

ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES EN CIUDAD DE LA HABANA

Lic. Leonardo Chacón,*^o Ing. Raúl Regueiro,*
Dr. Vladimir Reymond,** M.Sc. Liset Sánchez,***
Dra. Rosaida Ochoa* y Téc. Nelson Joel Valdés*

* Centro Nacional de Prevención de ITS y VIH/SIDA

** Sanatorio de Santiago de las Vegas

*** Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí

^o leonardo.chacon@infomed.sld.cu

INVESTIGACIÓN DE TIPO EXPLORATORIA CON EL FIN DE IDENTIFICAR LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO DE LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES, SUS RAZONES PARA MANTENER RELACIONES SEXUALES DE RIESGO, LOS FACTORES OBSTACULIZADORES PARA LA NEGOCIACIÓN DEL CONDÓN, Y LAS VÍAS POR LAS QUE RECIBEN INFORMACIÓN ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y LAS ITS. SE BRINDAN LOS RESULTADOS PRINCIPALES.

El incremento de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país, así como su concentración relativa entre los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), han hecho necesaria la elaboración de una estrategia de intervención que tenga en cuenta las particularidades, las necesidades y los factores de vulnerabilidad de la población meta (aspectos abordados en *Sexología y Sociedad*, año 8, no. 20, pp. 13-19). Algunas de nuestras primeras acciones estuvieron orientadas a la revisión de bibliografía actualizada sobre el tema y el intercambio con especialistas de diferentes ramas afines. No nos resultó una sorpresa constatar la insuficiente información publicada sobre lo referente a la homosexualidad, bisexualidad y comportamientos sexuales entre personas del mismo sexo, y lo poco que se aborda el tema en el ámbito académico. En esta etapa nos resultaron muy útiles el trabajo «Homosexualidad y familia: acoso y simetrías» (2000) de Luis Robledo¹ y la experiencia acumulada por la máster en Ciencias Mayra Rodríguez,² del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

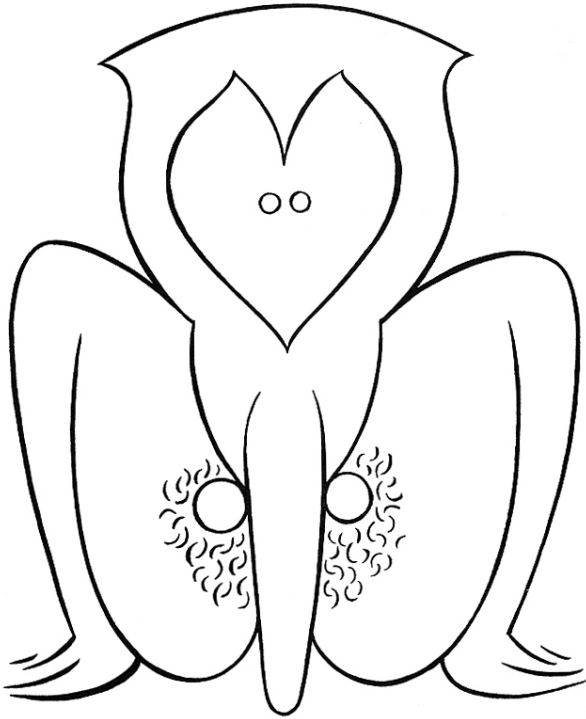
Tampoco pudimos disponer de suficientes elementos que nos permitieran establecer una línea de

partida para nuestra intervención y de punto de referencia para la evaluación sistemática de las acciones implementadas. Ante esta situación nos vimos precisados a construir nuestra línea base para la acción y recoger información sobre la población a intervenir. Para esto concebimos una investigación de tipo exploratorio que nos permitiera:

- identificar los comportamientos sexuales de riesgo de los HSH;
- conocer las razones asumidas para el mantenimiento de relaciones sexuales de riesgo de adquisición del VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS);
- identificar factores que obstaculizan la negociación del condón;
- conocer las vías por las cuales reciben información sobre la prevención de las ITS y el VIH/SIDA y por las que preferirían recibir esta información.

¿CON QUIÉNES REALIZAR LA INVESTIGACIÓN?

Ubicamos la investigación en Ciudad de La Habana por ser la ciudad más altamente poblada



del país, por poseer una cultura más permisiva hacia aspectos de la sexualidad (relativos a la homosexualidad, a la diversidad sexual y a la flexibilidad de atributos y roles de género) en comparación con otras regiones del país y por poseer los mayores índices de incidencia y prevalencia del VIH.

Nuevamente nos tropezamos con dificultades, esta vez referidas a la determinación de la muestra, puesto que nos propusimos un estudio cuantitativo. Para ello requeríamos de un marco muestral que nos permitiera calcular el número de personas a encuestar, el procedimiento de abordaje y el tipo de muestreo, tratando de garantizar el valor estadístico de los resultados a obtener. Al no disponer de datos sobre la prevalencia de HSH ni en el país, ni en alguna región del mismo, carecíamos de elementos para el establecimiento del marco muestral.

Para superar esta dificultad podríamos haber utilizado los estimados propuestos por algunas investigaciones sobre comportamiento sexual, como la clásica de Alfred Kinsey sobre la tipología y la prevalencia de los comportamientos sexuales, que data de 1948, pero la objetividad de los diseños metodológicos de las mismas es muy cuestionada.

Por otra parte, debido a los estigmas y tabúes que rodean las relaciones sexuales entre hombres

no existe una identidad sexual homosexual o bisexual entre *todas* las personas que tienen este comportamiento sexual o no la asumen públicamente. Por tanto, resulta difícil identificar a una persona por su orientación sexual a simple vista y menos que se autoidentifique como tal con facilidad.

Para salvar estos obstáculos decidimos realizar la investigación en espacios públicos fundamentalmente visitados por HSH. Estos sitios tienen la ventaja de que son visitados por personas de diferentes lugares de la ciudad y no solamente por los habitantes del municipio o barrio en donde están ubicados. La mayoría de las personas que asisten a estos sitios, son hombres que se asumen como individuos con una identidad sexual no heterosexual, por lo que quedarían excluidos los HSH que se asumen como heterosexuales o que no comparten los espacios de socialización de otros HSH.

Los resultados de nuestra investigación sólo pueden ser generalizables a los HSH que asisten a los sitios de encuentro de la ciudad.

Se realizó un Muestreo Aleatorio por Conglomerados, utilizándose los sitios de mayor asistencia de HSH como conglomerados. La probabilidad fue de 95 %, la potencia de 80 % y el error de muestreo de 5 %. La elección aleatoria fue 1 de cada 3 participantes.

Para esto se realizó un levantamiento de los sitios de encuentros, que se clasificaron según su ubicación, cantidad de participantes y uso del espacio. Durante nuestras visitas realizamos observaciones de los participantes, familiarizándonos con ellos, días y horarios de mayor confluencia de población, lugares alternativos,... Toda esta información fue útil no sólo para la determinación de la muestra y el procedimiento de aplicación de la encuesta, sino para la concepción de ámbitos para la intervención. Se seleccionaron los lugares por el número de concurrentes y se escogieron los de mayor número, de más de 60 concurrentes en 2 horas.

Esta etapa de la investigación resultó relativamente prolongada a causa de la inestabilidad que presentan muchos de estos espacios y la influencia que ejercen en los mismos los agentes del orden público.

Teniendo en consideración las características del marco muestral, se calculó el valor-límite

inferior de 250 encuestas. La indagación se aplicó en los municipios de Plaza de la Revolución, Habana Vieja, Centro Habana y Habana del Este. Se aplicaron 275 encuestas, de las cuales 264 fueron utilizables.

Se empleó como instrumento de investigación una encuesta autoaplicable de 27 preguntas, de las cuales 20 eran cerradas y 7 semicerradas y con respuestas múltiples.

Se realizó una validación de la encuesta en una población de HSH en la ciudad de Santa Clara. Se tuvieron en cuenta durante el pilotaje las condiciones que se preveían para la aplicación, pues concebíamos la aplicación de la encuesta en sitios abiertos y en altas horas de la noche. La encuesta resultó ser anónima, fácil de responder y con un tiempo de respuesta promedio de 10 minutos.

PROCEDIMIENTO DE LA APLICACIÓN

Se visitaron los sitios para la aplicación de la encuesta en los horarios de mayor concurrencia. Se observaba la presencia o no de HSH, los cuales eran identificados por el vestuario, los grupos de reunión, los movimientos u otros elementos del lenguaje extraverbal.

Nos acercábamos individualmente a las personas que se encontraran en mejores condiciones para la aplicación, es decir, en los lugares más iluminados, sentados, solos o en grupos pequeños; nos presentábamos y les decíamos la consigna elaborada, luego de la cual le entregábamos una encuesta, un lápiz o bolígrafo y un sobre que podía cerrar con el objetivo de hacer menos identificable su respuesta.

Luego de la primera aplicación realizada, le preguntábamos a cada persona si había respondido anteriormente esta encuesta; a quienes nos respondían de forma afirmativa, no se la entregábamos. No se asistió más de dos veces a cada sitio. Las encuestas se aplicaron entre abril y mayo de 2001.

Se confeccionó una base de datos que empleaba el programa para el procesamiento estadístico SSPS 8.0. Se hizo un análisis de frecuencias, medias, medianas, modas, correlaciones de variables (χ^2 , Anova, test exacto de Fisher y Odd Ratio), confección de clouster y comparación de medias.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- Edad.
- Nivel escolar: primario, medio (secundaria y obrero calificado), medio superior (técnico medio y preuniversitario) y universitario.
- Orientación sexual: exclusivamente homosexual (sólo relaciones sexuales con hombres), de alguna manera bisexual (relación sexual con mujeres y con hombres) y heterosexual (sólo relaciones sexuales con mujeres).
- Estatus serológico al VIH: VIH positivo, VIH negativo y serodesconocido (no se ha realizado la prueba del VIH o no conoce el resultado de la última prueba realizada).
- Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses.
- Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses con relaciones sexuales desprotegidas.
- Razones por las cuales no se usó el condón.
- Negociación del condón: posesión de condones, habilidad para proponerlo, habilidad para hablar de las ITS y el VIH/SIDA.
- Prácticas sexuales: sin riesgo, menos riesgo y mucho riesgo.
- Fuentes de información: informales, agentes de la salud pública y medios masivos de información.

PRINCIPALES RESULTADOS

Descripción de la muestra

Fueron encuestadas 264 personas entre 15 y 59 años, con un promedio de 27 años, encontrándose como la *edad* más frecuente 24 años.

En la muestra el *nivel escolar* con mayor número de referencias fue el medio superior con 50,6 %, de los cuales 26,6 % eran técnico medio y 24,0 % refieren que han concluido sus estudios preuniversitarios. Este nivel es seguido por el universitario con 27,8 % de respuestas. La mayoría de los encuestados tiene estudios medios y superiores; sólo una persona indicó que no había terminado los estudios primarios.

De las 264 personas encuestadas, 72,8 % indican que tienen una *orientación sexual* exclusivamente homosexual; 23,8 % son de alguna manera bisexuales y 3,4 % expresan que son heterosexuales, lo que demuestra que en estos sitios de encuentros participan mayormente hombres que tienen

relaciones sexuales con otros hombres. La presencia de heterosexuales suele estar dada por acompañar a un amigo, a un familiar o por sentirse bien en ese lugar.

Prueba de VIH

De la muestra, 58,6 % refieren que se han realizado la *prueba del VIH* en los últimos 12 meses, mientras que 18,6 % nunca se ha realizado la prueba de detección de anticuerpos al VIH. Los resultados de la prueba arrojan que 4,9 % de la muestra son *seropositivos* al VIH; 67,4 % *seronegativos* y 27,7 % *serodesconocidos*. En estos datos podemos observar una elevada incidencia de personas con VIH (PVIH) entre los encuestados, en comparación con la incidencia de infección de la población de la ciudad. Por otra parte, el número de personas con un estatus serodesconocido es importante, pues representan casi la tercera parte de los encuestados.

Entre los más jóvenes (entre 15 y 25 años) son predominantes quienes nunca se han realizado o se la han realizado más recientemente ($p=0,024$), mientras que las personas de más edad tienden a realizársela en un intervalo de tiempo mayor. Esto puede deberse a que las personas más jóvenes entran en nuevas etapas de la vida adulta, como pueden ser la vida laboral o el Servicio Militar General (SMG), cambios para los cuales es necesario realizarse un chequeo médico que incluye la prueba de VIH.

Tal vez pudiera influir en esta diferencia una elevada percepción de riesgo en comparación con los HSH mayores de 26 años. Una elevada percepción de riesgo puede ser razón suficiente tanto para realizarse la prueba de VIH como para evitar su realización ante una subjetiva certidumbre de infección, en dependencia de los mecanismos de afrontamientos a los problemas (sean de evitación o de enfrentamiento).

Por otra parte, el número real de serodesconocidos es mayor dado que 42,1 % se podrían encontrar en el momento de la investigación en período de ventana (o sea, el tiempo que transcurre entre la entrada del VIH al organismo y el momento en que existe una cantidad suficiente de anticuerpos para ser detectados en las pruebas convencionales) por haber tenido prácticas sexuales de riesgo o se reali-

zaron la última prueba de VIH durante un posible período de ventana, lo cual hace poco confiable el estado serológico referido.

Prácticas sexuales de riesgo

Entre los encuestados, alrededor de 84,2 % han tenido relaciones sexuales desprotegidas en algún momento de sus vidas, mientras que 52,4 % refieren que han tenido una o más *relaciones sexuales sin condón* en el último año. Atendiendo a este resultado, la proporción de serodesconocidos tiene importancia, pues muchos de los que nunca se han realizado un examen de detección de anticuerpos o se lo han realizado en un período poco confiable se involucran en comportamientos sexuales de riesgo y podrían estar infectados y transmitir el virus a otras personas.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de riesgo al que se exponen los encuestados y la edad de los mismos. Tienen comportamientos de riesgos tanto los más jóvenes como los encuestados de más edad, aunque se observa un ligero descenso entre las personas de 26 a 35 años.

En nuestra muestra tampoco existen diferencias significativas entre el riesgo al que se exponen los sujetos y la realización de la prueba de VIH, puesto que entre las personas que se realizan las pruebas y las que *no* se la realizan encontramos tanto sujetos que se exponen al riesgo como los que no se exponen o se exponen a bajos niveles de riesgo.

En cuanto al momento en que tuvieron la última relación sexual desprotegida, las personas con VIH tienden a haberla tenido menos recientemente que los que refieren que son seronegativos o serodesconocidos ($p=0,001$), lo cual puede significar que luego del diagnóstico las personas con VIH tienden a cambiar sus comportamientos sexuales.

Al parecer, mientras tengan un resultado negativo algunas personas mantienen comportamientos de riesgo. Puede ser que para algunos sujetos ser serodesconocido signifique seronegatividad al VIH y mantengan comportamientos sexuales de riesgo bajo esta percepción.

Encontramos un predominio de las prácticas sexuales de menor o ningún riesgo sobre las de

mayor riesgo, en términos de frecuencia. Los encuestados refieren que tienen prácticas sexuales de poco riesgo más a menudo que las de riesgo sexual significativo. Sin embargo, dada la elevada incidencia de VIH entre HSH y los niveles de exposición a la infección por las prácticas de penetración anal, un solo comportamiento sexual de riesgo para un HSH puede engendrar un peligro mayor que para un hombre exclusivamente heterosexual.

Las *prácticas sexuales de poco riesgo* más frecuentes son:

- besos (75,3 %),
- masturbación (70,3 %),
- caricias (68,1 %),
- recibir el semen en el cuerpo (52,9 %),
- penetrar con condón (47,5 %),
- ser penetrado con condón (36,1 %);

mientras que las *prácticas sexuales de mayor riesgo* son:

- sexo oral sin condón (47,5 %),
- penetrar sin condón (22,1 %),
- recibir el semen dentro del ano (17,1 %),
- recibir el semen dentro de la boca (16,0 %).

Resulta significativo para nosotros que cerca de 19,0 % de los encuestados expresa que realiza con frecuencia sexo oral protegido, puesto que en nuestro país no se comercializan ni se distribuyen ampliamente los condones para el sexo oral, ni resulta ser de las prácticas más promovidas en las campañas de prevención. Esto nos puede indicar que el comportamiento de las variables referidas a las prácticas sexuales tienden a enmascarar o a distorsionar las prácticas más comunes. Es posible que los encuestados en estos aspectos hayan brindado una respuesta ideal, de «buen comportamiento», mientras encubrían la realidad de sus prácticas sexuales. Por esta razón, es posible que el comportamiento sexual de los encuestados sea más riesgoso que lo referido en las encuestas.

Las *razones* por las cuales han tenido relaciones sexuales desprotegidas son:

- Tener una pareja estable (26,2 %).
- Considerar que la pareja es seronegativa (25,6 %).
- Tener la pareja una apariencia saludable (22,8 %).
- No disfrutar el uso de los condones (17,6 %).

- No disponer de condones (17,6 %).
- La persona con quien no se protege, tiene otra pareja que considera estable (16,0 %).
- Estar ebrio (15,3 %).
- La persona con quien no se protege, dice que es seronegativa (14,8 %).
- La persona con quien no se protege, mostró un resultado negativo de VIH (14,4 %).
- La pareja se opone al uso de condones (10,7 %).

Relaciones de pareja y número de parejas sexuales en los últimos 6 meses

De la muestra, 46,6 % refieren que tienen una pareja estable, elemento que tiene un peso significativo entre las razones por las cuales no se protegen. Sin embargo, la mayoría de las personas con una pareja y que define este vínculo como estable, no rebasa el año de relación, con valores de frecuencias más importantes entre uno y seis meses. En la muestra parecen predominar las relaciones de hasta tres años; luego de este tiempo resulta muy difícil que la relación se mantenga. De acuerdo con estos datos, el período de tiempo que marca la estabilidad de la pareja para los HSH es menor de un año; para muchos resulta entre uno y seis meses.

En nuestra muestra, el número de parejas sexuales promedia alrededor de 5 parejas por persona. El rango oscila desde ninguna pareja en los últimos 6 meses previos a la aplicación de la encuesta hasta una cifra indeterminada por encima de las 20 parejas. La mayoría de los encuestados tiene entre 1 y 3 parejas en este período, siendo 1 la respuesta más frecuente (54,8 %). En medio año 38,2 % rebasa las 3 parejas.

Sin embargo, las personas que refieren que tienen prácticas sexuales de menos riesgo o sin riesgo, son las que han tenido un número mayor de parejas sexuales, mientras que 66,2 % de los que tienen prácticas sexuales de mucho riesgo tienen entre 1 y 3 parejas.

Se involucran en relaciones sexuales de riesgo tanto las personas con pareja estable como sin pareja, pero las razones aludidas para no usar el condón difieren. Las personas con parejas no lo usan por tener una relación estable, por no gustarle su uso y porque consideran que su pareja es

seronegativa; mientras que quienes no tienen pareja no los usan, porque refieren que no los tienen en el momento de la relación sexual. Al parecer, las personas sin pareja se involucran en relaciones casuales sin preparación o planificación previa.

Al considerar a las parejas como seronegativas, los encuestados tienen el sesgo de aquellos que son realmente serodesconocidos o se realizaron el examen al VIH en un posible período de ventana, por lo que tal vez se involucran sexualmente con personas que podrían estar infectados y desconocen su estatus serológico.

Elementos para la negociación del uso del condón

De la muestra, 29,2 % refirieron que presentan *problemas para encontrar condones*. Las personas que nunca se han realizado el examen de VIH, tienden a presentar más problemas para encontrar condones que los que se lo han hecho alguna vez. Quizás sean personas que se encuentran más distantes de las acciones educativas y conocen menos las alternativas para la adquisición de condones.

En cuanto a recursos para la negociación del condón, 31,0 % de las personas encuentran *dificultades para proponer el condón* a sus parejas sexuales; 25,8 % presentan *dificultades para hablar de las ITS*; y 23,3 % encuentran *dificultad para hablar sobre el VIH/SIDA*.

No existen diferencias entre las personas de diferentes edades. Sin embargo, las personas de mayor riesgo son las que poseen mayores dificultades para proponer el uso del condón. Quizás sea una de las razones que condicionan los comportamientos sexuales de riesgo.

Fuentes de información de los mensajes preventivos

Las fuentes por las que reciben más información, son:

- televisión (69,2 %),
- amigos (65,4 %),
- folletos y plegables (58,6 %),
- radio (55,9 %),
- carteles y afiches (54,0 %),
- periódicos (48,3 %),
- LineAyuda (41,4 %)

- paquetes de condones (39,9 %),
- Carrito por la Vida (33,5 %),
- médico de la familia (33,1 %).

No existen diferencias entre las personas de diferentes edades en cuanto a las fuentes de información referidas por los encuestados sobre la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Sin embargo, las personas que manifiestan mayor riesgo son las que reciben información por un número mayor de fuentes ($p=0,001$): reciben 4 veces más información por las vías informales (amigos, en fiestas y discotecas), 3 veces más por los medios masivos de información (televisión, radio y periódicos) y 2 veces más por los agentes de la salud pública (folletos y plegables, LineAyuda, Carrito por la Vida y médico de la familia) que las personas con prácticas sexuales de menos riesgo.

Pudieran existir contradicciones entre los mensajes que se reciben por las vías informales y los que son transmitidos por los agentes de la salud pública, lo que funciona como filtro de alteración de la calidad del mensaje, y se presta más credibilidad a lo que informan los amigos que lo expresado por el personal de la salud.

Por otra parte, es posible que los mensajes de comunicación social, al ser estandarizados, no den respuestas a todas las necesidades de información de los encuestados, por lo que quizás éstos tengan la sensación de poseer toda la información necesaria y desestimen otras influencias educativas.

Dado el peso que tienen los amigos como fuente relevante de información, las acciones educativas llevadas a cabo por los pares podrían tener una recepción más adecuada, optimizando la efectividad de la misma. Para los HSH, esta acción no vendría de una fuente formal, sino de alguien más cercano y con características similares que podría ser percibido como igual. Por consiguiente, la educación de pares resulta una estrategia de intervención muy recomendada para esta población.

Estos datos también pudieran servir de apoyo a las tesis que se refieren a la información como un elemento necesario para la promoción de cambios, pero no como el único factor a desarrollar. Para que las personas asuman comportamientos sexuales más favorables —es decir, cambien sus comportamientos sexuales—, se deben desarrollar más acciones que informen.

La información es necesaria e imprescindible pero, en modo alguno, suficiente. Es necesario generar ambientes que favorezcan el cambio, incidir en las normas grupales y en los modos de vida de sectores de la población. Se debe buscar alternativas que respondan a las necesidades y los intereses de los grupos poblacionales, como la promoción de diferentes tipos de condones, variantes, tipos, texturas, sabores,...

El cambio de comportamiento sexual involucra aspectos subjetivos, como la percepción de

riesgo, la percepción de severidad, la disponibilidad de conocimientos, las habilidades para el uso y la negociación de prácticas sexuales de menos riesgo y una actitud favorable para el cambio. Involucra también aspectos de la relación interpersonal y cuestiones macrosociales que tienen que ver con las normas sociales, la promoción de estilos de vida, las infraestructuras comunitarias, las representaciones sociales sobre la sexualidad y las ITS (que incluyen el VIH/SIDA), entre otras.

NOTAS

¹ El trabajo de Maestría de Luis Robledo fue muy útil para comprender desde el punto de vista sociológico el uso y la disposición de los espacios por los HSH y el significado y alcance de códigos comunicativos propios de esta población.

² Mayra Rodríguez puso a disposición del Equipo Técnico del Proyecto de Prevención de VIH/SIDA para HSH sus conocimientos y experiencias sobre la diversidad sexual.

===== **BIBLIOGRAFÍA** =====

Ardila H, Stanton J, Gauthier L. *Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH*. Bogotá: ONUSIDA; 1999.

BATALLER I PERELLÓ V, FERNÁNDEZ GARCÍA MA, CÁDIZ RÓDENAS X, POVEDA MARTÍNEZ A. *Estudio sobre la conducta sexual entre homosexuales, España 2002*. Ponencia al XVI Congreso Mundial de Sexología; 2003, 10-14 de marzo; La Habana, Cuba.

BERQUÓ E et al. *Comportamiento sexual de la población brasileña y percepciones del VIH/SIDA*. Brasilia: Ministerio de Salud; 2000.

BOND LS. *A portfolio of AIDS/STD behavioral interventions and research*. PAHO; 1992.

DANIEL E SILVA FARIAS J, DE SOUZA JL. *Ocupando espacio. ITS/SIDA: comportamiento sexual y representaciones entre hombres que tienen sexo con hombres, en la ciudad de Maceió-AL*. GGAL; 2002.

FRASCA T et al. *De amores y sombras. Poblaciones y culturas homo y bisexuales en hombres de Santiago*. Corporación Chilena de Prevención de SIDA; 1997.

FREDA R. *Hombres que hacen sexo con hombres. Homosexualidad y prevención de VIH/SIDA*. Buenos Aires: Mesa Editorial S.R.L.; 2001.

LEÓN DÍAZ ME, PERUGA A. *Análisis de la tipología de la población según comportamientos sexuales; aplicación de técnicas de la estadística matemática al caso de Cuba*. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo; 2000.

LEÓN DÍAZ ME, HERNÁNDEZ M, PERUGA A. *Investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública y la Oficina Nacional de Estadística en 1996*. Ciudad de La Habana; 1999.

MUNAKATA T. *AIDS in Japan*. Akashi Shoten Co., Ltd.; 1994.

ROBLEDOS, L. *Homosexualidad y familia: acoso y simetrías* [tesis de Maestría]. La Habana: Facultad de Sociología, Universidad de La Habana; 2000.

