

“La Solución es la Tijera”: Programa de Salud Sexual para Mujeres Lesbianas y Bisexuales

Diana Marcela Palma*, & Linda Teresa Orcasita

Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

RESUMEN - La inclusión de las mujeres lesbianas y bisexuales en las agendas de promoción de la salud sexual es escasa. Sin embargo, los riesgos en sus prácticas sexuales han sido reconocidos científicamente. Este artículo presenta los resultados principales del programa de intervención "La solución es la tijera" dirigido a mujeres lesbianas y bisexuales jóvenes de Cali, Colombia. Participaron 23 mujeres entre los 18 y los 25 años de edad ($X = 21.7$; $DS = 1.78$). La evaluación se realizó de manera pre- post a través de una metodología mixta. Se encontró un cambio significativo en los niveles de conocimientos y las actitudes frente al VIH. Asimismo, se reportó el fortalecimiento de la identidad, el empoderamiento en su sexualidad y los conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos.

PALABRAS clave: salud sexual, mujeres lesbianas y bisexuales, intervención psicosocial, sexualidad, ITS, VIH

“La Solución es la Tijera”: Programa de Saúde Sexual Orientado a Mulheres Lésbicas e Bissexuais

RESUMO - A inclusão das mulheres lésbicas e bissexuais na agenda de promoção de saúde é escassa. No entanto, os riscos existentes em suas práticas sexuais foram cientificamente reconhecidos. Este artigo pretende apresentar os principais resultados do programa "La Solución es la Tijera" orientado para mulheres lésbicas e bissexuais de Cali, na Colômbia. Vinte e três mulheres entre 18 e 25 anos de idade ($X = 21,7$; $DS = 1,78$) participaram deste estudo. A avaliação do programa foi realizada com um design de pre-post, usando metodologias mistas. Foram encontradas alterações significativas nos níveis de conhecimento e atitudes em relação a HIV. Da mesma forma, relatou-se reforço em sua identidade e empoderamento em sua sexualidade e conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos.

PALAVRAS-CHAVE: saúde sexual, mulheres lésbicas e bissexuais, intervenção psicosocial, sexualidade, ISTs

“La Solución es la Tijera”: Sexual Health Program Oriented to Lesbian and Bisexual Women

ABSTRACT - The inclusion of lesbian and bisexual women on health promotion agenda is scarce. However, the existing risks in their sexual practices have been scientifically recognized. This article presents the main results of the program “La Solución es la Tijera” oriented to lesbian and bisexual women from Cali, Colombia. Twenty-three women between 18 and 25 years old ($X = 21.7$; $DS = 1.78$) participated in this study. The program evaluation was conducted with a pre-post design, using mixed methodologies. Significant changes in the knowledge level and attitudes towards HIV were found. Likewise, a strengthening in their identity and an empowerment in their sexuality and knowledge about sexual and reproductive rights was reported by the participants.

KEYWORDS: sexual health, lesbian and bisexual women, psychosocial intervention, sexuality, STIs, HIV

* E-mail: dianapalma-23@hotmail.com

La epidemia del VIH está tomando un rostro cada vez más joven y más femenino, pues de los 36.9 millones de personas que conviven con el virus actualmente, el 40% son jóvenes entre los 15 y los 24 años (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2014) y el 50% son de género femenino (UNAIDS, 2010).

Aun cuando la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre dos mujeres han sido comprobadas científicamente (Fethers, Marks, Mindel, & Estcourt, 2000; Kwakwa & Ghobrial, 2003; Marrazzo et al., 2002), las mujeres lesbianas y bisexuales (LB) han estado ausentes históricamente en los discursos de la prevención y de la investigación en salud sexual (Logie, 2015). Sólo hasta el año 2011, UNAIDS (2011) señaló la necesidad de incluir a esta población en las agendas de prevención del VIH, pues aspectos como la baja percepción de riesgo que tienen los profesionales de la salud y agentes encargados de las tomas de decisiones; prejuicios hacia la homosexualidad y los lenguajes heteronormativos que han rodeado los programas de prevención, han dejado por fuera a este grupo poblacional. Según Richardson (2000), esta no consideración de las mujeres LB como un grupo en riesgo se ha extendido más allá del VIH, al campo de la atención general en salud.

Lo anterior, ha generado que se desconozca, a nivel mundial, la cifra de mujeres LB afectadas por el VIH (Logie, 2015; Palma, Munévar, & Orcasita, 2014). Sin embargo, estudios como los de Teti y Bowleg (2011) confirman que existen mujeres LB conviviendo con esta enfermedad y representan un 3% de los casos en Estados Unidos. Sobre esta cifra, cabe anotar que corresponde a alrededor de 7.000 personas y se ignoran los casos en donde la orientación sexual no fue preguntada o la mujer decidió no revelarla (Morrow, 1996; Teti & Bowleg, 2011). Esta falta de sistematización de los datos ha impedido en gran medida los esfuerzos y recursos asignados a la población (Logie, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) enfatizó que la salud sexual no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedad sino que implica una vivencia positiva y respetuosa de la sexualidad, esto incluye la vivencia del erotismo y el placer. En ese sentido, es prioritario crear programas de promoción de la salud sexual que incluyan de manera positiva la orientación sexual de las mujeres y que consideren en detalle su identidad, pues bajo la falsa premisa de la heterosexualidad universal de la mujer los programas han ignorado sus diversas formas de existencia (Logie & Gibson, 2013) y se ha violentado el derecho a la salud de la población en términos de poder participar de manera igualitaria, sin discriminación y equitativa de los programas de atención en salud (Fish & Bewley, 2010).

La literatura que aborda aspectos relacionados con la salud sexual de las mujeres LB es escasa. Sin embargo, múltiples estudios a nivel mundial y latinoamericano han señalado una brecha importante a nivel de conocimientos sobre VIH, ITS y formas de prevención en la población (Mora & Monteiro, 2010; Power, McNair, & Carr, 2009;

Profamilia, Grupo de Estudios de Género, Sexualidad y Salud en América Latina, & Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, 2007). De igual manera, se han descrito índices muy bajos de utilización de medidas preventivas como el condón, los guantes de látex o las barreras de látex (Muzny, Harbison, Pembleton, Hook, & Austin, 2013; Rowen et al., 2013). Tal como lo señala Uribe, Orcasita y Vergara (2010), las actitudes hacia el VIH y hacia el uso de medidas preventivas están ligados al conocimiento y a los estereotipos sociales de la enfermedad, por tanto, impactan la percepción de riesgo y moldean la motivación hacia el autocuidado.

Aunque autores como Bell, Ompad y Sherman (2006) y Fethers et al. (2000) han señalado la prevalencia de ITS en las mujeres LB; en comparación con las mujeres heterosexuales, ellas son quienes menos reportan la realización de la prueba del VIH u otras pruebas serológicas y ginecológicas. En países como Colombia, la situación se hace más evidente en los reportes de Colombia Diversa (2010), pues señala que las mujeres LB colombianas prefieren esconder su orientación sexual en los servicios de salud por miedo al rechazo o a recibir una atención inadecuada. Esto disminuye las cifras de mujeres que se toman la citología e impide la detección a tiempo de múltiples problemáticas como el cáncer de cérvix.

Tal como se mencionó, en la población existe una brecha de conocimiento alrededor de la salud sexual. Pero no se puede desconocer que son producto de factores sociales, políticos y culturales que dificultan el acceso a la educación y a la salud. Asimismo, los programas que abordan este tema son escasos y se han realizado en países como Estados Unidos y Canadá (Logie, Lacombe-Duncan, Weaver, Navia, & Este, 2015; Marrazzo, Thomas, & Ringwood, 2011; Morrow, 1996). Esto señala la necesidad urgente de crear esfuerzos latinoamericanos que se ajusten a las necesidades y vivencias de las mujeres LB de estos países.

En general, las temáticas que han sido incluidas en programas de prevención dirigidos hacia las mujeres LB han hecho énfasis en el componente de conocimientos de las prácticas sexuales de riesgo y de las medidas preventivas (Marrazzo et al., 2011; Morrow, 1996; Stevens, 1994). Sin embargo, Logie et al. (2014) señalan que es necesaria la inclusión de otros aspectos de carácter intra e intersubjetivos, comunitarios y estructurales, tales como la autoestima, las actitudes frente al VIH, el estigma internalizado, la negociación de las prácticas preventivas, el apoyo social y el acceso a la salud. Por ejemplo, en investigaciones recientes en la población se ha descrito el vínculo entre el apoyo familiar y el funcionamiento de esa red de apoyo con la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de riesgo (Rothman, Sullivan, Keyes, & Boehmer, 2012). Asimismo, el vínculo entre el estigma, la discriminación y la exposición frente al VIH ha sido demostrada por Poteat et al. (2015) en una muestra de mujeres LB africanas. Estos estudios muestran la importancia de incluir estos temas dentro de los programas para esta población.

Por lo anterior, debido a que la población de mujeres LB presenta particularidades en su exposición al riesgo y a las resistencias tradicionales por incluirlas dentro de los programas de prevención, este artículo tiene como

objetivo presentar los resultados principales del programa de intervención “La solución es la tijera” dirigido a mujeres LB jóvenes de Cali, Colombia desde una perspectiva psicosocial.

MÉTODO

Diseño

Esta intervención tiene un diseño pre-post y retoma los aportes de dos modelos teóricos. El primero, es la teoría del género y el poder de Wingood y DiClemente (2000) que enfatiza los factores sociales y biológicos que crean vulnerabilidad en la mujer, estas jerarquías de poder y de género permean, a su vez, sus relaciones, su acceso a la salud, las políticas públicas y los discursos médicos. Por tanto, el eje de la prevención del VIH a nivel conductual y social pretende ayudar a los sujetos a modificar factores de riesgo intra e interpersonales, mejorar conocimientos, normas y creencias percibidas, mejorar el acceso a la salud y a la educación, negociar la protección, reconocer abuso físico o de poder, revisar las expectativas sociales en cuanto al género y generar reflexión acerca de la manera como se construyen lazos con otras personas. Adicionalmente, esta intervención retomó el modelo para el cambio social de Montero (2003) que busca fortalecimiento personal o comunitario mediante la participación, la generación de conciencia crítica, el empoderamiento, la politización, la posibilidad de autogestión, el desarrollo de capacidades individuales y de identidad social. Lo anterior, permite que se desarrollen recursos de manera comprometida, consciente y crítica para transformar el entorno y dominar sus propias vidas.

Participantes

Las participantes de este programa fueron 23 mujeres LB entre los 18 y los 25 años de edad ($X=21,7$; $DS=1,78$). El 69,6% reportó tener una orientación homosexual y el 30,4%, bisexual. El 78,3% pertenecía a un nivel socioeconómico medio, el 8,7% a un nivel alto y el 13,0% a un nivel bajo. Las participantes fueron reclutadas por medio de una convocatoria abierta en las universidades públicas y privadas de la ciudad a través de una estrategia informativa al interior de cada campus y promocionada por redes virtuales.

Para su participación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: (a) que se autoidentificaran como mujeres lesbianas o bisexuales; (b) que tuvieran entre 18 y 25 años de edad; y (c) que se encontraran estudiando en una universidad de la ciudad pues este programa hace parte de un proyecto macro de investigación sobre las prácticas sexuales y preventivas de los jóvenes universitarios en Cali, Colombia.

Instrumentos

En este programa se incluyeron herramientas de evaluación cualitativas y cuantitativas. Para la recolección de datos cuantitativos, se construyó un cuestionario para medir los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de las mujeres LB. Este cuestionario fue revisado por tres jueces expertos antes de su aplicación e incluyó apartados de los siguientes instrumentos validados: (a) la versión completa del cuestionario de funcionamiento familiar (APGAR) se usó para medir el apoyo familiar. La calificación de este instrumento sugiere que los puntajes de 0 a 3 corresponden a un funcionamiento familiar bajo; los puntajes de 4 a 6, moderado y de 7 a 10, alto. (De la Revilla et al., 1991); y (b) el apartado de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales frente al VIH del cuestionario de riesgo frente al VIH, construido por Morrow (1996) específicamente para la población. Este instrumento mide la variable de conocimientos a través de 31 que indagan información sobre el virus, su forma de transmisión y de prevención. Se presentan ítems con opciones de respuesta que corresponden a categorías como “verdadero”, “falso” o “no sé”. Para la calificación total se dividió el valor mínimo y máximo de la escala en tres rangos iguales. Aquellas puntuaciones entre 0 a 10 fueron categorizadas como conocimiento bajo; de 11 a 21, medio; y de 22 a 31, alto. Asimismo, las actitudes se miden a través de 14 ítems con opciones como “de acuerdo”, “en desacuerdo”, “no sé”. Para la calificación se establecieron tres rangos, las puntuaciones de 0 a 4 corresponden a actitudes negativas; de 5 a 9, neutras; y de 10 a 14, positivas. Adicionalmente, se construyeron preguntas para explorar la percepción de espacios de discriminación, la revelación de la orientación sexual y el testeo.

Todo el cuestionario fue aplicado al inicio y al final del programa para observar los cambios en las categorías de análisis abordadas en el contenido del programa. Para observar las relaciones entre las variables cualitativas se utilizó la prueba de *chi-cuadrado* y para las variables cuantitativas se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Por otro lado, para la evaluación cualitativa se realizaron dos grupos focales, uno al inicio y uno final del programa, que recogieron las expectativas de las participantes y los aprendizajes más significativos. También se exploraron las actividades más exitosas, la aplicabilidad o los aportes para su vida cotidiana y se evaluaron las temáticas abordadas en el programa. Ambos grupos focales tuvieron lugar después de diligenciar el cuestionario, tuvieron una duración

aproximada de una hora y fueron grabados en audio. A estos grupos focales asistieron todas las participantes del programa. Asimismo, se empleó la estrategia de escritura individual de bitácoras que consiste en que cada participante realiza un registro de sus reflexiones, dudas, aprendizajes en cada sesión del programa. Estos escritos son retroalimentados por la facilitadora y le permite conocer de manera individual los avances de cada participante. Estos relatos también se incluyen en los datos para la evaluación del programa. Los datos recolectados a través de las bitácoras y los grupos focales se analizaron a través de un análisis temático de acuerdo a las categorías: identidad, sexualidad, derechos y aspectos exitosos del programa.

Programa

“La solución es la tijera” es un programa de promoción de la salud sexual para mujeres LB que tuvo como objetivo

promover la vivencia de una sexualidad saludable y placentera, mediante el fortalecimiento de prácticas de autocuidado y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Se basó en metodologías participativas que le otorgan un papel activo a las participantes como constructoras y agentes de conocimiento por medio de actividades como grupos de discusión, dramatizaciones, teatro, modelado con arcilla, entre otros (Molina & Romero, 2004). Este programa fue realizado en 6 sesiones semanales de 4 horas cada una (24h de intervención). La asistencia se realizaba de manera grupal. En la tabla 1 se consignan los ejes temáticos del programa y sus módulos.

Procedimiento

En la tabla 2 se consignan las fases a través de las cuales se realizó el programa, este procedimiento corresponde a

Tabla 1. Descripción del programa “La solución es la tijera”

	Nombre de la sesión	Temas abordados
Módulo 1 Sexualidad NO es solo sexo	1. En la línea de partida	Conceptos, dimensiones y funciones de la sexualidad.
	2. ¡Esta soy yo, esto me gusta!	Esteriotipos sociales sobre el cuerpo, amor e intimidad de las mujeres LB. Autoimagen, autoconcepto y autoestima. Dimensión corporal, erótica y placentera.
	3. Cuando decido romper el silencio...	Apoyos sociales y recursos comunitarios, estrategias de afrontamiento para la revelación de la orientación sexual, estrategias para la revelación en el contexto de salud, mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud.
Módulo 2 En mis prácticas sexuales YO elijo	4. ¡El VIH tiene que ver conmigo!	Percepción de riesgo. Conocimientos sobre VIH y otras ITS. Conocimiento de prácticas sexuales de riesgo y de las formas de prevención. Prueba del VIH y organizaciones, centros, lugares de atención en salud sexual.
	5. Querermes cuidar-NOS	Métodos anticonceptivos. Estilos de comunicación. Comunicación en pareja y negociación de prácticas sexuales.
	6. Del closet al reconocimiento pleno de mis derechos sexuales y reproductivos	Derechos ciudadanos y derechos sexuales y reproductivos. Avances legislativos para la población LGBT en Colombia. Formas de exigibilidad y protección de los derechos ciudadanos.

Tabla 2. Fases de la implementación del programa

Fase	Descripción
1. Revisión de antecedentes	Búsqueda de investigaciones sobre salud y políticas públicas nacionales e internacionales de intervención y acción en la población
Entrevista a expertos	Entrevistas a prestadores de servicios en salud de disciplinas como psicología, medicina, ginecología y salud pública para identificar sus recomendaciones y necesidades percibidas para el desarrollo del programa. Entrevistas a mujeres de la comunidad LB sobre sus necesidades de intervención en salud sexual
2. Diseño de la propuesta inicial	Revisión de guías de intervención desarrolladas por organizaciones nacionales e internacionales Re-construcción de los módulos y ejes temáticos a partir de un ejercicio piloto previo y las entrevistas los diferentes agentes
3. Convocatoria	Diseño de la imagen del programa ajustado al lenguaje de la población y difusión
4. Línea de base	Firma del consentimiento informado y aplicación del instrumento del cuestionario
5. Implementación del programa	Revisión y ajuste de los ejes temáticos del programa a la luz de las necesidades encontradas en el cuestionario y en el grupo focal inicial Monitoreo y seguimiento en cada sesión por medio de la evaluación grupal y la escritura en las bitácoras Apoyo de profesionales de otras áreas como la medicina, enfermería y derecho.
6. Evaluación final del proceso	Aplicación del instrumento Evaluación de los aprendizajes significativos y aspectos futuros a mejorar en la implementación

las fases señaladas por Blanco y Rodríguez (2007) para la implementación de intervenciones psicosociales.

A lo largo del programa se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos de la resolución 008430 del Ministerio de salud, en la que se establecen las normas científicas, técnicas

y administrativas para la investigación en salud, así como la ley 1090 del Congreso de la República de Colombia en la que se reglamenta el ejercicio ético y profesional del psicólogo. Además, los resultados del componente cualitativo se presentan a través de seudónimos para proteger su identidad.

RESULTADOS

Prácticas Sexuales y Preventivas

Se encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales de las participantes fue de 15,5 años en promedio (DS=2,4). Asimismo, el promedio de parejas sexuales fue de 4,95 (DS=2,6) incluyendo hombres y mujeres. Específicamente, el 62,5% había tenido sexo con hombres y tenían un promedio de 3,0 (DS=2,0) parejas sexuales; el

91,3% había tenido sexo con mujeres y tenían un promedio de 4,09 (DS=2,7) parejas sexuales. Por su parte, el 31,8% reportó haber vivido situaciones de abuso sexual alguna vez. Asimismo, la realización de prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol y otras sustancias psicoactivas, el intercambio de juguetes sin lavado se describe en la tabla 3.

En la tabla 3 también se describe un índice bajo de uso de medidas preventivas en el sexo bucogenital y un bajo uso del

Tabla 3. Prácticas sexuales y uso de medidas preventivas

Prácticas sexuales		Uso de medidas preventivas			
Uso de juguetes sexuales	10 (45.5%)			Mujeres	Hombres
Intercambio de juguetes sexuales sin lavado	6 (46.2%)		Condón	18.2%	30.8%
Vivencia de abuso sexual	7 (31.8%)		Barrera de látex	4.8%	0.0%
Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol	19 (86.4%)		Guantes de látex	4.8%	0.0%
Relaciones sexuales bajo el efecto de SPA	15 (68.2%)				
	vaginales	anales	Razones no uso	Pre (%)	Post (%)
Dado sexo bucogenital SIN protección	21(95.5%)	3 (13.6%)	Estoy en una relación con una única persona, estable y de larga duración	50.0%	57.9%
Dado sexo bucogenital CON protección	1 (4.5%)	1 (4.5%)	No pienso que el VIH sea algo que me afecte a mí	13.6%	0.0%
Recibido sexo bucogenital SIN protección	21 (95.5%)	5 (22.7%)	No pienso que pueda contraer ninguna infección de transmisión sexual	9.1%	0.0%
Recibido sexo bucogenital CON protección	1 (4.5%)	0%	No tengo métodos de prevención a la mano cuando aparece la oportunidad de tener relaciones	54.5%	42.1%
Uso de juguete receptivo SIN condón	4 (18.2%)	0%	No existen métodos de prevención diseñados para las mujeres homosexuales*	36.4%	0.0%
Uso de juguete receptivo CON condón	4 (18.2%)	3 (13.6%)	No sé dónde comprar los métodos de prevención**	52.4%	5.3%
Uso de juguetes insertivo SIN condón	1 (4.3%)	0%	Las mujeres homosexuales no tenemos que cuidarnos frente al VIH	9.1%	0.0%
Uso de juguetes insertivo CON condón	4 (18.2%)	1 (4.5%)	No sé cómo usar adecuadamente los métodos de protección***	54.5%	0.0%
Penetración digital receptiva SIN condón	23 (100%)	3 (13.6%)	No creo que yo o mi pareja estemos en riesgo frente al VIH	13.6%	0.0%
Penetración digital receptiva CON condón	3 (13.6%)	2 (9.5%)	Creo que usar métodos de barrera reduce el placer	13.6%	0.0%
Penetración digital insertiva SIN condón	22 (100%)	0%	Siento que aún si le pido a mi pareja tener relaciones sexuales seguras, no lo haría*	0.0%	26.3%
Penetración digital insertiva CON condón	2 (9.1%)	0%	No tengo el dinero para comprar condones u otros métodos de protección	13.6%	10.5%
Penetración con el pene SIN condón	7 (31.8%)	1 (4.5%)			
Penetración con el pene CON condón	11 (50%)	2 (9.5%)			

*(P=0.001) ** (P=0.003) ***(P=0.000)

condón y de las barreras de látex en relaciones con mujeres. Asimismo, sólo el 30,8% de quienes han tenido relaciones con hombres han usado condón regularmente (ver tabla 3).

Se resalta que las mayores razones de no uso de medidas preventivas es estar en una relación monogámica y no tener medidas preventivas a mano. En la evaluación posterior al programa se encontraron cambios significativos en los conocimientos sobre los métodos preventivos para mujeres LB y sus formas adecuadas de uso. Asimismo, aumentó el número de personas que perciben que su pareja no usaría estos métodos. En cuanto al testeo se encontró que el 34,8% se ha realizado la prueba del VIH (ver tabla 3).

Conocimientos frente al VIH

En el pre test, se encontró que el 21,7% de las participantes tenía un nivel de conocimiento medio y el 78,3% tenía un conocimiento alto. En el post test, el 100% de las participantes se ubicaron en un nivel alto de conocimiento. A través de la prueba de Wilcoxon se encuentran diferencias entre ambas mediciones ($Z=-6,120$; $p=0,000$). Los cambios significativos se agruparon en los ítems que medían formas de transmisión y prácticas sexuales de riesgo para el VIH; conocimiento de datos epidemiológicos en mujeres LB y formas de tratamiento (ver tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos frente al VIH

Ítem	pre-test (%)			post-test (%)		
	F	V	NS	F	V	NS
Se puede saber si una persona tiene VIH con sólo mirarla	82.6	4.4	13.0	100	0.0	0.0
Las relaciones sexuales anales son de alto riesgo para la transmisión del VIH	8.7	69.6	21.7	0.0	95.7	4.3
El sexo buco-genital no representa ningún riesgo para la transmisión del VIH* (P=0.022)	65.2	8.7	26.1	95.7	4.3	0.0
Una persona puede estar expuesta al VIH en una sola relación sexual	0.0	91.3	8.7	0.0	100	0.0
Se puede evitar contraer el VIH haciendo deporte con regularidad	78.3	0.0	21.7	91.3	0.0	8.7
Cuando se tienen relaciones sexuales con una pareja de larga duración no se necesita seguir usando condón	82.6	8.7	8.7	91.3	8.7	0.0
Bañarse después de tener relaciones sexuales reduce las posibilidades de contraer el VIH* (P= 0.016)	69.6	4.3	26.1	100.0	0.0	0.0
No ingerir los fluidos corporales del otro cuando se practica sexo buco-genital ayuda a prevenir el VIH* (p= 0.002)	39.1	17.4	43.5	69.6	30.4	0.0
La gente que contrae VIH presenta síntomas inmediatamente o al poco tiempo* (P=0.034)	56.5	8.7	34.8	82.6	13.0	4.3
Reduciendo el número de parejas sexuales se previene el VIH	47.8	34.8	17.4	65.3	30.4	4.3
Entre mujeres homosexuales no se transmite el VIH	91.3	0.0	8.7	100	0.0	0.0
En el mundo, se han encontrado casos de mujeres homosexuales con VIH* (P=0.001)	0.0	43.5	56.5	4.3	91.4	4.3
Una mujer homosexual solo puede adquirir VIH teniendo relaciones sexuales con un hombre	78.3	4.3	17.4	100	0.0	0.0
Compartir cepillos dentales puede facilitar la transmisión del VIH* (P=0.000)	47.8	4.4	47.8	13.0	87.0	0.0
Los fluidos pre eyaculatorios pueden contener el VIH* (P=0.000)	0.0	34.8	65.2	0.0	100	0.0
Los usuarios de drogas inyectables están en riesgo de VIH cuando comparten agujas	0.0	95.7	4.3	0.0	100	0.0
Las relaciones sexuales vaginales son de alto riesgo para la transmisión del VIH*(P=0.001)	13.0	43.5	43.5	13.0	87.0	0.0
Sólo los homosexuales hombres están en riesgo de adquirir VIH	95.7	4.3	0.0	100	0.0	0.0
Las mujeres con prácticas sexuales exclusivamente homosexuales no están en riesgo de adquirir VIH	91.3	0.0	8.7	87.0	4.3	8.7
Compartir utensilios de cocina o el baño con una persona que convive con el VIH representa un riesgo para adquirir VIH	56.5	17.4	26.1	56.5	39.2	4.3
El VIH puede transmitirse a través de la picadura de un mosquito * (P=0.004)	60.9	4.3	34.8	100	0.0	0.0
Un resultado negativo en la prueba del VIH puede ocurrir incluso cuando la persona tiene el virus *(P=0.004)	0.0	47.8	52.2	8.7	82.6	8.7
El virus del VIH puede transmitirse a través de un estornudo* (P=0.002)	65.2	0.0	34.8	100	0.0	0.0
Donar sangre no representa ningún riesgo de VIH para el donante	39.2	30.4	30.4	43.5	43.5	13
La masturbación mutua no conlleva un mayor riesgo a menos que la persona tenga heridas o rasguños * (P=0.004)	8.7	52.2	39.1	22.7	77.3	0.0
Personas que han adquirido el VIH a través del uso de drogas inyectables, lo pueden transmitir en sus relaciones sexuales* (P=0.054)	0.0	82.6	17.4	0.0	100	0.0
Sólo los hombres transmiten el VIH	87.0	0.0	13.0	95.7	4.3	0.0
En la actualidad no existe una cura para el VIH (P=0.001)	13.0	43.5	43.5	8.7	91.3	0.0
El intercambio de juguetes sexuales aumenta la probabilidad de adquirir VIH *(P= 0.001)	21.7	43.5	34.8	95.7	4.3	0.0
El virus del VIH puede transmitirse a través de la leche materna* (P=0.00)	13.0	30.4	56.6	4.3	95.7	0.0
Nivel de conocimiento				Pre	Post	
Bajo				0%	0%	
Medio				21.7%	0%	
Alto				78.3%	100%	

F= falso, V= verdadero, NS= no sé. ($Z=-6.120$ $P=0.000$)

Actitudes frente al VIH

En el pre test se encontró que el 34,8% de las participantes presentaban actitudes positivas que favorecían su autocuidado; mientras que en el post test, estas actitudes aumentaron al 60,9%. A través de la prueba de Wilcoxon se encuentran diferencias entre ambas mediciones ($Z=-5,646$; $p=0,000$). Los cambios más representativos ocurrieron en ítems que medían la percepción de riesgo y la percepción de la existencia de métodos ajustados a las prácticas sexuales de las mujeres LB (ver tabla 5).

Revelación de la Orientación Sexual y Funcionamiento Familiar

El 69,6% de las participantes le había revelado su orientación a su madre, de ellas, el 62,4% obtuvo un apoyo

positivo y el 37,6% un apoyo regular o malo. Por su parte, el 39,1% le había contado a su padre sobre su orientación sexual. Según las puntuaciones del APGAR familiar, el 52,2% presentan un funcionamiento familiar alto. Sin embargo, sólo el 34,8% recurre a la familia cuando tiene un problema, siendo los amigos quienes proveen apoyo (ver tabla 6).

Vivencias de Violencia y Discriminación

El 73,3% de las participantes reportó haber vivido experiencias de discriminación y el 8,7% ha sido agredida físicamente debido a su orientación sexual. Se encontró que los espacios en los que más se reportan estas violencias son en la familia (43,5%) y en los espacios públicos (69,6%). En el pre y post test se reportó un aumento significativo en la percepción de discriminación en el centro de salud (45,5; $P=0,000$) (ver tabla 7).

Tabla 5. Actitudes frente al VIH

Ítem	Pre			Post		
	DS	DA	NS	DS	DA	NS
Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene VIH	82.6	8.7	8.7	82.6	4.3	13.0
No soy el tipo de persona que pueda contraer VIH ($P=0.008$)	52.2	4.3	43.5	87.0	8.7	4.3
Las personas que tienen VIH deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás	95.7	0.0	4.3	100	0.0	0.0
Me sentiría cómoda si tuviera que compartir el baño con una persona que tiene VIH	26.1	43.5	30.4	34.8	39.1	26.1
Creo que puedo contraer el VIH	8.7	65.2	26.1	13.0	73.9	13.0
Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual	13.0	82.6	4.3	8.7	91.3	0.0
Parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido	60.9	17.4	21.7	69.6	13.0	17.4
Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales	4.3	82.6	13.0	0.0	91.3	8.7
Exijo a mi pareja sexual que use un condón	52.2	30.4	17.4	30.4	60.9	8.7
Soy capaz de contarle a mi pareja que he tenido relaciones sexuales con hombres	8.7	82.6	8.7	100	0.0	0.0
Creo que solo los hombres homosexuales deberían preocuparse del VIH	87.0	8.7	4.3	100	0.0	0.0
Creo que las mujeres homosexuales deberían hacerse pruebas de laboratorio para identificar una ITS	91.3	0.0	8.7	100	0.0	0.0
Considero que las mujeres homosexuales no tenemos métodos preventivos adaptados a nuestras prácticas ($p=0.002$)	8.7	65.2	26.1	47.8	52.2	0.0
El personal de salud generalmente trata bien a las personas con VIH	13.0	0.0	87.0	30.4	4.3	65.2
Tipo de actitudes*	Pre			Post		
Negativas	0.0			0.0		
Neutras	65.2			39.1		
Positivas	34.8			60.9		

DS= Desacuerdo, DA= de acuerdo, NS= No sé. $*(Z=-5.646, P=0.000)$.

Tabla 6. Nivel de funcionamiento familia y revelación

Funcionamiento familiar	Bajo	Moderado	Alto	
Nivel	2(8.7%)	9 (39.1)	12(52.2%)	
¿A quién pide ayuda con mayor frecuencia?	Familia (34.8%)	Amigos (60.9%)	Otros (4.3%)	
Revelación de la orientación sexual	Apoyo percibido			
Persona (%)	Bueno	Regular	Malo	Indiferente
Madre (69.6%)	10 (62.4%)	3(18.8%)	3(18.8%)	0
Padre (39.1%)	4 (44.5%)	3(33.3%)	1(11.1%)	1(11.1%)
Amigos (100%)	20(87.0%)	2 (8.7%)	0	1 (4.3%)
Familia extendida (34.8%)	5 (62.5%)	1(12.5%)	1(12.5)	1(12.5%)
Otros (34.8)	9 (100%)	0	0	0

Tabla 7. Espacios de discriminación

Lugar	% pre	% post	Lugar	% pre	% post
Familia	10 (43.5%)	10 (43.5%)	Centro comercial	6 (26.1%)	7 (30.4%)
Amigos	0	2 (8.7%)	Transporte público	5 (21.7%)	8 (34.8%)
Colegio	7 (30.4%)	5 (21.7%)	Centro salud *	0	10 (43.5%)
Universidad	5(21.7%)	7(30.4%)	Espacios públicos	11 (47.8%)	16 (69.6%)

*(P=0.000)

Componente Cualitativo

A través de la herramienta de grupos focales, se exploraron los aprendizajes más significativos del programa. Se encontró que las participantes señalaron tres cuestiones generales: un fortalecimiento de su identidad, un empoderamiento en su sexualidad y conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Estos tres serán profundizados a continuación:

En primer lugar, las participantes señalaron que las actividades del programa permitieron el fortalecimiento de su identidad como mujeres LB. Ellas perciben que el programa les permitió construir un vínculo con otras mujeres diferente a los vínculos que se construyen en los pocos espacios de socialización para la población LGBT que existen en la ciudad de Cali, estos espacios generalmente son discotecas y bares en donde las actividades principales son el consumo de alcohol y la “rumba”. Asimismo, se reconocieron y discutieron algunos estereotipos alrededor de la identidad de las mujeres LB relacionados con los estilos de vida, la sexualidad y los roles de género. Esto generó la posibilidad de pensar otras formas más auténticas de estar en el mundo.

Yo nunca me había sentido como realmente lesbiana, siento que relacionarnos así es más tranquilo que ahh vamos a marchar y pongámonos la bandera por todas partes y ese cuento del estereotipo de ser lesbiana. Pero aquí realmente pensamos qué estamos haciendo con nuestro cuerpo. Este grupo rompe todos los estereotipos del mundo y ninguna se parece a otra, eso fue lo que más nos unió, la posibilidad de ser nosotras mismas. (Camila, 19 años)

Por otro lado, el grupo se convirtió en una red de apoyo en la que se habló sobre el proceso de revelación de la orientación sexual. Se identificó como un proceso de “lucha” por la identidad que podía ser acompañado, facilitado y resignificado a través de esta red. Los siguientes testimonios permiten mostrar cómo esta red genera estrategias de afrontamiento y apoyo para quienes no lo han hecho, pero además permite que quienes ya han atravesado ese proceso reconozcan sus efectos positivos y resinifiquen las experiencias dolorosas.

Compartir nuestras experiencias y situaciones actuales frente a la sociedad y a la familia me parece un ejercicio interesante para las niñas que aún no han salido del closet, para que sepan que a todas nos ha pasado igual, que todas sentimos que no nos iban a querer pero que al final todo pasa y aquí estamos,

enfrentándonos a los espacios con valentía y sabiendo que valemos mucho. (Julieta, 21 años)

Saber que las experiencias de otras personas fueron tormentosas pero que ahora viven una vida tranquila y feliz me hace de alguna manera llenarme de valor y conocer algunas técnicas para afrontar ese momento que sé que va a cambiar mi vida y mi convivencia familiar. (Lina, 20 años)

En relación a la sexualidad, se valoró positivamente que el programa, más allá de la provisión de conocimientos, permitía la posibilidad de reflexionar sobre la sexualidad desde un enfoque holístico que incluía el rol de género, la identidad sexual, el placer y el erotismo. Estos últimos fueron reconocidos como un eje central de la sexualidad y las participantes señalaron la importancia de la negociación en pareja de las prácticas sexuales. En términos de conocimientos, la mayoría de las participantes señaló no conocer las prácticas sexuales de riesgo frente al VIH y otras ITS ni la manera de prevenirlas en relaciones con otras mujeres. En general, reportaron que en sus amigas LB también desconocían esa información y resaltaron que la nueva información les daba herramientas para convertirse en replicadoras de conocimiento.

Yo he hablado con una amiga y ella me decía ¿marica, cómo así que barreras de látex, cómo así que condones? Y yo le decía ¿vos qué preferís, preferís tener una enfermedad? Yo creo que muchas piensan así o no saben cómo cuidarse pero este es un espacio que nos permite comprender y poder decirle a las otras que es algo que tienen que hacer. (Juliana, 20 años)

Encontré un grupo de mujeres con las que tengo muchas semejanzas y diferencias y eso es muy valioso para mí. Me conecté conmigo misma, con lo que me gusta y lo que no me gusta y supe lo que tengo que seguir trabajando tanto en salud como personalmente. Supe el valor que le doy a mi sexualidad, cómo me protejo, cómo la fortalezco y cómo la disfruto. (Clara, 23 años)

En términos de derechos, las participantes señalaron que además de la sesión destinada a abordar este tema, las actividades generales habían generado un empoderamiento en ellas que les permitía exigir mejor atención en salud e identificar ciertas formas de discriminación que habían sido naturalizadas en el día a día. Además, esta consciencia social les permitía reflexionar acerca de la importancia política de incidir en otros espacios de la comunidad LGBT y otros entornos de discusión.

Venir al este programa es una acción política, pues ser político no es ir a votar a una urna sino tomar decisiones dentro de la sociedad, entonces venir era un espacio de conciencia, es una forma de actuar en la sociedad y de seguir llevando un mensaje a otras personas... no solo aprendimos cosas sobre el cuidado sexual sino que también siento que nos formamos en ciudadanía y en cómo exigir nuestros derechos. (Luisa, 25 años)

Por otro lado, a partir de los grupos focales, los aspectos del programa que fueron considerados positivos son: (a) la creación de un espacio en donde hubiera libertad de expresión

pues permitió debatir temas íntimos sobre la sexualidad, la vida de pareja, la relación con los demás; (b) la posibilidad de compartir vivencias y verse reflejadas en las historias de las demás; (c) que las temáticas y las sesiones tenían un orden lógico y articulado; (d) el abordaje de la sexualidad desde su multidimensionalidad; (e) que la facilitadora del programa tuviera su misma edad y orientación sexual; (f) que se fortalecieron sus redes de apoyo e identificaron los recursos comunitarios en su ciudad; (g) el conocimiento de los derechos sexuales y ciudadanos y su exigibilidad; y (h) el uso de dinámicas participativas que les permitieron crear vínculos de apoyo y afecto entre las participantes.

DISCUSIÓN

En este programa de salud sexual en el que participaron 23 mujeres entre los 18 y los 25 años de edad, se reportaron cambios en la prueba pre y post en las variables de conocimientos y actitudes frente al VIH. En cuanto a los conocimientos se encontró que las participantes tenían un conocimiento general frente al virus. Este puede haber sido aprendido en el proceso de escolarización de las participantes pues corresponden a una muestra con acceso a la educación superior. Sin embargo, se encuentra desconocimiento sobre las prácticas específicas que las sitúan en riesgo, sobre datos epidemiológicos en mujeres LB y sobre las formas de prevención que pueden utilizar. Estas disparidades entre el conocimiento general de las ITS y el conocimiento de prácticas sexuales de riesgo y métodos preventivos específicos para mujeres LB ha sido reportada en otras investigaciones (Muzny et al., 2013). Asimismo, estos resultados se suman a los hallazgos de múltiples investigaciones mundiales y latinoamericanas que señalan un brecha en el conocimiento frente al VIH y otras ITS en las mujeres LB (Mora & Monteiro, 2010; Power et al., 2009; Profamilia et al., 2007), estos vacíos surgen por una limitación en el acceso a la educación y a la salud de la población pues los agentes como la familia, los colegios y los profesionales de la salud no necesariamente están capacitados para proveer esta información de manera especializada. Una muestra de esta baja sensibilización son los porcentajes de discriminación que las participantes perciben desde estos agentes mencionados. Ante esto, a través del proceso de implementación de programa, en la evaluación posterior, se observó un aumento de la discriminación percibida en los centros de salud. Esto indica que existen formas de discriminación y de violencia que pueden haber sido naturalizadas debido a los estereotipos y lineamientos sociales de una sexualidad “socialmente aceptada”. Por lo tanto, la atención que se brinda a la población puede ser afectada. Además, se resalta que el 60% de las participantes señalan que sus amigos son su mayor fuente de apoyo social, sin embargo, los datos cualitativos nos permiten observar que en esas fuentes también existe un desconocimiento en el área de salud sexual.

Adicionalmente, también se evidenció un aumento en las actitudes positivas que posibilitan el autocuidado frente al VIH. Particularmente, los datos cualitativos permiten comprender que las relaciones de las mujeres LB se centran en una noción de cuidado propio y de cuidado en pareja que facilita, en últimas, un deseo de protección en salud sexual. Este deseo de mejorar sus prácticas sexuales y reflexionar sobre su sexualidad puede derivarse, según Teti y Bowleg (2011), de esa naturaleza protectora de las relaciones de las mujeres LB. Sin embargo, en los datos cuantitativos se observó que aumentó significativamente el porcentaje de mujeres que reportaban que no usarían protección porque era probable que su pareja no lo aprobara. Probablemente este aumento se debe a que después de que las participantes ganaron conocimiento sobre las prácticas preventivas y la necesidad de su uso, se preguntaban también sobre cómo sería la inclusión de esas “nuevas” formas de autocuidado que no habían sido usadas anteriormente y percibían una dificultad en la inclusión de esas prácticas en su vida de pareja.

Esto deja en evidencia que incluir actividades que provean herramientas para mejorar esos procesos de comunicación, e incluso, plantear programas a los que se pueda asistir en pareja, son muy importantes. Este componente de la pareja es un punto clave para la intervención en la población pues otros programas también han mostrado un incremento en los conocimientos y las actitudes pero siguen existiendo brechas en el tema de la negociación (Logie et al., 2015).

En relación a las prácticas sexuales se encontró que en promedio se reportaron 4,95 parejas incluyendo hombres y mujeres. Sin embargo, un porcentaje considerable de las mujeres había tenido sexo con hombres, además de reportar que no hicieron uso constante del condón en sus relaciones con hombres. Esta situación en términos epidemiológicos, constituye un perfil que expone de manera sustancial a las mujeres LB que tienen esta historia sexual. Por lo tanto, estas lógicas particulares que las exponen al riesgo deben ser comprendidas y abordadas dentro de los programas de prevención diseñados para ellas (Lindley & Walsemann, 2013).

Otra práctica de alto riesgo para la adquisición de ITS en las mujeres LB es el intercambio de juguetes sexuales. Según Power et al. (2009) debido a los lenguajes universales de la prevención que se focalizan en la penetración es más probable que las mujeres LB usen el condón en estas prácticas. Sin embargo, señala que aun así los porcentajes son muy bajos. En este programa se encontró un alto índice de intercambio de juguetes sexuales sin higiene o sin uso del condón. Asimismo se encontró un porcentaje bajo del uso de la barrera de látex. Estos porcentajes se unen a los hallazgos a nivel latinoamericano del bajo uso de medidas preventivas en las mujeres LB, que reportan índices menores al 30% (Colombia Diversa, 2010; Mora & Monteiro, 2010; Pinto, 2004).

Asimismo, otro factor de riesgo para la salud sexual de la población de mujeres LB son los altos índices de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (SPA) que han sido descritas a nivel mundial (Lindley & Walsemann, 2013). Los resultados de esta investigación son similares pues un porcentaje alto de las participantes reportó haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y bajo el efecto de SPA. Las relaciones mediadas por esos tipos de consumo podrían impedir el autocuidado y la negociación de las prácticas.

Por otro lado, autores como Logie (2015) un fenómeno que aumenta la vulnerabilidad de esta población hacia las ITS son las vivencias de abuso sexual debido a su orientación sexual. Este fenómeno es invisibilizado a nivel mundial pero los índices alcanzan el 34% y el 43% en investigaciones realizadas en países como Estados Unidos (Lindley & Walsemann, 2013; Rothman, Exner, & Baughman 2011). En este programa se encontraron resultados similares pues un 31.8% de las participantes reportó haber sido víctimas de abuso sexual.

Lo anterior demuestra el reto al que se enfrentan los programas de salud sexual dirigidos a esta población pues deben atender la manera como la búsqueda de sensaciones, la percepción de riesgo, la exploración de la identidad sexual, la falta de conocimientos específicos y el riesgo de abuso sexual se entretajan para crear una vulnerabilidad que es particular en este grupo poblacional y que, trascendiendo miradas netamente biomédicas que las sitúan en un riesgo bajo, ponen en evidencia que existen factores de orden social y estructural que incrementan su riesgo frente al VIH y otras ITS (Lindley & Walsemann, 2013; Logie, 2015).

Este programa presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la muestra del estudio estuvo conformada por 23 participantes que en su mayoría pertenecían a la clase media y tenían acceso a la educación superior. Ante esto, es necesario señalar que los niveles de conocimiento frente a la salud sexual pueden resultar mayores que una muestra no escolarizada. Por tanto, se sugiere realizar estudios y esfuerzos de intervención con participantes de distintos orígenes étnicos y distintos niveles socioeconómicos. Asimismo, una de las limitaciones de

este programa es que no se contó con un grupo control para verificar que los cambios reportados en el cuestionario se debieran exclusivamente a las actividades desarrolladas dentro del programa.

Otra limitación de este estudio fue el lapso de tiempo con el que se realizó la post evaluación, pues fue realizada inmediatamente al finalizar el programa, esto impide verificar cambios a largo plazo y medir si existen cambios en las prácticas sexuales y preventivas.

De igual manera, según lo reportado por las participantes en el grupo focal y lo que se ha encontrado en investigaciones previas en la población, se recomienda que los futuros programas tengan en cuenta los siguientes aspectos: (a) proveer información adecuada y ajustada a las prácticas sexuales de las mujeres LB en relación con el VIH y otras ITS (Lindley, Friedman, & Struble, 2012; Power et al., 2009; Rhodes et al., 2014); (b) buscar el empoderamiento de las mujeres y promover una conciencia política para mejorar la solicitud de derechos (Morrow, 1996; Teti & Bowleg, 2011); (c) proveer información sobre cómo acceder a los recursos y redes sociales de apoyo (Rhodes et al., 2014); (d) que el programa se convierta en un espacio seguro para encontrar apoyo y hablar de la cotidianidad (Rhodes et al., 2014; Teti & Bowleg, 2011) y (e) trabajar la desconfianza de la población en los prestadores de servicios en salud y proveerle herramientas para revelar su orientación sexual dentro de estos espacios (Morrow, 1996). Para concluir, este programa de salud sexual dirigido a mujeres LB de la ciudad de Cali, Colombia fue una iniciativa importante de reflexión y construcción de una propuesta que atendiera a las necesidades de este grupo poblacional. En general, se encontraron cambios significativos en los niveles de conocimientos y actitudes frente al VIH y otras ITS. Los datos cualitativos permitieron comprender que, además del componente informacional, en los programas dirigidos a esta población cobra gran importancia abordar temas que permitan el fortalecimiento y la aceptación de la identidad, los derechos ciudadanos y los derechos sexuales y reproductivos, así como la reflexión sobre la sexualidad y el papel que cada una le otorga en su vida. Zimmerman, Darnell, Rhew, Lee y Kaysen (2015) señalan que estos procesos en donde se puede interactuar y relacionar con otras mujeres LB son importantes para protegerse frente a la discriminación y para resignificar sus efectos, aceptar la propia orientación sexual y desarrollar la identidad en un grupo que provee un apoyo social positivo. Este tipo de programas que se centran en los recursos positivos de la población tendrían un impacto en su salud mental y en su salud sexual y reproductiva (Gahagan & Colpitts, 2016). Es por esto que se requieren múltiples esfuerzos para su inclusión en programas de prevención en América Latina en donde existen representaciones y asignaciones asignadas a los roles de género que repercuten en el acceso a la salud y a la educación de las mujeres LB.

REFERENCIAS

- Bell, A. V., Ompad, D., & Sherman, S. G. (2006). Sexual and drug risk behaviors among women who have sex with women. *American Journal of Public Health, 96*(6), 1066-1072. doi: 10.2105/AJPH.2004.061077
- Blanco, A., & Rodríguez, J. (2007). *Intervención psicosocial*. España: Pearson Educación.
- Colombia Diversa. (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGTB (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)*. Bogotá: Colombia Diversa.
- De la Revilla, L., Bailón, E., Luna, J. D., Delgado, A., Prados, M. A., & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria, 8*(9), 688-691.
- Fethers, K., Marks, C., Mindel, A., & Estcourt, C. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviors in woman who have sex with woman. *Sexually Transmitted Infections, 76*, 345-349.
- Fish, J., & Bewley, S. (2010). Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health and Social Care in the Community, 18*(4), 355-362. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x
- Gahagan, J., & Colpitts, E. (2016). Understanding and measuring LGBTQ pathways to health: A scoping review of strengths-based health promotion approaches in LGBTQ health research. *Journal of Homosexuality, 4*, 1-27. doi: 10.1080/00918369.2016.1172893
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2010). *UNAIDS Report on The Global AIDS Epidemic*. Recuperado de http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Woman who have sex with woman, in all their diversity: putting their needs and right on the HIV agenda. community innovation: achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *2014 Global Statistics*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf
- Kwakwa, H. A., & Ghobrial, M. W. (2003). Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases, 3*(3), e40-e41.
- Lindley, L., Friedman, D., & Struble, C. (2012). Becoming visible: Assessing the availability of online sexual health information for lesbians. *Health Promotion Practice, 13*(4), 472-480. doi: 10.1177/1524839910390314
- Lindley, L., & Walsemann, K. (2013). Invisible and at risk: STDs among young adult sexual minority women in the United States. *Perspectives on Sexual Health, 45*(2), 66-73. doi: 10.1363/4506613
- Logie, C. (2015). (Where) do queer women belong? Theorizing intersectional and compulsory heterosexism in HIV research. *Critical Public Health, 25*(5), 527-538. doi: 10.1080/09581596.2014.938612
- Logie, C., & Gibson, M. (2013). A mark that is no mark? Queer women and violence in HIV discourse. *Culture, Health & Sexuality, 15*(1), 29-43. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2012.738430>
- Logie, C., Lacombe-Duncan, A., Weaver, J., Navia, D., & Este, D. (2015). A pilot study of a group-based HIV and STI prevention intervention for lesbian, bisexual, queer, and other women who have sex with women in Canada. *AIDS patient care and STDs, 29*(6), 321-328. doi: 10.1089/apc.2014.0355
- Logie, C., Navia, D., Rwigema, M., Tharao, W., Este, D., & Loufty, M. (2014). A group based HIV and sexually transmitted infections prevention intervention for lesbian, bisexual, queer and other women who have sex with women in Calgary and Toronto, Canada: study protocol for a non-randomised cohort pilot study. *BMJ Open, 4*. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005190
- Marrazzo, J. M., Koutsky, L. A., Eschenbach, D. A., Agnew, K., Stine, K., & Hillier, S. L. (2002). Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *Journal of Infectious Diseases, 185*(9), 1307-1313.
- Marrazzo, J., Thomas, K., & Ringwood, K. (2011). A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial. *Sexually Transmitted Infections, 87*(5), 399-405. doi: 10.1136/sti.2011.049213
- Molina, M. L., & Romero, M. C. (2004). *Modelos de intervención asistenciales, socioeducativa y terapéutico en el trabajo social*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Montero, M. (2003). El fortalecimiento en la comunidad. En *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre la comunidad y la sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Mora, C., & Monteiro, S. (2010). Vulnerability to STIs/HIV: Sociability and the life trajectories of young women who have sex with woman in Rio de Janeiro. *Culture, Health & Sexuality, 12*(1), 115-124. doi: 10.1080/13691050903180471.
- Morrow, K. M. (1996). *Culture-Specific HIV/STD prevention programming for lesbian and bisexual women* (Doctoral Dissertation). Western Michigan University, Michigan.
- Muzny, C., Harbison, C., Pembleton, E., Hook, E., & Austin, E. (2013). Misperceptions regarding protective barrier method use for safer sex among African-American women who have sex with women. *Sexual Health, 10*(2), 138-41. doi: 10.1071/SH12106
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Palma, D. M., Munévar, J., & Orcasita, L. T. (2014). Percepción de riesgo frente al VIH/Sida en mujeres homosexuales: Retos y desafíos actuales desde la investigación. En E. Soriano, A. González y V. Cala (Eds.), *Retos actuales de educación y salud* (vol 2). Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Pinto V. M. (2004). *Aspectos Epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres* (Doctoral Dissertation). Universidad de São Paulo, Brasil.
- Profamilia, Grupo de Estudios de Género, Sexualidad y Salud en América Latina, & Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. (2007). *Encuesta LGBT: Sexualidad y derechos. Participantes de la marcha de la ciudadanía LGBT de Bogotá, 2007*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/images/stories/afiches/encuestas-investigaciones/encuesta-lgbt-2009.pdf>
- Poteat, T., Logie, C., Adams, D., Mothopeng, T., Lebona, J., Letsie, P., & Baral, S. (2015). Stigma, sexual health, and human rights among women who have sex with women in Lesotho. *Reproductive Health Matters, 23*(46), 107-116. doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.020
- Power, J., McNair, R., & Carr, S. (2009). Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health & Sexuality, 11*(1), 67-81. doi: 10.1080/13691050802541674
- Rhodes, S., Alonzo, J., Mann, L., Downs, M., Simán, F., Andrade, M., Martínez, O., Abraham, C., Villatoro, G., & Bachmann, L. (2014). Novel approaches to HIV prevention and sexual health

- promotion among Guatemalan gay and bisexual men, MSM and transgender persons. *AIDS Education & Prevention*, 24(4), 345-361. doi: 10.1521/aeap.2014.26.4.345
- Richardson, D. (2000). The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Culture, Health & Sexuality*, 2(1), 33-49.
- Rothman, E. F., Exner, D., & Baughman, A. L. (2011). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(2), 55-66.
- Rothman E. F., Sullivan, M., Keyes, S., & Boehmer U. (2012). Parents' supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: Results from a population-based survey of LGB adults in Massachusetts. *Journal of Homosexuality*, 59(2), 186-200. doi: 10.1080/00918369.2012.648878
- Rowen, T., Breyer, B., Lin, T., Li, C., Robertson, P., & Shindel, A. (2013). Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120(1), 42-45. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.08.011
- Stevens, P. (1994). HIV prevention education for lesbian and bisexual women: A cultural analysis of a community intervention. *Social Science & Medicine*, 39(11), 1565-1578.
- Teti, M., & Bowleg, L. (2011). Shattering the myth of invulnerability: Exploring the prevention needs of sexual minority women living with HIV/AIDS. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(1), 69-88. doi: 10.1080/10538720.2010.538009
- Uribe, A. F., Orcasita, L. T., & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 31(1): 11-24.
- Wingood, G., & DiClemente, R. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education & Behavior*, 27(5), 539-565.
- Zimmerman, L., Darnell, D., Rhew, I., Lee, C., & Kaysen, D. (2015). Resilience in community: a social ecological development model for young adult sexual minority women. *American Journal of Community Psychology*, 55(1-2), 179-190. doi: 10.1007/s10464-015-9702-6

Recebido: 17/12/2015

Revisado: 07/06/2016

Aceito: 25/12/2016 ■