuales o las catalogan como no adecuadas o anormales y pueden demostrarlo de manera verbal y no verbal (Herek, 2002). De esta manera, la búsqueda de atención en salud luego de una experiencia negativa o prejuiciosa se ve evadida y relacionada a un trato donde quedan fuera factores elementales como la confianza, la aceptación y comprensión del ser humano y su identidad sexual:

“Un día un médico me dijo que para qué busco a hombres, que me decida de una vez por más mujeres” (Participante 18, 26 años).

En la frase citada se aprecia el prejuicio que puede existir en el personal de salud frente a la bisexualidad y a los comportamientos sexuales y preferencias manifestadas. Debido a esta actitud es probable que muchos hombres bisexuales prefieran mantener invisible su condición y no brinden información necesaria para una abordaje adecuado de prevención en salud sexual.

Por otra parte, los hombres bisexuales que asistieron a centros de salud u ONGs específicos para HSH refirieron haber experimentado un mal momento al ser tratados como homosexuales. Esta necesidad de diferenciación en el trato se hace evidente en diversos contextos en los cuales los hombres bisexuales no quieren ser tratados ni observados como hombres gays, trans u otras denominaciones (Sandfort, 2008). Para los entrevistados, el pensar que los demás



los asumen como homosexuales, es un acto discriminatorio y no conectado a su identidad y necesidades particulares:

“Como ve que muchos son gays, el médico pensará que todos somos iguales” (Participante 5, 21 años).

El ser tratados como homosexuales es un factor que los puede disuadir frente a la búsqueda de servicios de salud para HSH. El querer ser reconocidos como bisexuales incluye la necesidad de espacios con características particulares en la atención y el trato al grupo de hombres bisexuales (Feintein, 2019b). Al respecto, los participantes refirieron:

“Cuando estoy en la sala de espera los gays se ponen a mirarme y cuchichean...a veces siento que están hablando mal de mí” (Participante 19, 25 años).

Estas actitudes percibidas pueden generar actitudes de rechazo frente a los centros de atención para HSH, más de aquellos que buscan reserva en este tema.

Estas afirmaciones van en la misma dirección de los hallazgos en la fase cuantitativa donde se halló que solo un 23.6% de los participantes acudieron a algún centro de salud para HSH (Tabla 3). Asimismo, el 54% de participantes reportaron preferir ser atendidos en un centro de salud sexual masculina (Tabla 3).

Finalmente, los participantes refirieron que la atención médica es buena pero que a veces no se da la confidencialidad adecuada. Este hecho indica la necesidad de una atención integral en salud que tome en cuenta las características

psicosociales y no se centre en aspectos referidos a la enfermedad y sintomatología (Baptiste Roberts, 2017). Al respecto, los participantes refirieron:

“Bueno, cuando fui al hospital me examinaron y me dieron la medicación pero no me preguntaron casi nada. También daban los resultados en voz alta y se escuchaba” (Participante 22, 19 años).

4.2. Percepción de la comunicación en los servicios de salud: algunos de los entrevistados refirieron que es necesaria una comunicación que incluya la confianza para transmitir las necesidades en el área psicosexual. Esto ocurre con diferentes profesionales de la salud:

“El médico solo me habla de qué síntomas tengo, pero no me pregunta de cómo estoy o qué es lo que siento...tampoco tengo confianza en contarle si tuve sexo con un hombre o una mujer” (Participante 6, 22 años).

Por otra parte, refirieron la necesidad de mayor orientación en cuanto a los comportamientos sexuales de los bisexuales (Feinstein, 2019b). Esto puede estar relacionado a una mayor percepción de riesgo relacionada a la bisexualidad:

“Creo que el médico y las enfermeras nos deberían orientar sobre lo que hacemos porque estamos con hombres y mujeres” (Participante 18, 26 años).

4.3. Percepción de la visión del personal de salud respecto a la bisexualidad

Asimismo, refirieron que se sienten limitados a comunicar su orientación sexual por el temor a la posibilidad de crítica por parte del personal de salud. Esto debido al prejuicio social percibido desde etapas tempranas de su vida sexual:

“No tengo confianza de decirle que soy bisexual, creo que no me entenderán o me van a criticar” (Participante 2, 18 años).

También manifestaron que el personal de salud emite juicios de valoración acerca de la bisexualidad cuando esta es revelada (Dodge, 2012), incluso a veces desacreditando su existencia real y/o tomándola como una decisión personal:

“Una vez un médico me dijo que cómo podían gustarme los hombres” (Participante 5, 21 años).

De esta manera, si bien algunos hombres entrevistados no desean ser atendidos en centros para HSH, en los centros de atención general pueden verse expuestos a la crítica directa sobre su bisexualidad y sus conductas sexuales causando esto una posible aversión a asistir a los centros de salud o a limitarse a expresar lo mínimo necesario cuando es atendido.

Explorar cómo perciben la información brindada por el personal de salud en cuanto a su completitud, accesibilidad y adecuación al grupo de hombres bisexuales desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales?

## **5. Información**

Según el modelo de información, motivación y habilidades conductuales, la información es un factor determinante para fomentar conductas que intervienen en la prevención y tratamiento de problemas de salud (Duvob, 2018). En relación a este aspecto se halló que los participantes percibieron que:

5.1. No es completa. Existen ambigüedades y dudas

Algunos entrevistados no tienen un conocimiento claro acerca de las vías de transmisión del VIH y otras ITS. A pesar de que se suele creer que las vías de transmisión del VIH son conocidas y que las campañas de difusión de la información llegan a la mayoría de la población, existe aun mucha confusión y la información es percibida como insuficiente incluso cuando se recibe en un centro de salud:

“El VIH está en la sangre más que todo...también en el semen pero creo que a veces no se contagia por ahí” (Participante 4, 20 años).

“Cuando voy al médico, a veces le pregunto pero no entiendo lo que me dice y bueno tampoco me explican todo lo que debería saber. Hablan lo necesario nada más” (Participante 15, 49 años).

También refirieron desconocer la accesibilidad actual y efectividad del tratamiento para el VIH. En este sentido, algunos hombres bisexuales pueden generarse ideas muy negativas respecto a la adquisición del VIH, al no contemplar la posibilidad de recibir la terapia, y a los efectos de ésta. En este sentido, la carencia de conocimientos reales y la información distorciónada acerca del VIH jugaría un rol fundamental en la etapa preventiva y eventualmente en su tratamiento (Friedman 2016). Al respecto, los participantes refirieron que no hay campañas que difunden los tratamientos preventivos frente al VIH-SIDA:

“El tratamiento para el VIH es caro... también es, a veces dicen que, dañino...igual creo que la persona termina muriéndose de todas maneras” (Participante 30, 39 años).

“No nos brindan información sobre cómo prevenir, sé que hay unas pastillas, pero cuando vas a consulta, no te explican eso” (Participante 28, 19 años).

De esta manera, se aprecia que por un lado hay desconocimiento acerca del VIH, y por otro la percepción de que la información recibida es insuficiente.

## 5.2. Poco accesible

Algunos entrevistados percibieron que la información se encuentra circunscrita al ámbito clínico y hospitalario, y no desde la comunidad:

“Creo que deben haber personas que informen en el barrio, no solamente en el centro de salud porque hay mucha gente que no va” (Participante 24, 38 años).

En este sentido, algunos participantes manifestaron que sería óptimo llevar a cabo campañas de información al público en general en los distritos ya que no todas las personas tienen la posibilidad de acudir a los centros de salud.

## 5.3. No está dirigida hacia el grupo bisexual

Los entrevistados manifestaron la necesidad de mayor información y consejería adecuada al grupo bisexual. En este sentido, el grupo de bisexuales autoidentificados como bisexuales, requieren de información mas específica y orientada a la propia dinámica sexual de este grupo (Feinstein, 2019a). Al respecto, los entrevistados perciben la información como genérica y dirigida hacia todo el grupo de HSH:

“A veces siento que la información que me dan es como para cualquiera, no se fijan en que soy bisexual...me hablan como a un homosexual” (Participante 11, 36 años).

“Las necesidades de nosotros son diferentes a las de los demás, no se nos toma en cuenta al momento de informarnos o brindarnos consejería...se nos da lo mismo que a los demás” (Participante 8, 20 años).

Los hombres bisexuales manifestaron percibirse encasillados dentro del grupo de HSH, además que el personal de salud debería tener apertura al tema y hacer preguntas relacionadas a las experiencias que tienen los hombres bisexuales tanto con hombres como con mujeres.

Asimismo, se exploró cómo son las motivaciones en relación a las conductas de autocuidado en un grupo de hombres bisexuales de Lima desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

## **6. Motivación**

La motivación como postulado del modelo de información, motivación y habilidades conductuales (Dudov, 2018) es promovida por la información potenciándose ambos elementos para desencadenar comportamientos de autocuidado. De esta manera la motivación está relacionada a:

### **6.1. Los comportamientos de protección**

Los factores motivadores de comportamientos de protección en el grupo de hombres bisexuales están relacionados a mantener un buen estado de salud, a evitar las consecuencias del VIH y otras ITS. Sin embargo, estos comportamientos no se mantuvieron como hábito en todas las relaciones coitales.

Por otra parte, existe la motivación de preservar la salud frente a infecciones de transmisión sexual:

“Es necesario cuidarse para evitar infecciones y también cuidas a tu pareja” (Participante 13, 19 años).

Sin embargo, un factor por el que no se usa condón es el tiempo de haber conocido a la pareja sexual:

“Sí me cuido para estar protegido, pero cuando conozco a la persona ya de tiempo no lo uso” (Participante 25, 21 años).

A parecer, el mayor tiempo de conocimiento de la pareja sexual disminuye la percepción de riesgo de infección.

## 6.2. Hacia la búsqueda de servicios de salud

Los participantes refirieron que la motivación está dada por la mejoría a nivel físico cuando han experimentado algún síntoma de ITS o al recibir información preventiva relativa al VIH y otras ITS (Fisher, 2009). Algunos refirieron que la atención fue buena a nivel médico pero que faltaba más empatía y trato cálido para generar confianza para llegar a hablar de aspectos personales de su vida sexual. Incluso refirieron la emisión de juicios despectivos y mensajes atemorizantes en relación a su comportamiento sexual:

“Un día cuando fui al médico me dijo que porqué tenía sexo con hombres... que eso solo traía enfermedades” (Participante 17, 19 años).

Esta actitud genera ausencia de confianza y una consecuente limitación en la información transmitida que podría ser valiosa para una intervención integral de salud sexual:

“Al médico le explico lo que tengo, pero no le digo nada más... y si me pregunta le digo que tuve sexo con una mujer” (Participante 20, 26 años).

En este sentido, estas afirmaciones podrían ir en la misma dirección de lo obtenido en la fase cuantitativa en la que se halló que más del 60% de participantes nunca buscó y recibió atención médica alguna vez por un problema de salud sexual (Tabla 3). La búsqueda de un buen estado de salud y disminución de los síntomas físicos motiva la búsqueda de atención médica más allá de los vacíos en el trato o en la confianza entre el personal de salud y paciente.

También se exploraron las habilidades conductuales para la prevención de prevención de ITS/VIH en un grupo de hombres bisexuales de Lima desde la aproximación del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

## **7. *Habilidades conductuales***

Las habilidades conductuales son necesarias para lograr realizar las conductas protectoras para la prevención de ITS/VIH. La persona que no está provista de un repertorio de habilidades conductuales puede estar más expuesta al riesgo. En las entrevistas se hallaron las siguientes:

### **7.1. Uso del condón**

Entre los entrevistados hay quienes reportaron un uso frecuente del condón, sin embargo, la mayor parte de entrevistados tuvo relaciones coitales sin condón en el último año ya sea con parejas sexuales hombres y/o mujeres,



estables u ocasionales. El uso del condón se relaciona tambien al género, como es mencionado anteriormente. El condón suele ser usado menos con las mujeres y con parejas estables (Hubach, 2014). Lo manifestado por los participantes coincidiría con los resultados cuantitativos según los cuales los hombres bisexuales reportaron haber tenido relaciones coitales sin condón con ambos sexos (Tablas 5 y 6).

Un factor asociado a no usar condón es el consumo de alcohol previo al coito. Asimismo, esta práctica es tomada con relativa “normalidad”, es decir, se reconoce la omisión y el riesgo pero no la magnitud:

“Suelo cuidarme pero cuando he estado con tragos ahí si no he usado condón, la última vez fue con un hombre, es que así uno se olvida” (Participante 7, 20 años).

De esta manera, el hecho de haber consumido alcohol “justifica” en cierto sentido el no uso del condón.

#### 7.2. Uso de alcohol durante las relaciones coitales (controlado vs no controlado)

El uso de alcohol se reportó con más frecuencia en las relaciones coitales con otros hombres que con mujeres. Estas afirmaciones pueden ir en la misma dirección que lo reportado en la parte cuantitativa en la que el 48% de participantes tuvo coito con otro hombre bajo la influencia de alcohol en el último año (Tabla 5). Por otro lado un 33.9% de los hombres que tuvieron sexo con mujeres en el último (bisexuales efectivos) usaron alcohol durante las relaciones coitales (Tabla 7).

El uso de alcohol puede ser más frecuente en los lugares de socialización de hombres como discotecas, pubs, bares, saunas. Por otro lado, están acondicionados con ambientes privados o grupales como cabinas, habitaciones o los denominados cuartos oscuros donde se pueden tener relaciones coitales. En estos ambientes privados es común que un mismo hombre tenga varias parejas sexuales en una noche ya sea de manera individual o simultánea. Esto se manifiesta en la siguiente expresión:

“Hay lugares donde puedes tener sexo ahí mismo. Y con tus tragos, ya pues, te olvidas, se te pasa...yo tuve sexo en un cuarto oscuro, ahí no se ve con quien porque hay varias personas, algunos se cuidan otros no, ya tú no sabes qué es lo que puede pasar” (Participante 14, 24 años).

De esta manera, el consumo de alcohol está vinculado en diversos contextos a la ocurrencia del coito entre hombres (Zule, 2009). Por otra parte, la baja percepción de riesgo bajo la influencia de alcohol limita las habilidades conductuales para el uso del condón. De distinta manera, ocurre en los lugares de socialización heterosexual donde no existen estas características:

“Tuve sexo con un gay que conocí en la discoteca... sí fue así rápido, yo ya estaba yéndome...había tomado bastante y bueno nos miramos y hablamos...terminamos en un hotel...no recuerdo bien lo que pasó pero esa vez no me cuidé” (Participante 22, 19 años).

### 7.3. Uso de servicios de salud

Los participantes refirieron acudir principalmente a los servicios de salud de población general cuando tenían un problema físico que no podían resolver por

sí mismos. Esto se corrobora en lo hallado en la primera etapa del estudio en donde el 76% nunca fue atendido en un centro de salud para gays y bisexuales.

Con menor frecuencia refirieron acudir a solicitar información, consejería y orientación psicosexual ya que consideran que el personal de salud no muestra la actitud adecuada para atender sus preguntas:

“Solo voy al médico cuando me duele algo o creo que tengo una infección... no voy muy seguido... trato de curarme por mí mismo” (Participante 18, 26 años).

También refirieron que cuando revelaron su orientación sexual, en ocasiones se sintieron juzgados o desaprobados. Esto concuerda con la estigmatización internalizada y bifobia aún arraigada en diversos contextos sociales en los cuales se encuentran los servicios de salud (Ortiz, 2005 y Platero, 2008). Esto debido al conocido estigma social que recae sobre las orientaciones sexuales divergentes de la heterosexual:

“El médico me dijo una vez de forma sarcástica que él no creía en que pueden haber bisexuales, que seguramente somos gays solo que a veces tenemos sexo con mujeres para guardar las apariencias” (Participante 29, 24 años).

En la frase anterior se aprecia de manera clara el estigma que puede haber en el equipo de salud frente a la bisexualidad.

Por otra parte, refirieron que no iban a centros de salud para HSH porque habían otros HSH, como gays o travestis, a quienes catalogaron como “escandalosos”. Esta percepción hacia otros subgrupos de HSH está relacionada a

prejuicios, pero a su vez refleja la necesidad de contar con centros y profesionales de salud con un trato y estrategias dirigidas a hombres bisexuales (Feinstein, 2019b). Al respecto, se presenta la siguiente afirmación:

“Me da vergüenza ir a centros de atención para gays, son muy escandalosos y no brindan un trato para nosotros los bisexuales” (Participante 21, 27 años).

Ya que el grupo de hombres bisexuales presenta, como se ha podido apreciar, características particulares a nivel perceptivo y de comportamiento, podría requerir una atención diferenciada del resto del grupo de HSH a nivel de atención médica, comunicación, orientación psicológica y la consecuente prevención del VIH y problemas de salud mental, que son comunes en este grupo (Chan, 2019).

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio proveen de información cuantitativa que describe los comportamientos sexuales de riesgo y datos sociodemográficos de un grupo de hombres bisexuales de Lima y de información cualitativa en la que se trató de comprender y explicar dichos comportamientos sexuales de riesgo desde una aproximación del Modelo de Creencias en Salud y del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales.

Existen factores de diversa índole que podrían ser tomados en cuenta para ampliar el conocimiento del comportamiento sexual del grupo de hombres bisexuales (comportamientos sexuales de riesgo, orientación sexual, rol sexual, la susceptibilidad y percepción del riesgo, la información, etc.); y para comprender aspectos relevantes a nivel psicosocial de este grupo (Cáceres, 2006).

La presente discusión se basa en los resultados cuantitativos y cualitativos, la contrastación con otros estudios relacionados y la generalización pertinente. A continuación, se presenta la discusión siguiendo el orden de los objetivos.

La edad y educación promedio de los participantes fue similar a la de otros estudios locales que recolectaron la información usando una metodología similar (Blas 2011; Menacho, 2018). La prevalencia de VIH autoreportada en este estudio fue similar a la reportada a nivel nacional (UNAIDS, 2018), la cual es alta en comparación con la prevalencia en la población general (García-Fernández, 2018). Preocupantemente, la mayoría no se había hecho la prueba del VIH en su vida o durante el último año. De hecho, otros estudios han reportado que los bisexuales

se hacen la prueba menos y con menor frecuencia que los hombres gays (Feinstein, 2019a; Jeffries, 2010; Jin, 2002).

Como consecuencia, investigaciones previas han encontrado que, en comparación con hombres gays, los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres (para fines del estudio, bisexuales efectivos) son más propensos a no enterarse de su estado positivo de VIH y a no recibir atención. Asimismo, son menos propensos a no estar viralmente suprimidos; más propensos a tener un diagnóstico tardío; y a recibir un diagnóstico de SIDA de 1 a 3 años después del diagnóstico de VIH (Friedman, 2018; Friedman, 2014a; Singh, 2014). Lo descrito anteriormente podría estar ocurriendo también en los hombres bisexuales peruanos por lo que urge la ejecución y diseminación de investigación a lo largo del continuo de atención del VIH entre esta población (Feinstein, 2019b) tanto en la prevención primaria como secundaria.

En relación al comportamiento bisexual efectivo, menos de la mitad de la muestra reportó haber tenido relaciones coitales con una mujer en el último año. Es decir, a pesar de haberse autoreportado como bisexual, casi la mitad no tuvo coito reciente con una mujer. Es importante tener en cuenta que no es suficiente basarse solamente en el antecedente de haber tenido sexo con hombres y mujeres para considerar a un hombre como bisexual (y para que él mismo se identifique como tal) ya que la bisexualidad involucra también aspectos afectivos, circunstanciales y temporales hacia ambos sexos (FELGTB, 2012).

De esta manera, los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres no engloban a todos los bisexuales. Por ejemplo se halló que solo entre el 45% y 54% de hombres autoreportados como bisexuales tuvieron coito con mujeres a lo largo

de su vida (Everett, 2013; Mustanski, 2014). Por lo tanto, es probable que una proporción importante de bisexuales no estén representados si sólo se consideran a hombres tuvieron coito con hombres y mujeres. Además, es importante tener en cuenta el contexto en el que el comportamiento ocurre, tales como normas sociales y culturales, y valores de la comunidad (Bauer & Brennan, 2013).

En este sentido, clasificar a hombres como bisexuales basándose sólo en el comportamiento sexual (haber tenido coito con hombres y mujeres), ha sido criticado por otros autores debido a no tener en cuenta la autodeterminación, ser dependiente del tiempo (cuándo la conducta es medida), y proveer poca información acerca de comportamientos sexuales específicos (Bauer & Brennan, 2013; Young & Meyer, 2005). Lo mencionado indica la importancia de atender y comprender la diversidad de los factores relacionados a la orientación sexual bisexual autoreportada en investigación en salud.

Por otra parte, existe evidencia de que los hombres autoidentificados como bisexuales difieren de los hombres conductualmente bisexuales (hombres que tienen sexo con hombres y mujeres HSHM) que no se autoidentifican como tales. En un estudio se halló que los hombres autoidentificados bisexuales se casan y tienen hijos con menos frecuencia, y son más propensos a tener coito anal con hombres y de describir su comportamiento predominantemente como homosexual (Lever, 1992). También, revelan más su orientación sexual (Schrimshaw, 2013). Como tal, los autoidentificados como bisexuales pueden estar insertados en redes y comunidades sociales diferentes que los hombres conductualmente bisexuales (que no se consideran bisexuales) lo que puede influir en su acceso a servicios de salud. De esta manera, la autoidentificación bisexual, como se suele asumir, no

solo depende de la ocurrencia de coito con hombres y mujeres, y es importante conocer las diferencias y matices dentro del grupo de bisexuales y qué los diferencia del grupo de HSHM en el contexto nacional.

En relación al uso del condón, el reporte de coito sin protección es alto coincidiendo con estudios en población similar (Ortiz, 2005). En relación a parejas estables, los participantes usaron menos condón con mujeres en comparación con hombres. Stokes y col. reportó el mismo hallazgo entre hombres autoidentificados como bisexuales (Stokes, 1993). El uso del condón está relacionado a cómo se percibe a la otra persona o al tipo de pareja. Se suele usar mayormente con mujeres desconocidas o poco conocidas mientras que no se usa con una enamorada o pareja femenina estable (Chirinos, 2006). De esta manera, las parejas estables mujeres de hombres bisexuales pueden incrementar su riesgo de infección considerando la exposición de los mismos a parejas sexuales masculinas (y probablemente otras femeninas) poco conocidas y/o estables. En relación a los tipos de pareja, en general, los participantes reportaron más relaciones coitales desprotegidas con parejas hombres que con parejas mujeres, lo cual fue encontrado también en otro estudio (Liao et al., 2011). Además del tipo de pareja, otros estudios reportan el uso, o no, del condón basado en el género de la pareja. Por ejemplo, un grupo de hombres bisexuales reportó no usar condón si la pareja mujer no podía quedar embarazada (Hubach, 2014). En un estudio peruano se halló que los hombres suelen usar más el condón con una pareja femenina estable para prevenir el embarazo que para prevenir el contagio de ITS-VIH (Chirinos, 2006). Las cogniciones respecto al uso del condón en los hombres se suelen manifestar a partir de la adolescencia en sus primeras relaciones coitales.



Estas cogniciones respecto al uso del condón se relacionan a la reducción del placer sexual, a que suele ser usado por adultos y que no es del todo efectivo (Chirinos, 2000). Este tipo de cogniciones podrían manifestarse en mayor o menor medida a lo largo de las siguientes etapas y relacionarse a su bajo uso sobre todo con las parejas estables femeninas.

En cuanto al uso de alcohol, los bisexuales que tuvieron coito bajo la influencia de alcohol fueron más propensos a tener coito con mujeres. Un estudio relacionado encontró también que los bisexuales usan más alcohol y marihuana con parejas mujeres, y este probablemente es otro factor que motiva el no usar condón con ellas (Feinstein, 2019b). Asimismo, se halló que el consumo de alcohol antes o durante las relaciones coitales fue más recurrente entre aquellos que tenían miedo a que se conociera su orientación sexual (Liao et al., 2011). Por otra parte, en un estudio sobre prevalencia de sífilis en bisexuales, se reportó que el uso de alcohol es un factor de riesgo para su adquisición (Wong, Chaw, Kent y Klausner, 2005).

De esta manera el uso de alcohol es un factor de exposición importante frente al VIH-ITS para el hombre bisexual y las potenciales parejas sexuales. En el caso del coito con mujeres, el uso de sustancias puede incrementar dramáticamente el riesgo de transmisión de VIH-ITS a parejas estables.

Como consecuencia de los comportamientos sexuales de alto riesgo descritos, la evidencia disponible indica que, al igual que los hombres gays, los hombres bisexuales también están en mayor riesgo de adquirir ITS-VIH en comparación con los hombres heterosexuales (Cáceres, 2018; Jeffries, 2010). En

un metanálisis hecho en los Estados Unidos se encontró que los hombres que tuvieron sexo con hombres y con mujeres presentaron 5 veces más VIH que los hombres que tuvieron sólo sexo con mujeres, pero la mitad de VIH que los hombres homosexuales (Friedman, 2014b). Asimismo, los hombres autoidentificados como bisexuales también están más afectados por otras ITS que los heterosexuales (Jeffries, 2010).

Entre las características de los hombres bisexuales efectivos, quienes reportaron haber tenido relaciones coitales con mujeres en el último año, figuran: tener más edad, mayor nivel educativo, reportar menos síntomas de ITS, y haberse hecho más la prueba del VIH. Asimismo, reportaron menor prevalencia del VIH y tener más relaciones coitales bajo la influencia del alcohol.

A pesar de que existen diferencias con el subgrupo de bisexuales no efectivos, al autoidentificarse todos como bisexuales, es importante comprender sus cogniciones y percepciones como un solo grupo respecto a sus preferencias para prevención del VIH/ITS y acceso a servicios de salud. Esto también es referido en un estudio en el que se destaca la importancia de una atención diferenciada a los hombres autorreportados bisexuales (Feinstein, 2019b).

Los bisexuales no efectivos, es decir, aquellos que no reportaron coito reciente con mujeres, tuvieron más coito desprotegido con sus parejas sexuales hombres en comparación con los bisexuales efectivos. Además, como se encontró en este y otros estudios similares (Dodge, 2008), los bisexuales reportan una alta prevalencia de coito desprotegido con parejas mujeres estables. Es decir, los hombres bisexuales con comportamientos sexuales de alto riesgo con otros

hombres, expondrían a las eventuales parejas femeninas sean estas poco conocidas o estables. Estos hallazgos sugieren la importancia del grupo bisexual como vía de transmisión de ITS y VIH hacia la población general, constituyendo un potencial puente de transmisión (UNAIDS, 2016).

Por otra parte, desde la perspectiva del Modelo de Creencias en Salud, en cuanto a la percepción de susceptibilidad frente a la adquisición del VIH-ITS, los participantes manifestaron de que es más probable contraerlas teniendo coito con otros hombres. Esto coincide con la creencia de que los hombres suelen tener más parejas sexuales y coito desprotegido que las mujeres. Esta percepción puede estar relacionada a la idiosincrasia bilateral que otorga atributos sexuales según el género, en donde el hombre tiene mayores posibilidades de vivir y expresar la sexualidad (Juliano, 2010).

Adicionalmente, la mayoría de entrevistados refirieron que el hecho de ser bisexual aumenta las posibilidades de exponerse al VIH-ITS. Un estudio reportó que es común que los bisexuales sean percibidos como personas promiscuas, poco confiables, que no tienen filtros sexuales y con propensión a la infidelidad en las relaciones estables (Chan, 2019). Esto podría estar relacionado a las cogniciones y vivencias de los hombres bisexuales que refieren tener mayor oportunidad de tener encuentros y parejas sexuales. Esta percepción podría verse conectada a hallazgos de estudios que se refieren al grupo de hombres bisexuales como un grupo de riesgo para la adquisición y transmisión del VIH la población general (Sánchez, 2007).

Por otra parte la percepción de estigmatización y bifobia pueden generar comportamientos sexuales de riesgo. Esto se puede observar en estudios en

diferentes contextos en que la estigmatización, más allá de las repercusiones psico-afectivas, puede incrementar los comportamientos sexuales de riesgo (Cantillo, 2013) y (Liao, 2011). En este aspecto, los entrevistados con menor soporte familiar respecto a su orientación sexual, reportaron menor cuidado en sus prácticas sexuales.

Asimismo, un estudio reportó que la homofobia internalizada se asoció a un mayor riesgo de consumo de drogas antes o durante los encuentros sexuales, y a coito anal insertivo/receptivo sin protección (Ortiz, 2005). También se halló que las personas de minorías sexuales que son discriminadas están más propensas a problemas de salud mental (Chan, 2019)

Otro estudio reveló que la presión familiar impulsa a los bisexuales a casarse y tener hijos por lo que muchos mantienen relaciones homosexuales “secretas” (Liao et al., 2011).

Bajo un patrón similar podrían explicarse los comportamientos bisexuales en otras regiones, donde estos se siguen viendo bajo diferentes prejuicios de origen sociocultural. Esta presión social y estigmatización pueden fomentar una baja autoestima y asociarse conductas de riesgo como el abuso de alcohol.

Por otro lado, en cuanto al rol sexual, la mayoría se definió como moderno, es decir, tuvieron coito anal insertivo y receptivo. Este resultado se contrapone a lo hallado en un estudio según el cual una minoría de bisexuales desempeñaron ambos roles y de forma esporádica (Sánchez, 2007). Esto puede confrontar la idea común de que el hombre bisexual suele desempeñar mayormente un rol sexual activo y que percibe al otro hombre como el que asume

el rol femenino. Por otra parte, un bisexual moderno podría ser potencialmente más propenso a adquirir una ITS-VIH y trasladarla a la población femenina.

En este sentido, se halló que los bisexuales no efectivos que ejercen el rol sexual moderno, tuvieron más sexo desprotegido con las parejas sexuales hombres. Este comportamiento podría exponer a la población femenina cuando eventualmente estos bisexuales pasen al grupo bisexual efectivo.

Por otra parte, actualmente los hombres bisexuales pueden tener una actitud de mayor apertura a expresar y manifestar el deseo sexual y afectivo por otro hombre sin que predomine la importancia de desempeñar un rol sexual fijo.

Con respecto al uso de condón, parece existir menor percepción de riesgo cuando los bisexuales están con una pareja estable mujer, debido a cogniciones socialmente establecidas acerca de la menor promiscuidad y mayor fidelidad de la mujer, lo que es reportado también por Dodge y col. (Dodge, 2008). De esta cognición puede derivar que los hombres consideren el uso del condón “más necesario” en las relaciones coitales con otros hombres. Otro estudio reporta también que los bisexuales usan menos el condón con parejas estables, tanto hombres como mujeres (Hubach, 2014). Además del tipo de pareja, otro factor importante que puede ser considerado es el conocimiento del periodo ventana de infecciones como el VIH lo que podría repercutir en su decisión de usar o no preservativo. Este aspecto puede ser explorado en futuros estudios.

El uso de alcohol antes y durante el coito fue señalado en este estudio como factor de riesgo para no usar condón. El consumo de alcohol y las relaciones coitales ocurren en lugares de socialización de HSH como discotecas,

saunas y bares. Algunos de éstos presentan espacios acondicionados para tener relaciones sexuales bajo influencia de alcohol como cuartos oscuros, cubículos para parejas, salas de videos, cabinas privadas.

En un estudio se reportó que la bisexualidad está asociada a la depresión mayor y abuso de sustancias (Feinstein et al., 2019c). Los hombres autoidentificados como bisexuales frecuentemente tienen relaciones y actos coitales con parejas de ambos sexos y reportan uso de sustancias (incluyendo alcohol) antes y durante el sexo, y enfrentan retos para usar consistentemente el condón con sus parejas (Dodge, 2012; Friedman, 2016; Spikes, 2009). De esta manera, el consumo de alcohol y el sexo sin condón son comportamientos que ocurren simultáneamente y frente a los cuales puede haber una baja percepción de riesgo por parte de los hombres bisexuales, más aun si se considera la legalidad y amplia venta de esta sustancia.

En lo referente a la severidad percibida, los entrevistados manifestaron cogniciones y sentimientos negativos frente a la adquisición de una ITS /VIH, calificando este hecho como frustrante a nivel personal y social. Existen cogniciones relacionadas al estigma que rodea esta condición y a lo difícil que sería continuar con las metas personales trazadas en el supuesto hecho de vivir con VIH.

Moore y colaboradores reportaron que la seroconversión al VIH requiere un segundo proceso de autoaceptación, además de las continuas luchas por aceptar la identidad bisexual (Moore, 2019). Para la mayoría, el proceso de aceptación de la identidad sexual y el proceso de aceptación del estado del VIH pueden ser secuenciales. Al igual que con el proceso de aceptar la identidad, con el tiempo,

los sentimientos negativos sobre el estado de VIH disminuyen (así como disminuyó la homonegatividad internalizada). En relación a lo manifestado, en regiones como la nuestra es importante tener en cuenta que mientras más homofobia y bifobia existan, más difícil será disminuir el estigma hacia el VIH y lograr la aceptación del diagnóstico.

Los beneficios percibidos de realizar la conducta preventiva de usar condón no solamente están relacionados al tipo de pareja. Así, algunos participantes refirieron usar condón pero no durante todo el coito. El consumo de alcohol fue relacionado al no uso del condón, y el hecho de que la pareja realice trabajo sexual aumentó su uso. La apariencia física y la confianza aún pueden ser un indicadores subjetivos para creer que una persona tiene o no VIH y por ende para usar o no condón. Además, la confianza percibida en la pareja es un beneficio que promueve la toma de pruebas de VIH-ITS de manera periódica. Así, la confianza ha sido reportada como un indicador que permite a los bisexuales tener coito desprotegido con sus parejas estables (Hubach, 2004).

En cuanto a las barreras percibidas en la atención en salud y para realizarse la prueba del VIH, existen falencias en los servicios. La mayoría acude a servicios públicos o privados (de población general) porque prefieren este sistema por temor a ser vistos y tratados como “homosexuales”. En otros estudios con bisexuales se reportan falencias similares (Dodge, 2016), por lo que es imprescindible una mayor calidad y calidez en la atención, así como la disposición y apertura del personal de salud para hablar ampliamente sobre temas de sexualidad sin sentirse juzgados por su orientación y comportamiento sexual.

La atención médica es reconocida como buena pero carece de una actitud de reserva y mayor empatía, y no relacionarse solo a la enfermedad y sintomatología. Los bisexuales se sienten limitados a comunicar su orientación sexual por el temor a la crítica por parte del personal de salud. Asimismo, el personal de salud emite juicios acerca de la bisexualidad cuando esta es expresada, incluso a veces desacreditando su existencia real y/o tomándola como una decisión personal. Al respecto, la negación y menosprecio de la bisexualidad podrían causar que los bisexuales internalicen de manera negativa su identidad trayendo como consecuencia dudas, conflictos, vergüenza y autodevaluación (Chan, 2019). Como ha sido recomendado por otros autores (Feinstein 2019b), creemos que existe la necesidad de mejorar la comunicación, el nivel de confianza y aceptación para hablar de temas sexuales propios al grupo de bisexuales y poder satisfacer sus demandas mas allá del nivel físico.

Por otra parte, mientras los avances biomédicos están cambiando el campo de la prevención del VIH, la evidencia sugiere que éstos no están alcanzando a los hombres bisexuales de la misma forma que a los homosexuales. Por ejemplo, los bisexuales acceden con menor frecuencia a la profilaxis pre exposición -PrEP- (Feinstein et al., 2019a,b; Grov, 2016). Si estrategias como el PrEP no se promocionan específicamente entre bisexuales, y los proveedores de salud no son entrenados con respecto a las necesidades únicas de este grupo, lo más probable es que el acceso continúe siendo bajo a esta y otras intervenciones.

Las barreras para hacerse la prueba pueden estar relacionadas a la baja percepción de riesgo, a pensamientos catastróficos relacionados a descubrirse VIH positivos, a falta de soporte emocional para hacerse la prueba y a la falta de



información (Blas, 2011). De acuerdo a lo referido, estas barreras en cuanto a los servicios de salud y aspectos psicológicos pueden conllevar a la procrastinación de la toma de la prueba y a una baja notificación de VIH e ITS a las parejas sexuales.

Por otra parte, la estigmatización es una barrera social percibida. Esta se relaciona al prejuicio social que hay sobre la bisexualidad. Así, en diversos contextos los comportamientos de los bisexuales son altamente rechazados teniendo que enfrentar una gran presión social. Estos entornos sociales pueden llevarlos a ocultar sus relaciones sexuales y a participar involuntariamente en relaciones heterosexuales que muchas veces son las estables (Liao et al., 2011).

Los bisexuales también experimentan algunos problemas de identidad como reacción interna negativa frente al hecho de que su identidad es socialmente marginada o negada. Asimismo, frecuentemente se les presiona para conformar una orientación sexual monoexistente y dicotómica que encaje dentro de las identidades prescritas culturalmente (heterosexual y homosexual), lo que no refleja realmente su orientación sexual (Chan, 2019).

En esta línea, un estudio concluyó que la identidad sexual es la dimensión de la orientación sexual más relevante en cuanto a experiencias desventajosas y de discriminación (Vizard, 2014). La identidad bisexual es altamente estigmatizada (Dodge et al., 2016), ya que los bisexuales son discriminados tanto por los heterosexuales como por la población gay (Herek, 2002). Las experiencias relacionadas al estigma contribuyen a resultados de salud negativos (Brewster, 2013), y a generar barreras para acceder al cuidado de la salud (Eady, 2011). En esta línea, se halló que los bisexuales presentan mayor propensión a intentos de

suicidio y desigualdades relacionadas al acceso y uso de servicios de salud (Bostwick, 2018)

De esta manera, la estigmatización puede ejercer un papel determinante en los comportamientos de riesgo y por ende en la salud mental y física de los hombres bisexuales.

En relación a cómo perciben la información brindada por el personal de salud (en cuanto a su completitud, accesibilidad y adecuación) desde la perspectiva del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales, los participantes coinciden en que necesitan información veraz y completa acerca de las formas de transmisión del VIH/ITS, de las etapas de la infección y del tratamiento en el caso de adquirirlo. Asimismo, conocen parte de la información pero al momento de expresarla lo hacen con dudas o ambigüedades, por ejemplo, en cuanto a las vías de transmisión. En esta línea, un estudio reportó que los hombres bisexuales mencionaron como temas relevantes para mejorar su salud y bienestar psicológico a la información sobre VIH-ITS, la salud mental, las citas y relaciones, el uso de alcohol y otras drogas y cómo afrontar la discriminación (Feinstein 2019a). Por otra parte, debido a que la información es percibida como general, no considerando las necesidades de los hombres bisexuales, podría ser menos tomada en cuenta en situaciones de riesgo.

En relación a las motivaciones hacia conductas de autocuidado, mantener un buen estado de salud es un motivo para usar condón y no adquirir una ITS. Sin embargo, en no pocas ocasiones, los comportamientos protectores no se dan al momento de tener relaciones coitales con hombres y mujeres. Más cuando las parejas sexuales son conocidas o estables.

Esta contradicción entre lo que se piensa y se asume como necesario para evitar el contagio de VIH-ITS y cómo se comportan los hombres bisexuales, es un factor en el que el psicólogo y el personal de salud, debe orientar la intervención a nivel cognitivo y de hábitos de salud.

El curarse de los síntomas de alguna ITS es una motivación para acudir a centros de salud. Un estudio nacional refirió que existe la necesidad de un centro de atención en que no solo se atiendan las necesidades físicas, sino también se brinde apoyo psicológico sin estigmatizar o juzgar la bisexualidad (Menacho, Diaz, 2018). Esto puede sugerir que mas allá de un buen manejo de la sintomatología a nivel físico, los hombres bisexuales requieren también encontrar apoyo emocional y empatía por parte del personal de salud.

Asimismo, los hombres bisexuales se sienten motivados por recibir una atención particular en salud. Por un lado, investigaciones previas han reportado que los hombres bisexuales efectivos preferirían intervenciones individuales debido a la privacidad (Dodge, 2012a). Por otro lado, los hombres autoidentificados como bisexuales prefieren intervenciones en grupo, probablemente para conocer a otros bisexuales y sentirse parte de una comunidad que comparte la misma identidad (Feinstein, 2019a). Interesantemente, aquellos que han experimentado más estigma prefieren intervenciones para hombres bisexuales exclusivamente. Además, debido a los bajos niveles de integración y aceptación con la comunidad LGTB, los bisexuales reciben con menor frecuencia información de prevención del VIH (Doll, 1997; Kennedy, 2001). Por lo antes mencionado, es necesario que se abran espacios de salud para hombres bisexuales

que atiendan sus necesidades teniendo en cuenta su identidad, privacidad, y que brinden atención e información pertinentes.

Mientras muchos estudios han abordado a hombres que tienen sexo con hombres y mujeres, independientemente de cómo se autoidentifiquen, pocos estudios han explorado específicamente las motivaciones para la prevención del riesgo de VIH/ITS en hombres autoidentificados como bisexuales, teniendo en cuenta su experiencia relacionada a la identidad bisexual dentro del contexto de su salud sexual (Feinstein, 2019b). De esta manera se hace necesario continuar investigando sobre las motivaciones de los hombres bisexuales en el contexto nacional a fin de considerarlas para futuras intervenciones.

Por otra parte, en los participantes, las habilidades conductuales asociadas a protegerse de la transmisión de una ITS son el uso adecuado del condón, la búsqueda de apoyo en salud y el uso moderado de alcohol durante las relaciones sexuales. Estas habilidades están relacionadas a cogniciones sobre la percepción de mayor o menor riesgo de acuerdo a la situación y el sexo de la persona con quien se relacionan. Sin embargo, los entrevistados reconocen que estas habilidades conductuales no se dan con una frecuencia óptima para desarrollar comportamientos preventivos. Existe la necesidad de reforzar estas habilidades a través de un programa de prevención integral dirigido a esta población.

En relación a esto un estudio reportó que las intervenciones de prevención del VIH y otras ITS para HSH se tienden a enfocar en las conductas sexuales, relaciones, y estrategias de prevención con las parejas hombres, pero no con parejas mujeres. Además, muy pocas intervenciones se han diseñado y adaptado específicamente para hombres bisexuales (Feinstein, 2019b). De hecho, la

mayoría de investigaciones que incluyen a hombres bisexuales lo hacen dentro de un grupo amplio de HSH (Sandfort & Dodge, 2008), o abordan solo a bisexuales conductuales (Feinsetein, 2019b). Es un reto pendiente para el sistema de salud diseñar intervenciones de prevención del VIH dirigidas a los diferentes tipos de hombres autoidentificados como bisexuales.

El hombre bisexual tiende a acudir más a servicios de salud para población general, sin embargo, necesita contar y explicar libremente sus experiencias sin sentirse juzgado o catalogado como parte del grupo de HSH. Una intervención culturalmente sensible de promoción y prevención de la salud dirigida a hombres bisexuales sería necesaria y debería considerar estos aspectos para lograr impacto deseado (Baptiste-Roberts, 2017). En este sentido, acudir a un centro de salud para bisexuales reforzaría la habilidad de protección al brindar una atención dirigida a nivel biopsicosocial.

De acuerdo a lo referido, los comportamientos sexuales del grupo de hombres bisexuales podrían ser explorados y comprendidos desde los postulados básicos del modelo de creencias en salud y del modelo de información, motivación y habilidades conductuales. En este sentido, podría incrementarse el conocimiento sobre sus percepciones de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras frente a la adquisición del VIH y también sobre su autopercepción acerca de la bisexualidad y la experiencia de esta en diferentes ámbitos. Asimismo, se puede conocer cuáles son los recursos y las necesidades a nivel informativo, motivacional y conductual en este grupo tan invisibilizado e inaccesible en nuestra sociedad y que, sin embargo, tiene características y necesidades

particulares que requieren ser atendidas para una mejor inclusión en el sistema de salud y prevención de la transmisión del VIH/ITS.

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas a que no es posible generalizar los resultados a todos los hombres bisexuales de Lima. Sin embargo, hay hallazgos cuantitativos y cualitativos importantes que describen y explican los comportamientos sexuales, preferencias y experiencias de hombres bisexuales que han sido muy poco estudiados.

En relación a la edad de los participantes, no se determinaron diferencias entre grupos etáreos puesto que la recolección de datos durante las entrevistas se centró en sujetos que no habían accedido a servicios de salud tradicionales para HSH. En próximas investigaciones debería tenerse en cuenta esta diferenciación desde la fase recolección de datos a fin de poder comparar las semejanzas o diferencias que pudiesen existir en relación a los comportamientos sexuales y otras variables de interés.

Otra limitación importante está relacionada al sesgo de autoselección que se presenta en las encuestas en línea (Wright, 2017). Debido a este sesgo, son los sujetos más interesados aquellos que tienden a responder la encuesta, mientras que otros la ignoran. Para disminuir este sesgo se colocó la publicidad de la encuesta en más de una plataforma web y estuvo disponible por un período prolongado de tiempo para incrementar las posibilidades de que más personas del grupo objetivo participen. No obstante, hay que tener en cuenta que hemos recolectado información acerca de un grupo de poca accesibilidad y del cual se tiene escasa información.

En relación al sesgo de participación por una necesidad intrínseca (como resolver un problema de salud) o por algún beneficio secundario, antes de iniciar la encuesta se enfatizó en el mensaje de reclutamiento y en el consentimiento informado que el objetivo principal del estudio era recolectar información de interés y que no se ofrecían intervenciones ni beneficios económicos a cambio de participar.

En cuanto al riesgo de suplantación y duplicidad, se usó un protocolo que consistió en la evaluación y comparación de datos incongruentes y/o repetidos de tipo demográfico, o sobre las preguntas de sexualidad y autoidentificación (Menacho, 2018). Las encuestas duplicadas y aquellas sospechosas de suplantación fueron descartadas en el análisis final.

En lo referente a las relaciones sexuales con mujeres no se indagó acerca del coito anal, dato importante que se podría considerar en próximos estudios por las implicancias que puede tener en la salud sexual de las mujeres. Sin embargo, es necesario señalar que el objetivo fue indagar si hubo o no una relación coital (vaginal) reciente con una mujer entre participantes autorreportados como bisexuales.

Ocasionalmente los participantes pudieron alterar sus respuestas por deseabilidad social. Sin embargo, las encuestas en línea según estudios, disminuyen los sesgos del entrevistador y de la deseabilidad social de los participantes. Además, la naturaleza anónima de la encuesta puede haber reducido este sesgo.

En cuanto a los modelos de salud, podrían existir limitaciones teóricas por las cuales no se permitiría explicar, por ejemplo, el retraso con que algunas

personas con síntomas no acuden a los servicios de salud o el hecho de que no asisten a pesar de existir servicios de salud disponibles. Esto podría estar relacionado a pensamientos de negación de la enfermedad, minimización de los síntomas, desconocimiento, dificultad de acceso a los servicios, entre otros factores que podrían haber sido clasificados también bajo los constructos de otro modelo.

No obstante, los modelos de salud sirvieron para comprender e intentar explicar los comportamientos sexuales de riesgo a partir de sus postulados. De hecho, estos hallazgos, bajo la perspectiva de estos modelos, pueden favorecer el planteamiento y desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la salud con el objetivo de abordar a los hombres bisexuales teniendo en cuenta sus requerimientos.

La información brindada puede servir de base para futuras investigaciones que busquen conocer más acerca de las características del comportamiento sexual y las cogniciones del grupo de hombres bisexuales en Lima, del cual se tiene poca información.

El diseño mixto explicativo permitió profundizar en aspectos relacionados a los comportamientos sexuales de riesgo de un grupo de hombres bisexuales de Lima. De tal manera la información cuantitativa pudo ser respaldada y complementada por la data cualitativa (Hamui-Sutton, 2013) a través de entrevistas a profundidad que ayudaron a explorar y comprender mejor las percepciones, creencias y experiencias relacionadas al comportamiento sexual y a la propia bisexualidad de los participantes.



Finalmente, es necesario resaltar la importancia de una visión integral del escenario de la sexualidad donde los diversos factores analizados se fusionen de una manera dinámica con las autopercepciones y cogniciones de los hombres bisexuales y el entorno sociocultural del sistema de atención en salud. En este sentido, desde el campo de la salud se hace necesario un abordaje global para un mayor apoyo en la prevención y promoción de la salud y una real apertura a las diferencias en la búsqueda del bienestar general de la comunidad.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES

1. Entre los hombres bisexuales jóvenes y de nivel educativo promedio de Lima existe un bajo acceso a servicios de salud, incluyendo a la toma de la prueba del VIH. Esta situación puede estar relacionada a una baja conciencia de la importancia de la prevención y a algunas barreras relacionadas al acceso a servicios de salud.
2. La ausencia de bisexualidad efectiva en parte importante de la muestra sugiere que la autoidentificación bisexual no solo depende de la ocurrencia de coito con hombres y mujeres, sino también de diversos factores psicológicos y del entorno social que confieren a este grupo patrones comportamentales y preferencias en común.
3. La alta prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo de los bisexuales, tales como coito desprotegido con hombres y mujeres y el uso de alcohol durante las relaciones coitales, considerando su potencial rol en la transmisión de estas infecciones.
4. Los bisexuales efectivos tienen mayor edad, mayor nivel educativo, menor autoreporte de VIH-ITS y más relaciones coitales bajo la influencia del alcohol; mientras los bisexuales no efectivos se hacen menos la prueba del VIH y tienen un mayor autoreporte de VIH-ITS. Esto indica que hay diferencias entre los comportamientos sexuales y características sociodemográficas de los hombres bisexuales efectivos respecto a los no efectivos.
5. La asociación estadística significativa entre la ausencia de bisexualidad efectiva y coito desprotegido con parejas hombres, añadida a la alta prevalencia de coito desprotegido con parejas mujeres estables en bisexuales efectivos, sugiere el rol de este grupo como vía de transmisión de VIH-ITS hacia la población general.

6. El tener coito con otros hombres y el hecho de ser bisexual aumenta la susceptibilidad percibida frente al VIH. Por el contrario, disminuye frente a una mujer y más aún si es conocida o la pareja sexual estable; el uso del condón disminuye con el consumo de alcohol. Por otra parte, los hombres bisexuales manifestaron cogniciones y sentimientos negativos frente a la adquisición del VIH, calificando este hecho como frustrante a nivel personal y social. Además manifestaron una percepción de fuerte estigmatización de contraer eventualmente el virus.

7. La información disponible sobre el VIH y las formas de transmisión, de las etapas de la infección y del tratamiento es percibida como no veraz e incompleta. Esta percepción frente a la información recibida puede estar relacionada al contenido y la manera de transmitirla en los servicios de salud y en qué medida toman en cuenta variables sociodemográficas de los usuarios.

8. Mantener un buen estado de salud y recibir atención frente a los síntomas de VIH-ITS resulta motivador para usar condón y protegerse de una ITS. Sin embargo, los comportamientos protectores son menos frecuentes al momento de tener relaciones coitales con hombres y mujeres. Esta incongruencia entre la cognición y el comportamiento podría ser el punto de partida para la detección y puesta en marcha de comportamientos preventivos en situaciones de riesgo.

9. Si bien hay habilidades conductuales para la prevención de VIH y otras ITS, estas no se manifiestan de forma continua o consistente en las relaciones sexuales sean con hombres o mujeres.

10. A través del diseño mixto explicativo, se pueden corroborar y enriquecer los hallazgos cuantitativos sobre los comportamientos sexuales de riesgo, las percepciones

y experiencias conectadas a la bisexualidad y otros aspectos como los requerimientos en atención en salud.

11. Tanto el modelo de creencias en salud como el modelo de información, motivación y habilidades conductuales, pueden ayudar a explorar y comprender a profundidad los comportamientos sexuales de los hombres bisexuales y pueden ser potencialmente útiles en la formulación de estrategias de prevención y atención integral a este grupo.

## CAPÍTULO VII

### RECOMENDACIONES

1. Fomentar el acceso a servicios de salud y a la toma de prueba del VIH a través campañas informativas dirigidas exclusivamente al grupo de hombres bisexuales de Lima en base al conocimiento de sus comportamientos sexuales de riesgo y precepciones respecto al VIH y al contexto social.
2. Plantear estrategias dirigidas a hombres bisexuales que tomen en cuenta la presencia o ausencia de bisexualidad efectiva, ya que ambos sub grupos presentan comportamientos sexuales diferentes. Por otra parte, es necesario continuar investigando sobre los comportamientos sexuales que los diferencian y los que tienen en común.
3. Realizar estudios en los que se indague más sobre las circunstancias en las que se dan el sexo desprotegido y el consumo de alcohol en hombres bisexuales y qué factores personales y contextuales pueden incrementar o disminuir su ocurrencia.
4. Enfatizar en próximos estudios la importancia de los factores psicosociales del grupo de hombres bisexuales tanto efectivos como no efectivos, ya que podrían servir para guiar las estrategias preventivas.
5. Incentivar campañas preventivas sobre el uso del condón y VIH-ITS en hombres bisexuales con parejas sexuales estables femeninas (y también masculinas) dada la alta exposición. Las intervenciones deberían incluir consejería y orientación psicológicas que tomen en cuenta el rol sexual y los diferentes tipos de pareja sexual.

6. Desarrollar estrategias que incrementen la susceptibilidad percibida en base al cambio de cogniciones relacionadas a los paradigmas sexuales tradicionales con el fin de que el hombre bisexual se proteja con todas las parejas sexuales. Asimismo, sería conveniente brindar información a este grupo que ayude a disminuir el estigma y la percepción catastrófica frente al VIH. Es importante tener en cuenta que enfrentando la homofobia y bifobia se podría también desestigmatizar el VIH.
7. Desarrollar talleres de capacitación al personal de salud en los que se enfatice la divulgación de información clara y real tomando en consideración las características de los hombres bisexuales. Asimismo, es necesario sensibilizar al personal en cuanto a las características y necesidades de los hombres bisexuales.
8. Reforzar a través de talleres las motivaciones y las habilidades conductuales de los hombres bisexuales que desencadenen en comportamientos preventivos, tratando de incrementar la congruencia entre los comportamientos protectores y la ejecución de estos.
9. Replicar el estudio en hombres bisexuales de otros contextos en el entorno nacional para obtener mayor información sobre las similitudes y diferencias acerca de los comportamientos sexuales de riesgo en este grupo.
10. Desarrollar estudios en los que los hombres bisexuales sean captados directamente alcanzando a aquellos que no usan internet o redes sociales.
11. Realizar estudios que incluyan la metodología cualitativa y muestras mayores de sujetos considerando la limitada accesibilidad a este grupo y la importante información que se puede obtener.

12. Incluir otros comportamientos sexuales como el coito anal femenino para identificar su relación con diversos factores sociodemográficos y comportamentales en hombres bisexuales.
13. Desarrollar estudios de corte longitudinal que permitan apreciar la evolución de los comportamientos sexuales de riesgo en hombres bisexuales y conocer qué factores inciden en su cambio.
14. Desarrollar investigaciones que usen otros modelos en salud para explorar y comprender los comportamientos sexuales del grupo de hombres bisexuales dentro de una perspectiva integral de la salud.
15. Es necesario continuar la investigación de los comportamientos sexuales y percepciones de salud del grupo de hombres bisexuales de Lima considerando sus diversos matices, requerimientos y la eventual transmisión del VIH/ITS a la población general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alva, I. E., Cabello, R., García, P. J., Carcamo, C., Redmon, M., Kurth, A. E. (2007). Internet as a tool to access high-risk men who have sex with men from a resource-constrained setting: a study from Peru. *Sex Transm Infect*, 83(7), 567–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2007.027276>
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-36.
- Azjen F, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior New Jersey: Prentice-Hall Englewood Cliffs; 1980.
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 2, 122- 147.
- Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N., & Edwards, L. V. (2017). Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 44(1), 71–80. doi:10.1016/j.ogc.2016.11.003
- Bauer, G. R., & Brennan, D. J. (2013). The problem with “behavioral bisexuality”: Assessing sexual orientation in survey research. *Journal of Bisexuality*, 13, 148–165.
- Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T (2001). Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health* 91:940–946.
- Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446472/pdf/11392938.pdf>



- Blas MM, Alva IE, Cabello R, Carcamo C, Kurth AE. (2011). Risk behaviors and reasons for not getting tested for HIV among men who have sex with men: an online survey in Peru. *PLoS One*, 6(11):e27334. doi: 10.1371/journal.pone.0027334. Epub 2011 Nov 9.
- Bermúdez, M. P., Sánchez, A. I. & Buéla-Casal, G. (2003). Adaptación española del cuestionario VIH-SIDA-164. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 95-112
- Bolívar, H. E., y Arrizure, A. D. (2014). *La discriminación que vive la comunidad LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros) de la parroquia Sucre, municipio Sucre del estado Aragua* (tesis de pregrado). Universidad de Carabobo, Carabobo, Venezuela.
- Bostwick, W. B., & Dodge, B. (2018). Introduction to the special section on bisexual health: Can you see us now? *Archives of Sexual Behavior.*, 48, 79–87. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1370-9>.
- Brewster, M. E., Moradi, B., Deblaere, C., & Velez, B. L. (2013). Navigating the borderlands: The roles of minority stressors, bicultural self-efficacy, and cognitive flexibility in the mental health of bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 543–556.
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). *Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101. doi:<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/906/793>

- Caceres, B. A., Brody, A. A., Halkitis, P. N., Dorsen, C., Yu, G., & Chyun, D. A. (2018). Sexual orientation differences in modifiable risk factors for cardiovascular disease and cardiovascular disease diagnoses in men. *LGBT Health*, 5, 284–294.
- Cáceres, C., Mendoza, W., Konda, K. & Lescano, A. (2007). *Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud.
- Cantillo, L. (2013). La población de lesbianas, gays, travestis, bisexuales e intersexuales (LGBTI) en el departamento del Atlántico. *La manzana de la discordia*, 8(1), 23-35. doi: <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v8i1.1549>
- Cárcamo, C.P., Campos, P.E., García, P.J., Hughes, J.P., Garnett, G.P., Holmes, K.K., & Peru PREVEN Study Team (2012). Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *Lancet Infect Diseases*, 12(10), 765–773. doi: [10.1016/S1473-3099\(12\)70144-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70144-5)
- Chan RC (2019). Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels. *Journal of Affective Disorders*, (260), 292-301. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.020>
- Chiasson MA, Parsons JT, Tesoriero JM, Carballo-Diequez A, Hirshfield S, Remien RH (2006). HIV behavioral research online. *J Urban Health* 2006;83:73– 85. doi: [10.1007/s11524-005-9008-3](https://doi.org/10.1007/s11524-005-9008-3)

Chirinos JL, Salazar V, Brindis CD. (2000). A profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad Saúde Pública*; 16: 733-46.

Chirinos JL, Bardales O, Segura MD. (2006). Sexual relations and the perception of risk of acquiring STD/AIDS among young adult men in Lima, Peru. *Cad Saúde Pública* ;22:79–85.

Coombes Y., McPherson K. (1996). Review of models of health related behavior change. London: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine.

Dávila, Y. R. (2002). Influence of abuse on condom negotiation among Mexican-American women involved in abusive relationships. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(6), 45-56. doi: <https://doi.org/10.1177/1055329002238025>

Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M. R., Schick, V., Fu, T. J., Bostwick, W., & Sandfort, T. G. (2016). Attitudes toward bisexual men and women among a nationally representative probability sample of adults in the United States. *PLoS ONE*, 11, e0164430. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164430>.

Dodge, B., Jefries, W. L. T., & Sandfort, T. G. (2008). Beyond the downlow: Sexual risk, protection, and disclosure among at-risk Black men who have sex with both men and women (MSMW). *Archives of Sexual Behavior*, 37, 683–696.

Dodge, B., Schnarrs, P. W., Goncalves, G., Malebranche, D., Martinez, O., Reece, M., & Fortenberry, J. D. (2012). The significance of privacy and trust in providing health-related services to behav-

iorally bisexual men in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 24, 242–256.

Doll, L., Myers, T., Kennedy, M., & Allman, D. (1997). Bisexuality and HIV risk: experiences in Canada and the United States. *Annual Review of Sex Research*, 8, 102–147.

Dos Santos, J. L. G., Erdmann, A. L., Meirelles, B. H. S., de Melo Lanzoni, G. M., da Cunha, V. P., & Ross, R. (2017). Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>

Dubov, A., Altice, F. L. y Fraenkel, L. (2018). An Information–Motivation–Behavioral Skills Model of PrEP Uptake. *AIDS and Behavior*, 22(11), 3603–3616. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2095-4>

Eady, A., Dobinson, C., & Ross, L. E. (2011). Bisexual people's experiences with mental health services: a qualitative investigation. *Community Mental Health Journal*, 47, 378–389.

Edwards, W. (1961). Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology*. 12, 473–498.

Federación estatal de lesbianas, gays, trans y bisexuales. FELGTB (2012). Decálogo por la visibilidad bisexual. Disponible en: <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/decalogo-por-la-visibilidad-bisexual>

- Feinstein, B. A., Dodge, B., Korpak, A. K., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2019a). Improving the health of cisgender men who identify as bisexual: What do they want from interventions? *Sexuality Research and Social Policy*, 16, 385–391.
- Feinstein BA, Dodge B. (2019 b). Meeting the Sexual Health Needs of Bisexual Men in the Age of Biomedical HIV Prevention: Gaps and Priorities. *Arch Sex Behav*. Nov 5. doi: 10.1007/s10508-019-01468-1.
- Feinstein, B. A., Dyar, C., Li, D. H., Whitton, S. W., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2019c). The longitudinal associations between outness and health outcomes among gay/lesbian versus bisexual emerging adults. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 1111–1126.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, 15(2), 114-123.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The information motivation behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp.82–106). doi:10.1002/9780470753552.ch4
- Fisher, J. D., W. A. Fisher, and P. Shuper (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. Pages 21–65 in R.

- DeClemente, R. Crosby, and M. Kegler, editors. *Emerging theories in health promotion practice and research*. Wiley & Sons, San Francisco.
- Friedman, M. R., Dodge, B., Schick, V., Herbenick, D., Hubach, R. D., Bowling, J., & Reece, M. (2014a). From bias to bisexual health disparities: Attitudes toward bisexual men and women in the United States. *LGBT Health*, 1, 309–318.
- Friedman, M. R., Wei, C., Klem, M. L., Silvestre, A. J., Markovic, N., & Stall, R. (2014b). HIV infection and sexual risk among men who have sex with men and women (MSMW): A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9, e87139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087139>
- Friedman, M. R., Sang, J. M., Bukowski, L. A., Matthews, D. O., Eaton, L. A., Raymond, H. F., & Stall, R. (2018). HIV care continuum disparities among Black bisexual men and the mediating effect of psychosocial comorbidities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77, 451–458.
- Friedman, M. R., & Dodge, B. M. (2016). The role of syndemic in explaining health disparities among bisexual men: A blueprint for a theoretically informed perspective. In E. R. Wright & N. Carnes (Eds.), *Understanding the HIV/AIDS epidemic in the United States: The role of syndemics in the production of health disparities* (pp. 71–98). Cham, Switzerland.
- Garcia-Fernandez L, Novoa R, Huaman B, Benites C (2018). Continuo de la atención de personas que viven con VIH y brechas para el logro de las metas 90-90-90 en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 35(3): 491-6. doi:10.17843/rpmesp.2018.353.3853. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2018.v35n3/491-496/es>

- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. United States of America, Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399–418. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103604
- Grov, C., Rendina, H. J., Jimenez, R., & Parsons, J. T. (2016). Using online settings to identify gay and bisexual men willing to take or with experience taking PrEP: Implications for researchers and providers. *AIDS Education and Prevention*, 28, 378–392.
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 2(8), 211-216. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=es&tlng=pt).
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social problems*, 44(2), 174-199.
- Herek, G. M. (2002). Heterosexuals attitudes toward bisexual men and women in the United States. *Journal of Sex Research*, 39, 264–274.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación.
- Hirshfield S PhD , R. H. Remien , M. Humberstone , I. Walavalkar & M. A. Chiasson (2004). Substance use and high-risk sex among men who have sex with men: a national

online study in the USA, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 16:8, 1036-1047. doi: 10.1080/09540120412331292525

Hochbaum G., Rosenstock, I. & Kegels, S. (1952). Health belief model. United States Public Health Service.

Hoel, H., Lewis, D. y Einarsdottir, A. (2014). *The ups and downs of LGBs' workplace experiences discrimination, bullying and harassment of lesbian, gay and bisexual employees in Britain*. Recuperado de: [http://eprints.whiterose.ac.uk/135275/1/Ups\\_and\\_downs\\_of\\_being\\_LGB\\_at\\_work.pdf](http://eprints.whiterose.ac.uk/135275/1/Ups_and_downs_of_being_LGB_at_work.pdf)

Hubach, R. D., Dodge, B., Goncalves, G., Malebranche, D., Reece, M., Van Der Pol, B., & Fortenberry, J. D. (2014). Gender matters: condom use and nonuse among behaviorally bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 707–717.

Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC, United States of America: The National Academies Press.

Izazola-Licea JA, Gortmaker SL, de Gruttola V, Tolbert K, Mann J. Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. *Salud Publica Mex* 2002;45(Supp 5):S662-S671. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals0351.pdf>

Jagger, G. (2008). *Judith Butler. Sexual Politics, Social Change and the Power of the Performative*. London, England: Routledge.



- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health education Quarterly*; 11:1-47.
- Jefries, W. L. (2010). HIV testing among bisexual men in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 22, 356–370
- Jin, F. Y., Prestage, G., Law, M. G., Kippax, S., Van de Ven, P., Rawsthorne, P., & Grulich, A. E. (2002). Predictors of recent HIV testing in homosexual men in Australia. *HIV Medicine*, 3, 271–276
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2016). *Country report Perú 2016*. Recuperado de: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/peru>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2017). *Global report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2017*. Recuperado de: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2018). *Global report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2018*. Recuperado de: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaids-data-2018\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf)
- Juliano, D. (2010). El cuerpo fluido. Una visión transdisciplinar desde la antropología. *Quaderns De Psicologia*, 12(2), 149-160. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.772>.
- Kennedy, M., & Doll, L. (2001). Male bisexuality and HIV risk. *Journal of Bisexuality*, 1, 111–135.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., and Martin, C.E. 1948. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. et al. *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1953.

Konda, K. A., Lescano, A. G., Leontsini, E., Fernandez, P., Klausner, J. D., Coates, T. J., y Cáceres, C.F. (2008). High rates of sex with men among high-risk, heterosexually-identified men in low-income, coastal Peru. *AIDS and Behavior*, *12*(3), 483-491.

Lea, T., de Wit, J., & Reynolds, R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Archives of sexual behavior*, *43*(8), 1571-1578.

Lewin K. The nature of field theory. In: Marx MH (editor). Psychological theory. New York: Macmillan;1951.

Liao, M., Kang, D., Jiang, B., Tao, X., Qian, Y., Wang, T., ... & Vermund, S. H. (2011). Bisexual behavior and infection with HIV and syphilis among men who have sex with men along the east coast of China. *AIDS Patient Care and STDs*, *25*(11), 683-691. doi: <https://doi.org/10.1089/apc.2010.0371>

Martínez-Donate, A. P., Hovell, M. F. , Blumberg, E. J., Zellner, J.A., Sipan, C. L., Shillington, A. M. et al. (2004). Gender differences in condom related behaviors and attitudes among Mexican adolescents living on the US-Mexico border. *AIDS Education and Prevention*, *16*:172-86.

- Menacho, L. A., Blas, M. M., Alva, I. E., & Roberto Orellana, E. (2013). Short Text Messages to Motivate HIV Testing Among Men Who have Sex with Men: A Qualitative Study in Lima, Peru. *The open AIDS journal*, 7, 1–6. doi:10.2174/1874613601307010001
- Menacho, L., Garcia, P. J., Blas, M. M., Díaz, G., & Zunt, J. R. (2018). What Men Who Have Sex With Men in Peru Want in Internet-Based Sexual Health Information. *Journal of homosexuality*, 65(7), 934–946. doi:10.1080/00918369.2017.1364939
- MINSA. Boletín VIH,. Situación epidemiológica del VIH en el Perú (Diciembre, 2018). Boletín VIH 09. Recuperado de: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin\\_2018/diciembre.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/diciembre.pdf)
- Moore, S., Jones M., Smith, J, Hood, J. (2019). Homonegativity Experienced over the Life Course by Young Black Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men (YB-GBMSM) Living with HIV in Atlanta, Georgia. *AIDS Behav* (3):266-275. doi: 10.1007/s10461-019-02658-7.
- Moreno, E. & Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Mustanski, B., Birkett, M., Greene, G. J., Rosario, M., Bostwick, W., & Everett, B. G. (2014a). The association between sexual orientation identity and behavior across race/ethnicity, sex, and age in a probability sample of high school students. *American Journal of Public Health*, 104, 237–244.

- Lever, J., Kanouse, D. E., Rogers, W. H., Carson, S., & Hertz, R. (1992). Behavior patterns and sexual identity of bisexual males. *Journal of Sex Research*, 29, 141–167.
- Ortiz, L., y García, M. I. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 956-964.
- Padgett, D. (2008). *Qualitative methods in social work research*. Thousand Oaks, CA, United States of America: Sage Publications.
- Paez, D., Echebarria, A., Valencia, J., Romo, I., San Juan, C., & Vergara, A. (1991). AIDS social representations: Contents and processes. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 89–104.
- Platero, R. (2008). La homofobia como elemento clave del acoso escolar homofóbico. Algunas voces desde Rivas Vaciamadrid. *Información psicológica*, 1(94), 71-83.
- Prentice-Dunn S., Rogers, S. (1986). Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. *Health education research: theory and practice*, 1 (3):153-161.
- Ritchwood T. D., Ford H., DeCoster, J., Lochman J. E. y Sutto, M. (2015). Risky Lochman Sexual Behavior and Substance Use among Adolescents: A Metaanalysis. *Children and Youth Services Review*, (52), 74-88 doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.03.005>

- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*, 93-114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J. T. Cacioppo y R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology. A sourcebook* (pp. 153-176). Nueva York: The Guilford Press.
- Rosentock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2(4)*, 328-35.
- Sanchez, J., Lama, J. R., Kusunoki, L., Manrique, H., Goicochea, P., Lucchetti, A., ... & Sanchez, J. L. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 44(5)*, 578-585.
- Sandfort, T. G., & Dodge, B. (2008). "And then there was the Down Low": introduction to Black and Latino male bisexualities. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 675-682.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo Infantil*. México: McGraw-Hill
- Schifferdecker, K. E., Reed, V. A. (2013). Using mixed methods research in medical education: basic guidelines for researchers. *Med Edu 2009;43:637-644*.
- Schrimshaw, E. W., Siegel, K., Downing, M. J., & Parsons, J. T. (2013). Disclosure and concealment of sexual orientation and the mental health of non-gay-identified, behaviorally-bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 141-153.

- Singh, S., Hu, X., Wheeler, W., & Hall, H. I. (2014). HIV diagnoses among men who have sex with men and women-United States and 6 dependent areas, 2008-2011. *American Journal of Public Health, 104*, 1700–1706
- Spikes, P. S., Purcell, D. W., Williams, K. M., Chen, Y., Ding, H., & Sullivan, P. S. (2009). Sexual risk behaviors among HIV-positive black men who have sex with women, with men, or with men and women: Implications for intervention development. *American Journal of Public Health, 99*(6), 1072–1078.
- Stokes, J. P., McKirnan, D. J., & Burzette, R. G. (1993). Sexual behavior, condom use, disclosure of sexuality, and stability of sexual orientation in bisexual men. *Journal of Sex Research, 30*, 203–213.
- Stone, G. C. (1982). Health Psychology, a new journal for a new field. *Health Psychology, 1*(1), 1-6. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/h0090245>
- Tabet, S., Sanchez, J., Lama, J., Goicochea, P., Campos, P., Rouillon, M., ... & Holmes, K. K. (2002). HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. *Aids, 16*(9), 1271-1277.
- Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillán, E., Allen, B. (2004). Associations among condom use, sexual behavior and knowledge about HIV- AIDS. *Archives of Medical Research, 35*(3), 34-43.
- UNAIDS (2019). Global HIV & AIDS statistics — 2019 fact sheet.. Recuperado de: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO (2014). *Educación integral de la sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias*.

Recuperado de:

<http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4458/Educaci%c3%b3n%20integral%20de%20la%20sexualidad%20conceptos%2c%20enfoques%20y%20competencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vagenas, P., Ludford, K. T., Gonzales, P., Peinado, J., Cabezas, C., Gonzales, F., ... & Peruvian HIV Sentinel Surveillance Working Group. (2014). Being unaware of being HIV-infected is associated with alcohol use disorders and high-risk sexual behaviors among men who have sex with men in Peru. *AIDS and Behavior, 18*(1), 120-127.

Vizard, T. (2014). Measuring sexual identity in the United Kingdom. *Journal of Bisexuality, 14*, 524–543.

Wong, W., Chaw, J. K., Kent, C. K., & Klausner, J. D. (2005). Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002–2003. *Sexually transmitted diseases, 32*(7), 458-463.

Wright K. (2017). Researching Internet-Based Populations: Advantages and Disadvantages of Online Survey Research, Online Questionnaire Authoring Software Packages, and Web Survey Services. *Journal of Computer-Mediated Communication, Volume 10, Issue 3, 1 April 2005, JCMC1034, <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x>*

World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31

[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)

Young, R. M., & Meyer, I. H. (2005). The trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *American Journal of Public Health, 95*, 1144–1149.

Zule, W. A., Bobashev, G. V., Wechsberg, W. M., Costenbader, E. C., & Coomes, C. M. (2009). Behaviorally bisexual men and their risk behaviors with men and women. *Journal of Urban Health, 86*(1), 48-62.



## Anexo 2

### Encuesta en línea

Hola, gracias por aceptar responder esta encuesta.

TU PARTICIPACIÓN ES ANÓNIMA Y VOLUNTARIA.

#### Datos socio demográficos y acceso a servicios de salud

1. **¿Cuántos años tienes? Por favor, escribe tu respuesta aquí:**  
[Escribe en el recuadro tu edad]
  
2. **¿Hasta qué grado has estudiado? Por favor, escoge sólo una alternativa:**  
Estudié solo primaria  
Estudié primaria y parte de secundaria  
Terminé la secundaria  
Estoy en la Universidad/Instituto  
Terminé la Universidad/Instituto  
Otro [escribe en el recuadro]
  
3. **¿Tienes celular?**  
Sí  
No
  
4. [Si el participante dice "Sí"]  
**¿Tu celular es un *Smartphone* (un celular que usa Internet)?**  
Sí  
No  
No lo sé
  
5. **¿Estás tomando tratamiento anti retroviral (TARGA)?**  
Sí  
No  
No lo sé
  
6. **¿Acudiste a algún médico o personal de salud por alguna de estas molestias (si respondió que sí ha tenido una infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses)?**  
Sí  
No

**7. ¿Dónde?**

Epicentro (Epicentro salud en Barranco, cerca a la Av. El Sol)

Vía Libre (centro de Lima, cerca de la plaza Bolognesi)

Impacta (Barranco o San Miguel)

Centro u hospital del Ministerio de Salud (MINSA)

Centro u hospital del seguro social (ESSALUD)

Centro u hospital de las fuerzas armadas o la policía

Clínica privada

Otro [escribe en el recuadro]

No recuerdo

**8. ¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que te hicieron una prueba para VIH?**

Nunca me han hecho una prueba para VIH

Hace menos de 3 meses

Entre 3 a 6 meses

Entre 7 a 11 meses

Entre 1 a 2 años

Entre 2 a 5 años

Hace más de 5 años

**9. ¿Tienes la Intención de hacerte la prueba de VIH en los siguientes 6 meses?**

Sí

No

**10. ¿Alguna vez te ha atendido un médico u otro profesional de salud por un problema de SALUD SEXUAL (por ejemplo, infección de transmisión sexual, prueba del VIH, etc.)?**

Sí

No

**11. ¿En qué tipo de centro de salud donde preferiría ser atendido?**

Centro para bisexuales

Centro para gays y bisexuales

Centro de salud sexual masculina

**12. En los últimos 12 meses, ¿has buscado en Internet temas de salud sexual (por ejemplo, acerca de cómo diagnosticar y tratar una infección de transmisión sexual)?**

Sí

No

## Comportamiento sexual y autoreporte de ITS

**13. En los últimos 12 meses, ¿has tenido sexo con alguna MUJER?**

Sí

No

**14. ¿Cómo te defines respecto a tu rol sexual con otro hombre? Por favor, escoge sólo una alternativa:**

Activo

Más activo que pasivo

Pasivo

Más pasivo que activo

Activo y pasivo por igual

**15. ¿Cuál fue el resultado de tu última prueba de VIH?**

Positivo

Negativo

Indeterminado

No lo sé

No recuerdo

**16. En los últimos 12 meses, ¿Has tenido alguna de estas molestias? Puedes marcar más de una alternativa:**

Ardor al orinar

Secreción anormal (goteo o pus) por el pene o presencia de manchas verdosas en tu ropa interior

Secreción anormal (goteo o pus) por el ano o presencia de manchas verdosas en tu ropa interior

Úlceras, heridas o llagas en el pene

Úlceras, heridas o llagas en el ano

Verruga genital

Verruga anal

Otro [*escribe en el recuadro*]

No he tenido estos problemas

**17. ¿Le comunicaste a tu pareja(s) sexual(es) lo que tenías?**

Sí

No

No recuerdo

## Comportamiento sexual de alto riesgo

**18. En los últimos 12 meses, ¿has tenido relaciones sexuales estando bajo la influencia del alcohol?**

Sí

No

**19. En los últimos 12 meses, cuando tuviste relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol, fue principalmente con:**

Con hombres

Con mujeres

Más con hombres que con mujeres

Más con mujeres que con hombres

Con hombres y con mujeres por igual

No recuerdo

**20. Marca las veces que tuviste los siguientes encuentros sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES con alguna MUJER, según el recuadro de abajo.**

Marca una opción para cada encuentro sexual.

En los ÚLTIMOS 12 MESES he tenido:

	0 veces/No tengo	1 a 5 veces	6 a 10 veces	De 10 a 20 veces	Más de 20 veces
Coito vaginal con mi esposa <b>CON</b> condón					
Coito vaginal con mi esposa <b>SIN</b> condón					
Coito vaginal con mi enamorada/novia <b>CON</b> condón					
Coito vaginal con mi enamorada/novia <b>SIN</b> condón					
Coito vaginal con otra mujer (ni esposa, ni enamorada) <b>CON</b> condón					
Coito vaginal con otra mujer (ni esposa, ni enamorada) <b>SIN</b> condón					

**21. Marca las veces que tuviste los siguientes encuentros sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES con algún HOMBRE (sexo anal ya sea como activo o pasivo), según el recuadro de abajo.**

**Marca una opción para cada encuentro sexual.**

**En los ÚLTIMOS 12 MESES he tenido:**

	<b>0 veces/No tengo</b>	<b>1 a 5 veces</b>	<b>6 a 10 veces</b>	<b>De 10 a 20 veces</b>	<b>Más de 20 veces</b>
<b>Coito anal con mi pareja, novio o salida CON condón</b>					
<b>Coito anal con mi pareja, novio o salida SIN condón</b>					
<b>Coito anal con un amigo/conocido CON condón</b>					
<b>Coito anal con un amigo/conocido SIN condón</b>					
<b>Coito anal con un desconocido CON condón</b>					
<b>Coito anal con un desconocido SIN condón</b>					

## Anexo 4

### Una aproximación desde el Modelo de Creencias en Salud y del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales a los comportamientos sexuales de riesgo de un grupo de hombres bisexuales en Lima

#### Guía de entrevistas

##### **NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL VIH**

- a) ¿Cuándo fue la última vez que visitaste a un médico o centro de salud para un chequeo o descarte para la prueba del VIH)?
- ¿Por qué te hiciste ver en esa oportunidad (qué tenías o sentías)? [**Percepción de susceptibilidad**]
  - ¿A qué centro de salud fuiste?
  - ¿Por qué elegiste ese centro?

##### **ATENCIÓN**

- b) ¿Qué tal fue la experiencia con el médico? ¿Cómo te trató?
- Y el centro de salud, ¿qué te pareció?
- c) ¿Le contaste al médico que has tenido sexo con hombres y mujeres?
- **¿Por qué te animaste a contarle?**
  - ¿Cómo lo tomó? ¿Qué te dijo?
  - ¿Te sentiste discriminado o estigmatizado por él/ella?
  - Y tú, ¿cómo te sentiste al decírselo?
  - ¿Cómo tendría que ser un médico para tener la confianza de contarle que eres bisexual?

##### **[Percepción de barreras]**

- d) ¿Por qué no fuiste antes? ¿Qué barreras habían?
- e) ¿Por qué crees que los hombres bisexuales no van a los centros de salud tradicionales para prevención del VIH (por ejemplo, los del estado) por un problema sexual?

- f) A muchos hombres bisexuales tampoco les gusta ir a centros de salud que trabajan para gays/homosexuales. ¿Por qué crees que ocurre eso?
- g) ¿Tú irías a un centro de salud que trabaja para gays? ¿Por qué o por qué no?
- h) Si tuvieras que hacerte la prueba del VIH ahora, o te diera una infección de transmisión sexual por haber tenido sexo con un hombre, ¿a dónde acudirías para buscar ayuda?

### **COMPORTAMIENTO SEXUAL**

- a) ¿Por qué te defines como bisexual? ¿Qué es para ti ser bisexual?
- b) ¿Has llegado a tener una relación formal de pareja con otro hombre?
  - ¿Qué diferencias encuentras entre una relación de pareja con un hombre y una con una mujer?
- c) ¿Y qué diferencias encuentras entre las relaciones sexuales con un hombre y con una mujer (ya no de pareja formal, sólo sexo)?
- d) En general, a lo largo de tu vida, ¿has tenido sexo con más hombres o con mujeres?
  - ¿Con quién es más fácil conseguir sexo, con hombres o con mujeres? ¿Por qué crees que ocurre eso?
- e) ¿A futuro con quién te ves en una relación formal de pareja, con un hombre o con una mujer? ¿Por qué?

### **Susceptibilidad: que tan propenso estoy**

- f) ¿Cuándo tienes sexo con hombres? En cualquier momento, o hay alguna época o situaciones que te acercan más a eso?
  - ¿El alcohol y los fines de semana alguna vez han tenido alguna influencia?
- g) ¿Usualmente dónde conoces a los hombres con quienes tienes sexo?
  - ¿Y dónde conoces a las mujeres con quienes tienes sexo?
- h) ¿Con quién crees que es más riesgoso tener sexo: con un hombre o con una mujer? ¿Por qué?
- i) ¿Qué tipo de hombre te atrae más (por ejemplo, hay afeminados, varoniles, parecidos a una mujer, etc.)?
  - ¿Podrías decir por qué?
  - ¿Qué piensas de los afeminados?

j) ¿Con qué tipo de hombre crees que corres más riesgo de infectarte de algo (alguna característica)?

- ¿Por qué?

k) ¿Te proteges más con un hombre o con una mujer?...¿Por qué?

- ¿Usas condón tanto con tus parejas formales mujeres y hombres?

**Severidad: qué tan serio es infectarse**

l) ¿Cómo crees que reaccionarías si descubrieras que tienes una ITS?

- ¿Y si descubrieras que tienes VIH? ¿Cómo reaccionarías?
- ¿Cómo cambiaría tu vida? ¿Cómo sería el futuro?
- ¿Qué sabes del tratamiento?

m) ¿Quiénes crees que están más expuestos a contraer una infección: los bisexuales o los homosexuales? ¿Por qué?

- ¿Y entre los bisexuales y los heterosexuales? ¿Por qué?

**Beneficios: qué tanto una conducta protectora disminuye el riesgo**

n) ¿Qué piensas de los bisexuales que nunca usan condón?

o) ¿Qué tanto crees que te protege el condón?

- ¿Qué tan seguro te sientes usándolo?

p) ¿Con quién crees que es más necesario usar condón, con un hombre o con una mujer?...¿Por qué?

q) Además del uso del condón ¿qué otros comportamientos crees que te protegen de una ITS?

**Barreras: factores que intervienen con la conducta protectora**

r) ¿Qué factores han hecho que alguna vez no uses condón?

- ¿Esto ha ocurrido más con hombres o con mujeres?...¿Por qué?

s) ¿Con quién hablas de tu bisexualidad? ¿Tienes algún amigo o confidente?

- Si pudieras elegir, ¿con quién más te gustaría hablar de tu bisexualidad (y salud sexual)?
- ¿Te gustaría hablarlo con un profesional?...¿Qué tipo?

t) ¿Cuáles son los **problemas o dificultades** que has tenido por ser bisexual (familiar, laboral, amigos, amor)?