

**FONDO GLOBAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA
CONASIDA
COMPONENTE DE ATENCION INTEGRAL
COMPONENTE DE PREVENCION**

CONSORCIO MUMS-SIDACCION

**ESTUDIO:
“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN EL
USO DEL CONDON MASCULINO EN HOMBRES
HOMOSEXUALES Y OTROS HSH”**

INFORME FINAL

Equipo de Investigación:

**Carla Donoso
Fernando Muñoz
Claudia Honorato
Alicia Veloso
Sergio Aguirre**

Santiago, Abril de 2005

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES GENERALES	3
2.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	3
2.2 SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN CHILENA.....	6
2.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN HSH EN CHILE.....	9
2.4 EL CONDÓN MASCULINO COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN.....	14
2.5 LOS LUBRICANTES.....	22
2.6 INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA REALIZADAS EN LA POBLACIÓN HSH EN CHILE.....	23
III. MARCO TEORICO	27
3.1 SEXUALIDAD.....	28
3.2 GÉNERO.....	31
3.3 MASCULINIDAD HEGEMÓNICA Y HOMOFOBIA.....	34
3.4 IDENTIDADES HOMOSEXUALES EN CHILE.....	37
3.5 IDENTIDADES HOMOSEXUALES Y PREVENCIÓN DEL VIH.....	39
3.6 VIH/SIDA Y PODER MEDICO: EL DISCURSO DE LA PREVENCIÓN.....	41
IV MARCO CONCEPTUAL	46
4.1 CONCEPTOS EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD.....	46
4.2 CONCEPTOS EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.....	47
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	49
VI. OBJETIVOS	54
VII. METODOLOGÍA	55
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	55
7.2 LA MUESTRA.....	55
7.3 ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES DE LOS ÁMBITOS ACADÉMICOS Y DE SALUD.....	58
7.4 GRUPOS FOCALES.....	59
7.5 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.....	60
7.6 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	61
7.7 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	61
7.8 PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	71
7.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL ESTUDIO.....	74
7.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	75

VIII. ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DE ACUERDO A ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	77
IX. PLAN DE GESTIÓN PARTICIPATIVA.....	79
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ETAPA I, II y III.....	81
XI. RESULTADOS.....	84
CARATERIZACION DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES.....	84
I. SEXUALIDAD.....	94
I.1 Percepciones sobre el placer sexual.....	94
I.2 Percepciones sobre practicas sexuales.....	97
I.3 Percepciones sobre sexualidad masculina.....	99
I.4 Percepciones sobre los tipos de encuentro sexual.....	100
II. PERCEPCIONES SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD.....	104
II.1 Significados atribuidos a la orientación sexual.....	104
II.2 Percepciones acerca de los homosexuales.....	105
II.3 Percepciones sobre la homofobia.....	109
II.4 Influencia del género en las percepciones sobre la propia identidad.....	112
III. PRESERVATIVO.....	114
III.1 Significados atribuidos al preservativo.....	114
III.2 Acceso al Preservativo.....	119
III.3 Factores situacionales que inciden en el uso del preservativo.....	120
III.4 Negociación del uso del preservativo.....	124
IV. VIH/SIDA.....	127
IV.1 Percepciones sobre el VIH/SIDA.....	127
IV.2 Percepción de riesgo frente al VIH/SIDA.....	129
IV.3 Estrategias personales de prevención implementadas.....	131
V. LUBRICANTES.....	138
V.1 Tipo de lubricantes utilizados.....	138
V.2 Acceso a los lubricantes a base de agua.....	138
V.3 Percepciones sobre el uso de lubricantes a base de agua.....	139
V.4 Lubricantes y prevención del VIH.....	141
VI. EXPERIENCIA DE VIVIR CON VIH/SIDA.....	142
VI.1 Uso del Preservativo.....	142
VI.2 Relación serodiscordancia y uso del preservativo.....	144
VI.3 Relación TARV y uso del preservativo.....	145

XII DISCUSIÓN DE RESULTADOS	146
I. Sexualidad.....	146
II. Homosexualidad.....	147
III. Preservativo.....	149
IV VIH/SIDA.....	153
V. Lubricante.....	156
VI. Experiencia de vivir con VIH/SIDA y uso de preservativo	157
XIII CONCLUSIONES	159
Propuestas para la promoción del condón masculino	167
XIV INFORME PLAN DE GESTIÓN PARTICIPATIVA	178
XIV BIBLIOGRAFÍA	188
XV ANEXOS	196

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA ha significado para la humanidad un importante frente de batalla. Si bien los esfuerzos para atenuar su impacto y su propagación han sido progresivos en cantidad y en calidad, éstos no han sido suficientes, según lo demuestran las cifras epidemiológicas a nivel mundial.

No obstante, desde la aparición del VIH/SIDA hasta su transformación en pandemia, los aprendizajes han sido constantes. Uno de los principales se refiere a la necesidad de diseñar estrategias específicas según las características propias de las poblaciones más afectadas. El enfrentamiento del VIH/SIDA obliga, entonces, a la generación de una reflexión profunda y pluralista tendiente a diseñar estrategias de acción, considerando las variables psicológicas y socioculturales relacionadas con la adopción de métodos eficaces de prevención, en todos sus niveles.

Asimismo, en el caso de las personas que viven con VIH/SIDA, resulta fundamental considerar que más allá de una característica que comparten - vivir con VIH - es posible encontrar diferencias respecto de la manera en que el VIH/SIDA ha llegado a sus vidas y cómo han logrado continuar con su existencia incorporándolo - o no - como un elemento que, inevitablemente, se vuelve parte de sí mismos. Resulta fundamental comprender cómo enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA la prevención secundaria y terciaria, para de este modo, enriquecer el trabajo que con ellos se realiza en este ámbito.

Considerando que la mayor parte de las personas que viven con VIH/SIDA han adquirido el virus a través de prácticas homobisexuales, es relevante aproximarse a la realidad de los hombres que tienen sexo con hombres - HSH - respecto de la prevención del VIH/SIDA, ya que éstos, independientemente de la identidad sexual que hayan construido en su proceso de socialización, aparecen dentro de los más afectados por la epidemia, y a la vez, más vulnerables frente a la adquisición del VIH/SIDA.

Considerando que uno de los medios más eficaces para la prevención (primaria y secundaria) del VIH/SIDA es el uso correcto y sostenido del condón, emerge el tema de la *aceptabilidad* de su uso.

La Real Academia de la Lengua Española (2003) define “aceptabilidad” como el conjunto de condiciones necesarias para que algo sea “*aceptado*” o “*recibido voluntariamente y/o sin oposición*”. El concepto de aceptabilidad, aplicado entonces al uso correcto y sostenido del preservativo masculino, se refiere a las variables que influyen en que las personas acepten voluntariamente y/o sin oposición el uso de condones.

En el caso de esta investigación, uno de los objetivos fue analizar la *aceptabilidad del uso del condón en hombres homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*, identificando los factores que inhiben o facilitan el uso del

preservativo. Asimismo, se buscó describir y analizar los factores socioculturales que influyen en que Hombres Homosexuales y otros HSH chilenos, incorporen o no el uso del preservativo en sus prácticas sexuales.

Si se tiene en cuenta además las prácticas sexuales propias de hombres que tienen sexo con hombres, especialmente lo que dice relación con el coito anal, cobra relevancia indagar en el uso de lubricantes, ya que se ha comprobado que su utilización junto a preservativos en tipos de prácticas como las mencionadas, contribuye a disminuir significativamente la posibilidad de rotura del condón, aumentando de este modo su eficacia como método de prevención.

La presente propuesta buscaba, entonces, dar cuenta de los factores socioculturales que dificultan y facilitan el uso del condón masculino y de lubricantes en hombres que tienen sexo con hombres. Se intentó realizar una descripción y un análisis exhaustivos, que permita comprender el papel que juegan estos factores y cómo pueden ser abordados para promover el uso del preservativo.

Esta investigación tiene un carácter cualitativo. Para la obtención de la información, se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad con Hombres Homosexuales y otros HSH que viven con VIH/SIDA y seronegativos. Además, en la primera fase del proyecto, se realizaron cuatro entrevistas a informantes claves del mundo académico y de los servicios de salud.

Este estudio incorporó en su ejecución la participación de organizaciones de personas que viven con VIH y organizaciones de homobisexuales. Los organismos consorciados en esta propuesta constituyen referentes en cuanto a la organización de las personas homobisexuales, y desarrollan su quehacer destacando la asociatividad con organismos públicos y privados, lo que implicó una ventaja para el desarrollo del plan participativo.

II. ANTECEDENTES GENERALES

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología del VIH/SIDA

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud, señalan que existirían 42 millones de personas que viven con VIH en el mundo. De esta cifra, 38.6 millones corresponden a adultos (19.4 millones son hombres y 19.2 millones son mujeres) y 3.2 millones a menores de 15 años. Hasta diciembre del 2002, se estimaba que 1.9 millones de adultos y niños vivían con el VIH en América Latina y el Caribe, incluyendo a 210.000 personas que probablemente habrían adquirido el virus en los meses previos (ONU - OMS, 2002).

Un aspecto epidemiológico que ha ido cobrando especial relevancia es que la relación entre hombres y mujeres que adquieren el virus se ha ido estrechando considerablemente (3:1 en América Latina; 2:1 en el Caribe). Investigaciones recientes han encontrado que habrían hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que también mantendrían relaciones sexuales con mujeres, así lo indica el Programa Nacional del Brasil que se refiere a la categoría de bisexual en sus informes (Cáceres, Pecheny & Terto, 2002), también se aprecia en las declaraciones de los trabajadores sexuales masculinos de Santiago que indican que sus clientes son en gran mayoría hombres casados (Muñoz et. al. ,2003), lo que parece estar influyendo en la feminización de la epidemia. Se desprende entonces que las prácticas sexuales serían más variadas de lo que se supone. En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas señala que los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, deberían adaptarse a estos comportamientos bisexuales, supuestamente generalizados, aunque ocultos.

Por otra parte, la mayoría de los países de América Latina muestran una concentración de la epidemia en poblaciones HSH y en algunos casos, en usuarios de drogas inyectables. América Latina contribuye con el mayor número de casos de VIH/SIDA en HSH exceptuando los Estados Unidos (McFarland & Cáceres, en Cáceres, Pecheny & Terto, 2002). Existen evidencias de que las prácticas sexuales de riesgo entre los HSH serían frecuentes en toda la región. Lo anterior se sustenta en estudios que reportan tasas bajas de utilización correcta y sostenida de preservativos, además de un gran número de parejas sexuales y una baja percepción de riesgo (Op. cit).

Epidemiología del VIH/SIDA en Chile

Según el último resumen epidemiológico publicado por CONASIDA (2003), desde el primer caso de SIDA notificado en Chile en 1984, hasta el año 2003, se han notificado 6.060 enfermos de SIDA y 6.514 personas viviendo con VIH/SIDA que permanecen asintomáticas. Respecto del número de personas fallecidas por SIDA, Chile reporta 3.860 casos y un total de fallecidos con VIH de 214.

La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile sería de 43.7 por cada cien mil habitantes. A nivel regional, las mayores tasas de incidencia se encuentran en la región Metropolitana con un 70.5, la región de Tarapacá con 57.0 y la región de Valparaíso con un 56.6; la región de Antofagasta tiene una tasa bajo el promedio nacional con 38.7 casos por cien mil habitantes (CONASIDA, 2003).

Si bien desde el inicio de la epidemia la mayor proporción de afectados ha estado centrada en los hombres (88,7%), en los últimos años ha sido posible observar un crecimiento relativo de casos de VIH/SIDA en mujeres, incluyendo todos los mecanismos de transmisión. En relación a las personas afectadas por VIH, esto se refleja en la proporción entre hombres y mujeres, cuya brecha se ha ido acortando: la proporción hombre - mujer era de 15:1 en 1991, disminuyendo hasta llegar a valores cercanos a cuatro hombres por una mujer en la actualidad (CONASIDA, 2003).

Respecto de las edades de las personas notificadas, los antecedentes epidemiológicos indican que el principal grupo de edad afectado por VIH/SIDA tiene entre 20 y 49 años y concentra el 84,4% de los casos. Respecto de los hombres, el mayor número de casos de SIDA acumulados, se ubica entre los 30 y 49 años. En el caso de las mujeres, el número más alto se sitúa entre los 25 y 29 años (CONASIDA, 2003).

En relación al estrato socioeconómico, el VIH/SIDA se concentra en los estratos sociales medio y medio bajo. Así entonces, el nivel de escolaridad de los hombres de 15 a 49 años notificados por VIH/SIDA entre los años 1999 y 2001 se concentra en enseñanza media con alrededor de un 60% de los casos. Asimismo, en relación a la ocupación de este mismo grupo, destaca que alrededor de un 55,9% de los casos se concentra en la categoría "operario", seguido por la categoría "oficinista", con alrededor de un 21,3% (CONASIDA, 2003). Sin embargo, se observa un deterioro del nivel de escolaridad tanto en hombres como en mujeres con VIH/SIDA (CONASIDA, 2003).

Con respecto a las vías de transmisión, la vía sexual se ha mantenido como la principal categoría, alcanzando el 94,1% de los casos (op.cit.). Se observa además un aumento de la transmisión heterosexual, según la cual los casos de hombres estarían duplicando a los de mujeres, situación que llama la atención, debido a que la transmisión hombre - mujer sería más eficiente que la transmisión

mujer - hombre. Estas cifras podrían sugerir la hipótesis que las mujeres adquirirían el virus por medio de hombres homobisexuales. De esta forma, cobran relevancia los datos que señalan que la categoría de exposición homobisexual declarada alcanza al 69% de los casos (CONASIDA, 2003).

En cuanto a la transmisión sanguínea, se observa una tendencia a la disminución, siendo el uso de drogas inyectables la principal fuente de transmisión de este tipo. Cabe recordar que la detección de anticuerpos para el VIH en los bancos de sangre se implementó en Chile a partir de 1987, frenando la exposición por transfusiones de sangre y otros productos hemoderivados.

En lo referente a la transmisión vertical, ésta correspondía en el 2003 al 1.6% del total de casos, lo que estaría demostrando una alta eficacia del protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH ACTG 076, usado en Chile desde 1996.

Finalmente, considerando los datos expuestos, CONASIDA caracteriza la epidemia del VIH/SIDA en Chile como de localización urbana y rural, con predominio en hombres homobisexuales, pero con una tendencia a la feminización, a la heterosexualización y a la pauperización y un diagnóstico mayoritario en edad adulta (entre 20 y 49 años).

Considerando que la principal fuente de exposición al virus es la vía sexual, se hace necesario realizar una reflexión respecto de qué variables podrían estar influyendo en aspectos relacionados con la prevención, en todos sus niveles. Esto supone analizar las características propias de la sociedad chilena en relación con la sexualidad y los comportamientos sexuales de los chilenos.

2.2. SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN CHILENA

Las investigaciones y reflexiones desarrolladas en la última década constatan que la sexualidad de los chilenos/as se encuentra en transformación. Es decir, se denota un tránsito desde el conservadurismo hacia la liberalización de las prácticas sexuales lo cual es sin duda más visible en las nuevas generaciones. Los cambios fundamentales están relacionados con la baja de la edad de iniciación de las mujeres, la diversificación de las prácticas sexuales, así como la ampliación en el número de parejas sexuales tanto de hombres como mujeres (CONASIDA,2000; Kleincsek,1996).

Este proceso ha ido de la mano con transformaciones en las relaciones de género en el ámbito de la sexualidad, las que ahora tienden a la igualdad, en lo que se ha denominado un proceso de *sentimentalización de la sexualidad masculina* y una *erotización de la sexualidad femenina* (Sharim et al. 1996). Sin embargo, esta liberalización no ha estado ajena de conflictos, puesto que aún persiste un fuerte conservadurismo en algunos sectores de la sociedad chilena; dichos grupos, que cuentan con poder político y económico, luchan por la permanencia de valores tradicionales, tales como la contención sexual, el retraso de la iniciación sexual, la condena a toda forma de aborto, entre otros. Este grupo ha logrado imponer su visión al resto de la sociedad chilena, por ejemplo, a través del veto a cualquier iniciativa política que promueva el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Vidal, 02; Rajevic, 2002).

El poder fáctico de estos grupos, vinculado a una matriz cultural católica, ha contribuido a generar el *doble estándar* en el comportamiento sexual de los chilenos/as. Es decir, existe una fuerte disociación y por lo tanto, contradicción entre discursos y prácticas. En estas últimas serían más liberales que los discursos o lo que se plantea públicamente como aceptado y valorado socialmente (Vidal, 2002; Rajevic, 2002).

Desde esta perspectiva, es posible establecer que los discursos emanados desde los poderes fácticos no permiten la visibilización de otras formas de sexualidad que difieran de la orientación heterosexual hegemónica. En consecuencia, otras sexualidades quedan relegadas a la marginación y el silenciamiento. Así entonces, se refuerza la contradicción entre el discurso sexual legitimado y las prácticas que ocultan expresiones sexuales y afectivas que difieren de lo socialmente aceptado. Esta situación puede ser percibida especialmente en los homobisexuales, población aún expuesta a fenómenos de homofobia y segregación social.

Por otra parte, fenómenos como la globalización y el intercambio cultural que ella supone, así como el desarrollo a nivel global y local de organizaciones de la

sociedad civil que promueven la libertad sexual como derecho humano, hacen prever que el proceso de cambio hacia la liberalización en la sexualidad de los chilenos/as continuará desarrollándose, independiente de la influencia y oposición de los grupos de poder conservadores (Donoso, 2001).

Sin duda, este contexto lleva a que la problemática de la prevención del VIH/SIDA adquiera particulares dificultades al momento de generar estrategias de autocuidado dirigido hacia grupos socialmente marginados. Lo anterior estaría afectando particularmente a los hombres que tienen sexo con hombres, grupo objetivo de esta investigación.

A continuación se describen algunos antecedentes arrojados por la investigación en sexualidad en nuestro país, que permiten comprender el contexto social y cultural en el que se desarrolló este estudio.

La actividad sexual de los chilenos/as

Los resultados de la encuesta “Comportamiento Sexual en el Cono Sur” (COSECON) desarrollada en Chile por CONASIDA (2000), señalan que durante los últimos cincuenta años, en nuestro país se ha adelantado el inicio de la actividad sexual, especialmente en las mujeres y en estratos socioeconómicos altos, persistiendo una iniciación temprana en hombres y mujeres de sectores populares.

A nivel general, esta encuesta indica que un 94% de la población mayor de 18 años ya ha tenido experiencia sexual. La edad mediana de iniciación sexual para el total de las mujeres es de 19.5 años y para los hombres es de 17.1. Destaca el hecho que en el intervalo de edad 18 -19 años, la edad mediana de las mujeres es 18 años y de los hombres corresponde a 16.7 años (Goldstein, 2002). El estudio COSECON (2000) indica que el 58,5% de los chilenos posee un repertorio sexual amplio, en el cual se incluye además del sexo vaginal el sexo oral y anal. Al revisar las cifras separadas sobre las practicas tenemos que el 20,3% de las mujeres y el 24,8 de los hombres declara practicar el sexo anal.

Asimismo, el estudio “Salud Joven y Sexualidad Juvenil” realizado por el Instituto Nacional de la Juventud (2002), que incluyó a hombres y mujeres jóvenes, pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos y residentes en todas las regiones del país, tanto en zonas rurales como urbanas, encontró que el 62.6% señaló haber tenido su primera relación sexual entre los 15 y los 18 años. El 19.7% señaló haber tenido su primera relación sexual entre los 19 y los 24 años, mientras que el 13.7% señaló haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Finalmente sólo el 3.9% declaró haber tenido su primera relación sexual después de los 24 años.

Otro indicador relevante del comportamiento sexual, es el número de parejas sexuales que las personas declaran haber tenido en la vida. De acuerdo a la

encuesta COSECON (CONASIDA, 2000), un 51,2% de las mujeres declara haber tenido sólo una pareja sexual, aunque este porcentaje decrece considerablemente entre las mujeres más jóvenes. Un 36,2% de las mujeres declara haber tenido entre 2 y 4 parejas sexuales. En el caso de los hombres, un 45,9% declara haber tenido entre 2 y 4 parejas sexuales y un 49,8% señala haber tenido 5 o más parejas. Estos datos reflejan la persistencia de diferencias de género en el comportamiento sexual de los chilenos.

En relación a las prácticas sexuales, el mismo estudio constata la ampliación en el repertorio de prácticas sexuales con una mayor incorporación del sexo oral y anal. Del total de encuestados/as sexualmente activos en los últimos doce meses, un 40,6% de las mujeres y un 35% de los hombres señala practicar sexo vaginal exclusivo. Un 36,8% de los encuestados/as combina sexo vaginal y oral, siendo muy similares los porcentajes para ambos sexos y un 21,7% incluye el sexo anal en sus prácticas. Estos datos podrían sugerir que las conductas sexuales de los chilenos experimentarían una ampliación en términos del repertorio sexual. Sin embargo, esta diferencia no se constataría en los discursos sociales de la sexualidad. En consecuencia, se reforzaría la existencia de un *doble estándar* que distancia la práctica del discurso.

Homosexualidad y prácticas homobisexuales

No existen datos confiables con respecto al porcentaje de la población chilena que se considera homosexual o que declara realizar prácticas homobisexuales. Los bajos porcentajes obtenidos en las investigaciones que indagan en esta materia llevan a colegir que existe una subdeclaración de homosexualidad en la población chilena.

Así lo demuestra el estudio COSECON publicado por CONASIDA en el año 2000, el cual señala que un 0.4 % de los hombres y un 0.2% de las mujeres reportan identidad homobisexual.

Un porcentaje considerablemente más alto se encontró en el estudio realizado por Magdalena Kleincsek (1996). En base a un cuestionario, se intentó construir un perfil de las prácticas sexuales de la población general. Este estudio arrojó que el 6% de los hombres de nivel socioeconómico alto declaró haber tenido conductas homobisexuales.

En este sentido, cobra relevancia el estudio de Tolerancia y no Discriminación realizado por Fundación IDEAS en 1997, según el cual existiría una relación entre el grado de condena social a la homosexualidad y la disposición de las personas homobisexuales a expresar su orientación sexual. Considerando que en nuestro país, la homosexualidad es un fenómeno censurado y no aceptado socialmente, se logra comprender esta subdeclaración.

En el caso de la bisexualidad, el panorama tampoco parece más claro. Estudios cualitativos que indagan en los discursos de la sexualidad, plantean que en Chile no existiría la bisexualidad como un hecho conductual y discursivo distinguible por parte de los sujetos, lo cual se encuentra fuertemente enmarcado por el contexto sociocultural chileno respecto de la sexualidad (MERCOP, 1994). El estudio realizado por MERCOP en 1994 encontró que la bisexualidad se constituye no sólo como un problema de tolerancia social, sino como un problema personal que los propios sujetos no logran comprender y que, quienes tienen prácticas bisexuales, preferirían incluso optar por una identidad homosexual. El hecho que la bisexualidad no emerja como un discurso sexual válido tiene consecuencias en la manera en que los sujetos vivencian sus experiencias bisexuales y sin duda también, tiene un efecto en la prevención del VIH/SIDA.

A continuación se presenta una revisión de diversos estudios que se han realizado en Chile acerca de los hombres que tienen sexo con hombres, enfatizando los aspectos socioculturales que es preciso considerar para comprender sus prácticas sexuales.

2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN HSH EN CHILE

A pesar de los esfuerzos que se han realizado, la literatura relativa a las características de los HSH en Chile aún sigue siendo insuficiente para conocer a esta población. Con todo, se encontraron algunos antecedentes los cuales nos parecen relevantes mencionar; entre ellos destaca el trabajo realizado por Maritza Bartolotto, "Aspectos Subculturales y Psicosociales de la Homosexualidad Masculina" desarrollado en 1996. En él se abordó el tema de la homosexualidad masculina en Santiago, a partir de entrevistas realizadas a homobisexuales entre 20 y 45 años, de estrato socioeconómico medio. Entre otros aspectos, la autora señala que:

- En la mayoría de los casos se denota la existencia de una actitud positiva y una valoración favorable respecto de la propia homosexualidad. En este sentido, la investigación no encontró rasgos depresivos ni niveles bajos de autoestima de los sujetos vinculados hacia su vivencia como individuos homobisexuales.
- En cuanto a su entorno social inmediato, se encontraron permanentes referencias hacia la "gente buena", es decir, a personas que aceptan y respetan al homosexual. Este punto resulta fundamental en el proceso de aceptación de la condición por parte del mismo sujeto. Se trataría principalmente de miembros de la familia y/o amigos heterosexuales.
- Se evidenció que existiría un grupo de homobisexuales que vive su orientación de una forma política. Este grupo estaría generalmente vinculado a organizaciones que trabajan en el tema del VIH/SIDA y a

organizaciones dedicadas a la promoción de los derechos de los sujetos homobisexuales.

- La homosexualidad fue definida por los sujetos desde tres perspectivas. La primera de ellas tiene elementos espirituales, psicológicos y comportamentales. La segunda se refiere a la homosexualidad como identidad sexual en cuanto forma de practicar sexo entre hombres. Esta perspectiva se caracteriza por la ausencia de aspectos afectivos. La tercera perspectiva alude a la homosexualidad como condición humana particular que surge en el desarrollo de la construcción de su identidad.
- Se destaca la existencia de diversas formas de ser o vivir la homosexualidad, donde el eje central lo constituiría la identificación con la figura femenina. Este se expresa en un continuo que se extiende desde el polo de feminización total (como el travesti y el transexual) al polo masculino en el cual se ubica el homosexual varonil. Desde esta manera, la bisexualidad estaría ubicada entre ambos polos.
- Los sujetos señalan que el modo de vivir la homosexualidad puede ser “normal”, entendida como la mantención de una relación de pareja estable; o bien, formando parte de la bohemia homosexual, lo que implicaría una multiplicidad de parejas sexuales, además de consumo de alcohol y drogas.
- Se constatan diferencias respecto del proceso de aceptación de la homosexualidad. Algunos consideran que este suele darse mediante la incorporación al mundo social de la homosexualidad, es decir, a partir de la participación en espacios como discoteques, bares y saunas. Para otros, este proceso se genera mediante la incorporación de una “militancia homosexual” en organizaciones vinculadas al tema. En este panorama resulta entonces llamativa la ausencia de sujetos homobisexuales que no participan de ninguna de estas dos instancias. En este sentido, es relevante cuestionarse acerca del proceso de aceptación que experimentarían estos últimos.
- La vida en pareja en el mundo homosexual sería tan importante como en el mundo heterosexual. Sin embargo, a estas dinámicas se sumarían conflictos derivados de su condición, como la clandestinidad y las tensiones que provocan las relaciones que no pueden trascender del ámbito privado.
- Respecto de las expectativas que poseen los sujetos investigados en cuanto a la vida en pareja, estas serían similares a las presentadas en individuos heterosexuales. Estas expectativas serían la complementariedad, la comprensión, la compañía, la sexualidad y el placer.
- Los hombres homobisexuales entablan vínculos amorosos con personas que conocen en diversos lugares. Sin embargo, el lugar donde se conocen estaría vinculado con el tipo de relación que se entabla. En este sentido, las relaciones de parejas continuas en el tiempo se han conocido en ambientes heterosexuales como el trabajo, la universidad, lugares públicos o en organizaciones vinculadas al tema homosexual o al SIDA. En cambio, las relaciones pasajeras o “pinchazos” se establecen de encuentros en saunas, parques, baños públicos, discos o bares.

Al igual que otros autores (Becerra, en Vidal et. al., 2000; MUMS, 2003), Bartolotto señala que el grado de clandestinidad u ocultamiento a través del cual se desarrollan las prácticas homoeróticas puede ser muy diverso, dependiendo de variables como la aceptación de la orientación sexual, los niveles de socialización con el mundo homosexual, la edad y el nivel socioeconómico. Estos aspectos se encuentran directamente relacionados con el acceso a espacios y la internalización de códigos y símbolos propios de la comunidad gay (MUMS, 2003).

En este sentido, la aparición del VIH/SIDA habría tenido un efecto en la forma de relacionamiento de los homosexuales. Por ejemplo, un estudio realizado en Chile por Alejandra Ojeda (2001, p. 27), señala que la comunidad gay de la década de los noventa se encuentra fuertemente marcada por la aparición del SIDA. Así, uno de los principales efectos de la pandemia, es el cambio en los patrones de interacción sexual, los que se habrían vuelto más “estables”. Asimismo, señala que la aparición del SIDA, si bien significó uno de los golpes más duros a los homosexuales en términos de estigmatización, riesgo de muerte y libertad de prácticas, promovió la constitución de la organización gay en Chile.

No obstante lo anterior, la progresiva formación de parejas “estables” no significa que este grupo no sea vulnerable al VIH/SIDA. Los informes de CONASIDA señalan que en la caracterización de la epidemia en Chile, la vía sexual constituye la mayor fuente de exposición al VIH/SIDA y la población más afectada es la de los hombres homobisexuales. Lo anterior supone que la estabilidad no es sinónimo de prevención.

Por otra parte, el Informe Final sobre los efectos de la campaña de prevención del SIDA en Chile realizado por MERCOP en 1994, encontró que el riesgo de adquisición de VIH/SIDA se encuentra instalado en la conciencia y en la experiencia de la población homosexual. En este sentido, se señala que la población homosexual cuenta con mayor nivel de información y de actualización acerca del VIH/SIDA en comparación a la población heterosexual. Otro estudio realizado por la Consultora NOUS en la población de personas viviendo con VIH (Sgombich et al., 2003), estableció que un 45,8% de los hombres homosexuales se consideraba en riesgo de adquirir el VIH/SIDA antes de la notificación. Este porcentaje es considerablemente más alto que los resultados encontrados en otros grupos, en ésta¹ y otras investigaciones, como el estudio COSECON.

Llama la atención que los datos recién expuestos señalan que dicha población sería la más informada acerca de las medidas preventivas del VIH/SIDA; no obstante, esta misma población se considera más vulnerable de adquirir el virus que otras poblaciones consultadas. En consecuencia, es posible establecer que el manejo de información actualizada respecto del VIH/SIDA no significa la certeza

¹ Este dato aparece desagregado por sexo en el estudio NOUS. El porcentaje de percepción de riesgo en el caso de las mujeres es considerablemente más bajo, llegando al 13,8% en las mujeres. (Sgombich et. al. 2003: 39)

de mayor seguridad o menor vulnerabilidad. Pareciera ser que la información recibida no influye en la gestión del riesgo que la población homosexual lleva a cabo. En este sentido, el estudio MERCOP (1994) señala que la población homosexual tiene una gran demanda y practica frecuentemente el Test de ELISA, lo que estaría evidenciando a nuestro juicio el temor a haber adquirido el VIH debido a una práctica de riesgo.

Sexualidad en HSH que viven con VIH/SIDA

Como ha sido posible evidenciar, los sujetos HSH se exponen a diversos conflictos relacionados con el ejercicio de su sexualidad, la vulneración de sus derechos fundamentales y la adquisición del VIH/SIDA entre otros. De esta forma, es posible suponer que son mayores los conflictos a los cuales se exponen los HSH que han sido notificados de VIH (PVVIH).

Por ejemplo, una investigación cualitativa realizada entre PVVIH (Vidal et. al, 2002) indica que la notificación de VIH/SIDA tiene un impacto negativo en la vida sexual de las personas, implicando generalmente un proceso de depresión e interrupción de la actividad sexual por un período cuya extensión varía de acuerdo a las experiencias personales de los sujetos. Transcurrido el proceso de depresión e interrupción de la actividad sexual, las personas paulatinamente comenzarían a replantear su vida.

En el caso de las personas que se encontraban en una relación de pareja “estable” al momento de la notificación, ésta implicó un cuestionamiento de ella y el inicio de una etapa de duda y desconfianza. En el estudio citado, se mencionan además otro tipo de reacciones que se relacionan con dificultades para aceptar la notificación y con el deseo de tener relaciones sexuales sin protección, como una forma de negar la existencia del VIH/SIDA o de “vengarse” por haber sido “infectado” por otra persona.

Otro estudio - también cualitativo - desarrollado por Aguirre & Valenzuela (2002) sobre adolescentes y jóvenes viviendo con VIH/SIDA, encontró que la notificación positiva gatilla en los sujetos un proceso personal que implica un “renacimiento” en el mundo, ahora incorporando un nuevo aspecto (el virus) como parte del sí mismo. Lo anterior supondría además un proceso de duelo por la vida que se llevaba hasta antes de adquirir el virus, así como también un proceso de aprendizaje acerca de temáticas relacionadas con el VIH/SIDA. En este sentido, sería esperable que ante la notificación de VIH/SIDA, las personas vivencien sentimientos propios del proceso de duelo (negación, depresión, rabia, ansiedad, dolor, *anhedonia*², ensimismamiento, desesperanza y culpa, entre otros), los que podrían dificultar la adopción de medidas de prevención. Lo anterior permitiría establecer que en la medida que las personas van sumando nuevos aprendizajes respecto de las implicancias de vivir con VIH/SIDA y van elaborando su nueva

² Anhedonia: pérdida de la capacidad de disfrutar y sentir placer.

situación vital, incorporarían con mayor frecuencia medidas de prevención. No obstante, otros datos contradicen este último supuesto, es decir, se señala la existencia de sujetos HSH notificados de VIH que se niegan a incorporar medidas de prevención para evitar la transmisión del virus así como evitar la reinfección.

Por otra parte, los mismos autores (Aguirre & Valenzuela, 2002) encontraron que la notificación de VIH/SIDA provoca una profunda alteración en las relaciones interpersonales, ya que el virus pasaría a formar parte de cada relación, incluso cuando no se conversa explícitamente acerca de él. En cuanto a las relaciones de pareja, encontraron una disminución de la actividad sexual después de la notificación, relacionada fundamentalmente con el temor de transmitir el virus a la pareja, aún cuando se utilice correcta y sostenidamente el condón. Este temor fue mayor en las personas viviendo con el virus que en sus parejas, y podría estar relacionado con el proceso personal señalado anteriormente, más que con la confianza en la efectividad del uso del condón como mecanismo de prevención.

Como se ha señalado, la notificación por VIH constituye un evento crítico. En este sentido, la vida sexual de la pareja no se encuentra ajena a las dificultades que implica la reorganización de la vida post - diagnóstico. Si además se tiene en cuenta que la mayor vía de adquisición y transmisión del VIH es la sexual, se desprende entonces que sería precisamente la esfera de la sexualidad una de las más afectadas por la nueva condición serológica. En este contexto, la prevención secundaria se vuelve aún más compleja, ya que requiere la consideración de una serie de variables difíciles de pesquisar y analizar.

El estudio de Aguirre y Valenzuela (2002) identifica un proceso de aprendizaje de vivir con VIH caracterizado por diferentes etapas, que luego de la notificación demanda la readecuación de la vida del sujeto afectado. Este proceso se desarrollaría de manera particular en cada persona. Así entonces, en una primera etapa, las PVVIH se encontrarían más vulnerables a la exposición y/o transmisión del VIH/SIDA que en etapas avanzadas del proceso de aprender a vivir con VIH. Lo anterior estaría explicado por la dificultad de incorporar, por ejemplo, medidas eficaces de prevención al enfrentar el mecanismo de negación del virus o la necesidad de “vengarse” de los “culpables” de dicha transmisión. En tanto, cuando el proceso ha logrado elaborar e “integrar” adaptativamente el virus a la vida del sujeto afectado, sería posible identificar en él nuevas estrategias de autocuidado.

En este mismo sentido, el estudio realizado por NOUS en personas viviendo con VIH (Sgombich, 2003), un 30,5% declaró no haber tenido actividad sexual en el último año. Sin embargo, en el grupo homosexual, este porcentaje llega sólo al 24,9%. Este estudio además consigna que son los hombres homosexuales los que mayoritariamente indican tener relaciones sexuales con varias personas (35,7%) y un 64,3% declara tener sólo una pareja. En consecuencia, es posible evidenciar que los HSH notificados de VIH mayoritariamente continúan con su vida sexual antes del año de haber sido notificados. Surge el cuestionamiento de si en estas prácticas sexuales se incorporan medidas preventivas primarias y secundarias.

El estudio de NOUS señala además que desde la perspectiva de las PVVIH sexualmente activas, los tratamientos antiretrovirales han tenido como efecto una disminución de la actividad sexual. Al respecto, un 50,2% de los hombres señala que su actividad sexual ha disminuido en relación a su situación anterior al tratamiento. Lo mismo ocurre entre quienes declaran tener multipareja, quienes señalan una disminución de parejas sexuales en un 45%. A nuestro juicio, este tema debe ser explorado con mayor profundidad en la investigación cualitativa, ya que sería necesario establecer si esta disminución en la actividad sexual se debe a efectos químicos de los TARV, a aspectos psicológicos o a otros efectos secundarios de los TARV, especialmente al inicio de ciertos esquemas de tratamiento. Es necesario, sin embargo, destacar que los HSH notificados por VIH experimentarían una disminución de su actividad sexual pero no así un congelamiento de la conducta, como lo evidenciado en los sujetos notificados por VIH en general.

A continuación se describen aspectos relacionados con el condón masculino como elemento de prevención del VIH/SIDA. También se señalan estudios relacionados con el uso de éste en la población chilena, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres. El tema de los lubricantes es presentado considerando su relevancia para aumentar la efectividad del preservativo en las prácticas sexuales más frecuentes entre HSH, como lo es el sexo penetrativo anal.

2.4. EL CONDÓN MASCULINO COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN

Antecedentes Históricos

El *condón o preservativo masculino* es un tubo delgado y flexible usado para la prevención de embarazos e infecciones. Diversos estudios arqueológicos han permitido establecer que la utilización de elementos similares al condón data del año 1.000 antes de Cristo. Los egipcios utilizaban una funda de lino para protegerse de enfermedades de transmisión sexual, mientras que los chinos utilizaban papel de seda humedecido en aceite. No obstante lo anterior, los condones más antiguos datan del año 1640 y fueron excavados cerca de Birmingham, Inglaterra, los cuales estaban fabricados de intestinos de peces y mamíferos (Chaya & Amen, 2002).

No existe claridad respecto del origen de la palabra “condón”. Algunos historiadores sostienen que el nombre procede del Dr. Condom, que se encargaba de la provisión de preservativos hechos con tejidos musculares de animales al rey Carlos II de Inglaterra para que de este modo, el rey evitara tener hijos ilegítimos y contraer enfermedades con prostitutas. Sin embargo, lo más probable es que la palabra proceda del latín *condón*, que significa “recipiente” (Ruiz, 1997).

Durante la revolución sexual de los años 60, el empleo del condón masculino pasó a un segundo lugar (UNILATEX, 2004). Las enfermedades venéreas como gonorrea o sífilis fueron fácilmente tratadas a través de nuevos antibióticos. Además, comenzaron a comercializarse las primeras píldoras anticonceptivas, las que fueron vistas como un mejor método de anticoncepción que el preservativo.

La aparición del VIH/SIDA en la década de los ochenta obligó a la sociedad mundial a volver su mirada sobre los preservativos como un método eficaz de prevención, junto a la abstinencia sexual y a la mantención de una sola pareja sexual durante la vida.

Lo anterior significó además un crecimiento progresivo del mercado de los condones, creándose incluso un condón para ser usado por mujeres, el cual aún no alcanza niveles de masividad. Actualmente existen en el mercado una gran variedad de condones masculinos, tales como: anatómicos, de colores, de broma (musicales, con forma de animales, que no protegen de la adquisición de VIH y ETS), con espermicida, extra fino, extra fuerte, extra grande, extra pequeño, hipoalergénico, normal, de sabores y texturado, entre otros.

Para las personas que sean alérgicas al látex, existen los llamados condones hipoalergénicos, fabricados de poliuretano. Actualmente, se encuentra en estudio la fabricación de condones de plástico con la misma fuerza y elasticidad que los de látex (CONDONLAND, 2004).

La conversión del condón en un elemento de consumo ha permitido que su calidad y variedad hayan ido en aumento. No obstante, continúa presente una fuerte oposición a la promoción de su uso, relacionada fundamentalmente con aspectos socioculturales.

Efectividad del uso del Condón Masculino

El uso correcto y sistemático del condón masculino es una de las estrategias más recomendadas para la prevención del VIH/SIDA. Se estima que anualmente deberían usarse unos 24.000 millones de condones, pero el uso real es mucho más bajo, pues según las estimaciones es de sólo 6.000 a 9.000 millones por año. Estudios han demostrado que el uso constante de este artículo constituye una barrera mecánica altamente efectiva para evitar la transmisión de este virus (Gardner, Blackburn & Upadhyay, 2004).

A nivel internacional, dentro de los estudios realizados sobre la efectividad del preservativo en los últimos años, destaca el desarrollado por Isabelle de Vicenzi entre 1987 y 1991. Se trata de un estudio prospectivo con sujetos que no viven con VIH y cuyo único riesgo de adquisición era su relación estable heterosexual con una persona viviendo con VIH. En 10 países se encontró que de una muestra de 378 parejas, entre las cuales 124 usaron condones masculinos

consistentemente en sus relaciones sexuales, ninguno de ellos adquirió el virus (calculando un total de 15.000 relaciones sexuales).

En la mayoría de los estudios se ha encontrado que los condones se rompen menos del 2% durante el coito vaginal o el retiro de la vagina. El coito anal pone habitualmente mayor tensión en el condón, pese a lo cual en tres o cuatro estudios se encontró que las tasas de rotura eran en este caso del 2,1% o menos. Otros estudios han encontrado que los usuarios inexpertos rompen los condones más a menudo que los usuarios con más experiencia (Gardner, Blackburn & Upadhyay, 2004).

Los estudios han informado además que los condones se salen del pene completamente en aproximadamente 1% a 5% de los actos de coito vaginal y se resbalan sin caerse en 3% a 13% de los casos. Las tasas de resbalamiento durante el coito anal se extienden desde un porcentaje cercano al 2% hasta el 21% (Corby, N. & Wolitski, R., 1996).

Estos datos y otros estudios sugieren que, si las personas han de protegerse a sí mismas y a sus compañeros sexuales, es fundamental que se eleve el grado de conocimiento acerca del tema. En la mayoría de los países (exceptuando el caso del continente africano), casi todos han oído hablar del VIH/SIDA y de los condones, pero no todos saben que estos últimos pueden prevenir la adquisición y transmisión del virus.

Uso del Condón Masculino en Chile

La aparición del VIH/SIDA ha planteado la necesidad de promocionar el uso de condones entre la población para evitar la propagación del virus. Sin embargo, iniciativas de este tipo se han visto envueltas en una gran controversia, debido a obstáculos sociales e individuales. Dentro de los obstáculos presentados en la región latinoamericana, destacan los señalados por Chaya & Amen (2002):

- El escaso conocimiento acerca del VIH, los modos de transmisión y adquisición del virus.
- La percepción de un bajo riesgo de adquisición de VIH (sensación de invulnerabilidad).
- Creencias, mitos y prejuicios relacionados con el uso del preservativo.
- Dificultad para negociar el uso del condón.
- Información errónea sobre el preservativo.
- Uso del alcohol y drogas.
- Los prejuicios y creencias existentes entre los sectores más conservadores de la sociedad, los que impiden el acceso de los jóvenes a los preservativos y a la información necesaria para usarlos correctamente.
- La accesibilidad (precio) y disponibilidad (número y variedad de puntos de venta) de los condones.

Los mismos autores señalan la existencia de barreras políticas para la promoción del uso del preservativo, tales como:

- Existencia de medidas y leyes restrictivas relativas a la distribución y a la comunicación pública sobre los preservativos.
- Prohibición de informar a los jóvenes y en las escuelas sobre el uso del preservativo.
- Prohibición de la distribución gratuita del condón.
- Impuestos y aranceles sobre los preservativos importados o sobre las materias primas necesarias para producirlos.
- Políticas que imponen la compra de preservativos locales de mayor costo que los condones disponibles en otros países.

En relación a las barreras experimentadas por la población homosexual, un estudio efectuado por Díaz (1996) con hombres latinos de conductas homobisexuales, identifica las siguientes barreras socioculturales para la realización de sexo más seguro (incluyendo la utilización del preservativo):

- Machismo: lleva implícita la idea que el sexo es definido por la penetración y que corresponde a una instancia favorable para confirmar la masculinidad (evitando perder la erección). Además, permite justificar socialmente el sexo desprotegido a raíz del alto grado de excitación sexual del sujeto.
- Homofobia: Como consecuencia de un sentimiento de vergüenza por el deseo sexual hacia el mismo sexo, el sujeto antepone el temor al rechazo por sobre el cuidado de la salud. Se suma la dificultad de reconocer su sexualidad lo que genera la negación de su vulnerabilidad ante el VIH. Finalmente, la ansiedad producida por encuentros sexuales con personas de su mismo sexo conduce al uso desmedido de alcohol y/o drogas como preparación para la actividad sexual.
- Cohesión Familiar (familias homofóbicas): Los sujetos evidenciarían escasas redes sociales con bajos niveles de identificación y apoyo de la comunidad homosexual. En este contexto, el grupo referencial corresponde a la familia y no la comunidad homosexual lo cual dificulta la incorporación de cambios normativos respecto del comportamiento sexual provenientes de esta última. Además, se produce una separación forzada de la sexualidad y la vida social/afectiva lo que promueve encuentros ocultos en lugares públicos.
- Silencio Sexual: Se denotan problemas para hablar de sexualidad lo que dificulta la negociación para la incorporación de conductas sexuales protegidas. El silencio sexual permite un aumento de la disconformidad sexual de los sujetos. Finalmente, se produce una disociación psicológica entre pensamientos y sentimientos sexuales lo que entorpece la auto-observación en el dominio de lo sexual.
- Pobreza: Debido a la pobreza, el sentido de control personal sobre la propia vida se empobrece lo que fomenta concepciones fatalistas acerca de la salud y el bienestar. En un escenario caracterizado por el desempleo, el abuso de drogas y la violencia, la infección por VIH adquiere menor

relevancia. Además, la existencia de situaciones de dependencia económica con la familia o con hombres mayores (por ejemplo, en casos de comercio sexual), el poder personal de autodeterminación y regulación se debilitan.

- Racismo: La vergüenza personal por ser latino genera la negación de la autoestima y la identidad individual. Se suma a lo anterior, la falta de participación en actividades homosexuales, la existencia de valores racistas y clasistas relacionados con la apariencia personal, poder económico y logros educacionales en la comunidad homosexual blanca de clase media, la carencia de sentimientos de pertenencia y la estigmatización de los homosexuales de color. Se denotan además los estereotipos racistas acerca de los hombres latinos como “morenos apasionados y exóticos” los que crean la presión en los homosexuales no latinos de practicar sexo riesgoso.

A la luz de estos antecedentes, es posible identificar varios factores de orden sociocultural que dificultan la incorporación y utilización de preservativos en la población de HSH de Latinoamérica.

Uso del condón masculino en la población chilena

Con respecto a uso real del preservativo en Chile, el estudio realizado por Kleincsek (1996) encontró respecto al uso del condón masculino:

- El 85% de los encuestados señaló no haber usado condón en sus relaciones sexuales penetrativas mantenidas en el último mes.
- El 14% señaló haber usado condón en sus relaciones sexuales penetrativas mantenidas en el último mes.
- Entre las razones señaladas para no usar condón, el 47% declaró que lo consideraba innecesario; el 10% señaló que no le gustaba; el 5% lo consideró molesto; el 4% refirió que disminuiría el placer sexual; el 3% señaló que se usa con mujeres “fáciles” y el 2% señaló que le daba vergüenza usarlo.
- El condón como estrategia de prevención sólo existiría en el discurso de los entrevistados, ya que sólo 6 de los 52 sujetos señalaron usarlo como una estrategia de prevención y sólo 14 demostraron conocer los pasos que implica el uso correcto del preservativo.

Por otra parte, el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual desarrollado en Chile por CONASIDA, COSECON (2000), encontró respecto del uso de preservativos:

- El uso del condón, tanto en hombres como en mujeres, se va haciendo más sostenido a lo largo del tiempo.
- Más de la mitad de los encuestados declaró haber usado condón alguna vez. Esta declaración fue más frecuente entre las personas que tenían más de una pareja sexual.

- Entre las opiniones negativas acerca del condón, se encontraron: quita el romanticismo al sexo, provoca desconfianza en la pareja, disminuye el placer a la mujer, disminuye el placer al hombre, son muy caros para su uso regular. Este tipo de opiniones fue más frecuente en personas que no han usado condón.
- Entre las opiniones positivas acerca del condón, se encontraron: ponerlo es erótico y permite aumentar el placer. Este tipo de opiniones fue más frecuente en personas que han usado condón alguna vez.
- En cuanto a la motivación para usar preservativos, el 85.7% de las mujeres y el 58% de los hombres señalaron que lo usaron para evitar un embarazo, mientras que el 17% de los hombres y el 2.6% de las mujeres señalaron usarlo para evitar adquirir el VIH o alguna otra enfermedad de transmisión sexual.

Uso del Condón Masculino en la Población HSH

Un estudio realizado por Humberto Abarca sobre hombres homosexuales (1995) encontró que, si bien el uso correcto de condones apareció como la alternativa más recurrente entre hombres homosexuales chilenos (a nivel de discurso), éste enfrentaría barreras valóricas (ya que aparece relacionado con “desconfianza” y “artificialidad”); y técnicas (relacionada con los mensajes - fundamentalmente católicos - que cuestionan la eficacia del condón como método de prevención). El mismo autor (Op cit, p. 111) señala al respecto: *“...a nivel general, existen dos percepciones del preservativo aquella que le normaliza como un objeto lúdico, de utilidad pública y otra, donde permanece anclado a lo privado, con una baja expectativa y voluntad de negociación sexual”*.

No obstante, los estudios nacionales indican que la utilización del preservativo sería considerablemente más alta en la población homosexual, en comparación a las cifras correspondientes a la población general. Por ejemplo, de acuerdo a una encuesta realizada por la Corporación Chilena de Prevención del SIDA aplicada a 402 hombres homobisexuales (CCHPS, 1997), un 68,6% declara usar preservativo regularmente. Esto contrasta con el 28% de utilización del condón en la población general³ detectada por la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual realizada por CONASIDA en el año 2000.

Sin embargo, el mismo estudio de la CCHPS revela la existencia de un uso no consistente del preservativo masculino. Por ejemplo, un 26,3% señala utilizar el preservativo ocasionalmente, aún cuando un 72,4% de los encuestados señala manejar alguna información sobre la transmisión del VIH y un 23.5% señala manejar buena información. Asimismo, un 21,9% de los encuestados señaló haber sido penetrado analmente sin preservativo en el último mes.

³ Utilización del preservativo en los últimos cinco años, total hombres y mujeres.

Por otro lado, destaca el hecho de que en esa misma encuesta, un alto porcentaje de los encuestados (88,7%) señala haber realizado cambios en su vida sexual con la aparición del SIDA, destacando un 49,4% que comienza a usar preservativos y un 26,2% que mantiene parejas estables.

Esta situación contrasta con la baja percepción de riesgo declarada por la población en general en el estudio nacional de la CONASIDA. Por ejemplo, de acuerdo a este estudio, un 72% de las personas que no han usado condón en los últimos cinco años se considera en un menor riesgo de adquirir el VIH en comparación al resto de la población y un 56,4% de los que si han usado preservativo también se consideran en menor riesgo.

Sumada a la baja percepción de riesgo, es posible considerar otros obstáculos de naturaleza moral que dificultan el uso sostenido del preservativo. Entre ellos destaca la ya mencionada oposición de la Iglesia Católica que considera el condón como un instrumento antinatural, la percepción social que señala el uso del preservativo como un acto de desconfianza hacia la pareja sexual y/o la idea que el uso de condones evidenciaría una vida sexual "promiscua".

Uso del Condón en HSH que Viven con VIH

Las cifras de uso del preservativo entre PVVIH son considerablemente más altas que las que se encuentran en la población en general y en la población homosexual. De acuerdo al estudio de NOUS (2003), el porcentaje de PVVIH con pareja exclusiva que declaran usar preservativo alcanza al 74,8%, llegando a un 76,4% en el caso de los hombres homosexuales que declaran usar preservativo siempre. En el caso de los hombres homosexuales que declaran tener múltiples parejas sexuales, el uso consistente del condón alcanza al 83,5%.

Los investigadores del estudio citado plantean como posible interpretación para esta alta declaración de uso consistente del preservativo, el hecho que la actividad sexual en PVVIH es baja, lo que haría más viable el uso regular de preservativos. Sin embargo, en este punto resultaría necesario ahondar en el modo en que los individuos significan la experiencia del uso del preservativo en el contexto de sus relaciones estables o múltiples y cómo la experiencia de vivir con VIH incide en ello, además es necesario considerar que hacia las personas que viven con VIH/SIDA existe un mandato en el discurso de los equipos de salud que supone deseado y evaluado positivamente el uso de preservativo, lo cual probablemente incide en lo que declaran y no necesariamente es el reflejo de una conducta consistente.

Con todo, en el estudio cualitativo con PVVIH de Vidal et. al. (2002) se señala que algunos hombres manifiestan dificultades en la incorporación del condón, aunque lo reconocen como algo necesario tanto para prevenir que otras personas adquieran el virus como también como un elemento vinculado al autocuidado. Este estudio plantea también que el uso del condón con parejas sexuales

ocasionales parece mucho más fácil de implementar, cuestión que no ocurre con las parejas estables. Se considera además que en el contexto de una relación ocasional y cuando se usa preservativo, no resulta necesario informar a la otra persona sobre la seropositividad.

Al respecto, el estudio NOUS (2003) señala que un 46,7% de los encuestados homosexuales sin pareja regular no comunicaron su diagnóstico a la pareja sexual y un 13,3% señaló haber informado sólo a algunas de sus parejas. Como se señaló anteriormente, de acuerdo a las cifras de este estudio, existe una diferencia significativa en el uso de preservativo en homosexuales multipareja y homosexuales con pareja sexual única. Asimismo, de acuerdo a un análisis de regresión logística, un uso inconsistente del condón es más probable en personas con pareja regular.

Otro factor que de acuerdo al estudio NOUS (Op. cit.) aparece relacionado al uso del preservativo es encontrarse bajo tratamiento antiretroviral. Un 76,6% de quienes están en TARV y tienen una pareja sexual usan preservativo. Quienes están en TARV, tienen varias parejas sexuales y hacen uso consistente del condón representan el 91,3% de los casos. En relación a este punto, a nuestro juicio correspondería indagar si esto se debe a que el acceso a tratamientos antiretrovirales implica a su vez un mayor acceso a información referente a la prevención secundaria y a la reinfección, lo que podría tener efectos en la implementación de medidas preventivas.

Por otro lado, de acuerdo al mismo estudio, el uso correcto y sostenido del condón sería más probable en aquéllos que tienen una pareja serodiscordante. Sin embargo, de acuerdo al estudio de Vidal et. al. (2002), el uso del preservativo en parejas estables serodiscordantes se ve limitado por el temor a informar a la pareja de la condición serológica y al rechazo que ello podría implicar. En este sentido, consideramos que resulta necesario indagar aún más desde una perspectiva cualitativa en cómo los individuos con VIH experimentan el establecimiento de relaciones serodiscordantes y en los significados atribuidos al uso del preservativo en ese contexto.

Vidal et. al. (Op. cit.) señalan además que frente a las dificultades que implica una pareja serodiscordante, muchos hombres optan por buscar parejas que también viven con el VIH, como una manera de lograr mayor comunicación y comprensión en la pareja y de soslayar el temor a transmitir el virus. Sin embargo, el uso del preservativo en el contexto de parejas seropositivas también resulta problemático. En este estudio se constata que algunas parejas optan libremente por no usar el preservativo, aún estando en conocimiento de la posibilidad de la reinfección.

La presente investigación reconoce la importancia del uso de preservativos por parte de HSH que viven con VIH. Su no utilización los expone a la adquisición de otras cepas de VIH, atentando contra su salud, así como expone al sujeto a la transmisión del virus a personas seronegativas. En este sentido, se han expuesto evidencias que señalan que algunos HSH que viven con VIH no utilizan

preservativos en sus relaciones sexuales. Muchos factores pueden estar relacionadas con esta negativa (variables psicológicas, socioculturales, prejuicios, desconocimiento, entre otros).

2.5. LOS LUBRICANTES

Se llama *lubricante* a toda sustancia sólida, semisólida o líquida, de origen animal, mineral o sintético que, puesto entre dos piezas con movimiento entre ellas, reduce el rozamiento y facilita el movimiento (López, 2004).

Estudios internacionales, han confirmado que el uso de condones lubricados o de lubricantes apropiados con los condones, contribuye a disminuir las roturas y aumentar entonces, su efectividad en la prevención del VIH/SIDA. No obstante, en Chile no existen estudios acerca del uso de lubricantes. Sin embargo, considerando el progresivo crecimiento del mercado de condones, no es de extrañar que el caso de lubricantes sea similar.

Así es como actualmente, el mercado ofrece distintos tipos de lubricantes (CONDONLAND, 2004):

- *Lubricantes de silicona*: Son los de mayor duración, sirven tanto para su uso vaginal como anal.
- *Lubricantes en crema*: Fueron creados para las personas que no necesitan mucha lubricación, ya que resbalan un poco menos y al ser de base acuosa se secan al rato de su uso.
- *Lubricantes de sabores*: Hay con sabor a frutas (frutilla, plátano), chocolate, menta y vainilla, entre otros.
- *Lubricantes a base de agua*: Son los de uso más masificado, se usan sobretudo en relaciones vaginales. Estos lubricantes son más baratos que los de silicona.

En el mercado existen condones masculinos con y sin lubricante. Algunas personas creen que los condones secos (sin lubricante), tienen mayor resistencia en la práctica del sexo anal, prefiriendo usar éstos y luego aplicar el lubricante sobre el condón. Normalmente el ano no produce suficiente lubricación para tener relaciones cómodamente, por lo que resulta necesario usar un lubricante durante el sexo anal. El lubricante también reduce el riesgo de romper el tejido del ano y que se rompa el condón.

Los lubricantes usados con los condones de látex no deben contener aceite, ya que éstos pueden aumentar considerablemente el riesgo de rotura. Estos aceites se encuentran en productos comunes como el petrolato, lociones para la piel, aceite para bebés, mantequilla, vaselina y aceites para cocina. Talleres de sexo más seguro realizados con hombres homobisexuales (SIDACCIÓN y ONG CES

/MUMS) han permitido conocer que personas usan frecuentemente este tipo de productos para lubricar los condones, aumentando el riesgo de rotura del preservativo. En este sentido, se vuelve necesario fomentar una labor educativa que integre los lubricantes a la prevención del VIH/SIDA.

A continuación se presenta una síntesis del trabajo que sobre el tema de la prevención del VIH/SIDA se ha realizado en Chile en población HSH, por ONG CES /MUMS y SIDACCIÓN.

2.6 INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA REALIZADAS EN LA POBLACIÓN HSH EN CHILE

Una característica particular de la población HSH es que ésta ha recibido un mayor número de intervenciones que la población general. Cabe recordar que la primera organización que aparece en el tema, es la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (SIDACCIÓN) en 1987. A partir de allí se han realizado distintas intervenciones focalizadas en esta población, las que han abordado distintos niveles de prevención: individual, comunitario y masivo.

Presentamos a continuación un conjunto de las intervenciones más importantes que se han realizado desde las organizaciones sociales, ya sea esta por su cobertura, permanencia en el tiempo o impacto.

- **Mesas Informativas de Prevención:** Se refiere a la presencia de mesas informativas sobre prevención del VIH/SIDA, servicios ofrecidos y otras acciones preventivas de las organizaciones, en lugares propios de la comunidad homosexual, sobretodo en discoteques *gays*. Actualmente esta iniciativa la desarrollan en Santiago SIDACCIÓN y el MUMS; y en Valparaíso es realizada por SIDACCIÓN. Este tipo de intervenciones se iniciaron 1987 y se mantienen hasta la actualidad.
- **Talleres de Sexo Más Seguro y/o Aproximación al VIH/SIDA:** Consisten en talleres que permiten al sujeto conocer las principales vías de transmisión, el riesgo en las prácticas sexuales y las formas de prevenir la transmisión. Esta iniciativa la desarrollan SIDACCIÓN y el MUMS en Santiago, y SIDACCIÓN en Valparaíso. También se iniciaron en 1987 y se mantienen hasta el día de hoy.
- **Talleres Psicosociales y/o de Desarrollo Personal:** Estos talleres están enfocados en trabajar elementos asociados a la vulnerabilidad de los sujetos HSH. Entre otros temas, se trabaja la sexualidad, afectividad y las interacciones sociales de los hombres homobisexuales. Esta iniciativa la desarrollan SIDACCIÓN y el MUMS en Santiago, Y SIDACCIÓN en Valparaíso. Estas se iniciaron desde 1987 y se mantienen hasta la fecha.
- **Consejería u Orientación:** Se refiere a la realización de un proceso de atención individual que implica la interacción entre un consejero/orientador y un consultante, donde se abordan temáticas diversas relacionadas con la prevención del VIH/SIDA, la orientación sexual, el Test de ELISA, la notificación y el proceso de aprender a vivir con VIH, entre otras materias. Esta

iniciativa la desarrollan SIDACCIÓN y el MUMS en Santiago, y SIDACCIÓN en Valparaíso.

- Servicios de Asistencia Psicológica: Se ofrecen servicios de psicoterapia individual especializados en temáticas vinculadas al VIH/SIDA, la homosexualidad, enfocada hacia los miembros de la comunidad homosexual, a sus familiares y amigos cercanos. Este servicio lo ofrecen SIDACCIÓN (Santiago y Valparaíso) y el MUMS.
- Intervención en Sitios de Sexo Público (SSP): Se refiere a la entrega de información, materiales de prevención y difusión de servicios en VIH/SIDA en lugares donde se realizan encuentros sexuales ocasionales o “pinchazos”, como parques, plazas y otros lugares. Actualmente esta iniciativa la desarrolla SIDACCIÓN en Santiago y Valparaíso. Estas se iniciaron desde 1987 y se mantienen hasta la fecha.
- Acompañamiento a Hombres Homobisexuales en Crisis de Salud por VIH/SIDA: Se trata de un programa en el que las personas acompañan a aquéllos que se encuentran hospitalizados o en estado grave en sus casas, debido a una crisis de salud. La relevancia de este programa se relaciona con el abandono que suelen sufrir las personas cuando se encuentran en la situación descrita. Así entonces, se trata de un acompañamiento afectivo. El acompañante entrega además información relacionada con el VIH/SIDA, especialmente prevención secundaria y terciaria. Cuando la persona se encuentra en fase terminal por VIH/SIDA, el acompañante ayuda a los deudos a afrontar el proceso de duelo. El acompañamiento se prolonga hasta que ambas personas - acompañado y acompañante - estimen conveniente. Este programa es desarrollado por SIDACCIÓN desde 1990.
- Trabajo en Terreno con Trabajadores Sexuales Masculinos: Este trabajo se centra en el contacto, entrega de información y elementos para la gestión del riesgo en población de trabajadores sexuales masculinos de la ciudad de Santiago. Es desarrollado por el MUMS desde el año 2000.
- Línea Telefónica de Información sobre VIH/SIDA: Trabajo desarrollado por SIDACCIÓN. Consiste en la implementación de una línea telefónica contestada por especialistas en VIH/SIDA y temáticas relacionadas. Funciona desde el año 1990.
- Programa Radial Triángulo Abierto: Esta acción consiste en la incorporación de la prevención del VIH/SIDA a través de la radio, utilizando para ello distintos formatos, como cápsulas, radioteatros, mensajes, etc. MUMS la implementa en Santiago desde 1997.
- Reality Gay “Código Eros 2003”: Se trató de un concurso desarrollado a través de INTERNET, en el que los visitantes del Sitio Web de SIDACCIÓN podían votar por su candidato favorito. Paralelamente se realizaron eventos en discoteques gays de Santiago y Valparaíso. Cabe mencionar que los concursantes fueron capacitados como monitores en prevención del VIH/SIDA, y que en cada aparición pública debieron abordar el tema de la prevención. El objetivo fue llegar a los hombres homosexuales más jóvenes, acercando el tema de la prevención a los códigos propios de este rango etario. Esta experiencia ha sido divulgada en Congresos y Seminarios Internacionales,

siendo acogida por organismos colombianos y brasileños que trabajan en el tema.

También se han presentado otras iniciativas importantes de mencionar:

- Proyecto de Prevención Social del VIH/SIDA, acción implementada por SIDACCIÓN, MUMS y CONASIDA. Este proyecto significó la realización de 15 miniproyectos de prevención, con la participación de distintos grupos y de redes informales de HSH, y abordaron diversos temas, como la Homofobia, la prevención primaria y secundaria del VIH/SIDA, el teatro, la fotografía, videos, etc. Este proyecto se desarrolló entre los años 2001 y 2002.
- Prevención del VIH/SIDA en Playas: Campaña de Verano. Esta acción es desarrollada desde el año 2000 por SIDACCIÓN, en las playas del Litoral Central (Quinta Región). Consiste en el reparto de preservativos masculinos, acompañado de la entrega de información básica sobre el VIH/SIDA y las distintas maneras de prevenir su adquisición y transmisión. El personaje “Condonito” acompaña cada una de estas acciones. El objetivo es enseñar a la población general la importancia del uso correcto y sostenido del preservativo, cuando no se utilizan otras medidas de prevención. También se trata de visibilizar el tema, de manera de incentivar un debate público y privado.
- Prevención del VIH/SIDA en el Centro de Santiago: Campaña de Invierno. Esta actividad cumple los mismos objetivos que la anteriormente mencionada, con la diferencia de ser desarrollada en la Plaza de Armas y en el Paseo Ahumada. Se realizó por primera vez durante el año 2004. Junto a la entrega de preservativos e información al respecto, se realizó una encuesta de opinión sobre la prevención del VIH/SIDA y el uso de preservativos. Los resultados de esta encuesta se encuentran en proceso de análisis.

Estas intervenciones, así como las desarrolladas por otras organizaciones, marcan un importante referente, en tanto han contribuido a ampliar el manejo de información sobre el VIH/SIDA en la población HSH. Sin embargo, todas estas intervenciones están lejos de cubrir las necesidades y dar respuesta a la epidemia, donde predominan los casos en la población HSH, según lo demuestran los estudios realizados por José Antonio Izazola sobre cuentas nacionales (ASICAL, 2003), los cuales nos muestran que existe una gran desproporción entre el volumen de la epidemia del VIH/SIDA en esta población y el volumen de gasto asignado a la prevención. Por ejemplo en el caso de Chile, el porcentaje de gasto en prevención en HSH bordea el 20% mientras que el número de casos se encuentra en el orden del 60%.

Esta desproporción en la distribución de los recursos económicos se mantiene cuando analizamos los datos de las poblaciones definidas como vulnerables, en las cuales se aprecia un bajo gasto de inversión en la población HSH. En el caso de Chile, el gasto per cápita en prevención en HSH es de 0,70 US\$, mientras que en el caso de las trabajadoras comerciales del sexo este monto asciende a 4,62 US\$.

Así, estos antecedentes indican que si bien existe un importante desarrollo de la prevención dentro del mundo HSH, éste está lejos de ser suficiente. Este estudio pretende ser un aporte para el desarrollo de estrategias de promoción del preservativo focalizadas, lo que permitirá optimizar los recursos asignados al desarrollo de iniciativas enfocadas en la población HSH.

III. MARCO TEORICO

Síntesis del Marco Teórico

En este texto se revisan los conceptos de sexualidad y género, el primero como la construcción sociocultural en torno al placer y al relacionamiento sexual, y el segundo como la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino. La imbricación entre el sistema sexual -que norma los comportamientos permitidos y condena la diversidad- y un ordenamiento de género que subordina a las mujeres e impone el rechazo a lo femenino como parte de la constitución de la identidad masculina, son fenómenos que tienen consecuencias en el modo en que las identidades homobisexuales se van configurando, las que incorporan en distinta medida los patrones de género tradicionales. La construcción de la sexualidad homosexual no se desarrolla de manera ajena al ordenamiento de género e incluye en su configuración elementos de la masculinidad hegemónica: una sexualidad irrefrenable, activa, dominante y centrada en la inmediatez.

Al mismo tiempo el modelo de masculinidad hegemónica tiene relación con la posición social que la homosexualidad ocupa. El modelo de la masculinidad hegemónica y el heterosexismo que los estudios en el campo de la sexualidad denuncian, contribuyen a explicar la homofobia cultural.

El concepto de homofobia no sólo da cuenta de la discriminación hacia los homobisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, sino que también permite entender el modo precario en que se construye la identidad homosexual. En este sentido, se plantea que en el contexto latinoamericano existen identidades homosexuales fragmentadas, que recogen elementos diversos de construcciones identitarias, las que se mezclan con formas tradicionales de homosexualidad, pero que no logran articular un referente.

Se plantea que esta carencia de referentes implica una dificultad en la construcción de sentidos a la vida homosexual y a la prevención como parte de ella. De esta forma, se interroga cómo los sujetos pueden ir dotando de sentido a la acción preventiva. También, se establece que la diferencia entre reconocimiento de la homosexualidad y aceptación de la misma, tendría consecuencias diferenciadas en el modo en que se incorpora la prevención y, en particular, el uso del preservativo.

En este mismo sentido se señala que el pánico moral generado por la emergencia de la epidemia contribuyó al desarrollo de aproximaciones a la prevención que implícita o explícitamente condenan la sexualidad e imponen el autocuidado como norma.

3.1 SEXUALIDAD

El esencialismo sexual, es un supuesto profundamente enraizado en la cultura occidental, que aún hoy encuentra asidero en el sentido común. Según esta concepción la sexualidad es una fuerza natural que existe con anterioridad a la vida social. De acuerdo a esta perspectiva el sexo es inmutable, asocial y transhistórico (Rubin,1992). Como señala Weeks (1998) la sexualidad ha sido considerada como “la verdad de nuestro ser”.

Como concepto, la sexualidad aparece por primera vez en el siglo XIX, siendo definida como “la cualidad de ser sexuado o tener sexo” (Weeks, 1998). Esta concepción se deriva de la observación del comportamiento sexual en relación a su fin reproductivo, es decir, se homologa el comportamiento sexual humano al de los otros animales sexuados, para señalar que en último término la sexualidad humana es el resultado de los dictámenes de la naturaleza que determinan el coito heterosexual para la generación de la vida⁴.

Con el desarrollo de las disciplinas sociales, la sexualidad ha sido objeto de cuestionamiento y reflexión. Dentro de este ámbito la metapsicología freudiana⁵ instala un paradigma vigente hasta la actualidad, de acuerdo al cual, la sexualidad es el resultado de una fuerza instintiva afincada en el inconsciente de los individuos, desde donde emerge el principio del placer entendido como la ausencia del dolor y la liberación de la libido. Sin embargo, este ámbito se encuentra reprimido por la internalización de las normas sociales y la culpa. Cada sujeto debe mediar entre las exigencias instintivas y la represión. Esta mediación se produce a través del principio de realidad que señala lo realizable dentro del margen pulsión/represión.

De este análisis Freud (1979) deriva su planteamiento de que la civilización se basa en la renuncia a la vida instintiva que acompaña la instauración de las normas sociales, puesto que la energía libidinal es canalizada hacia la realización del trabajo. Esto lleva a la cultura a un callejón sin salida: por un lado requiere de la represión de los instintos sexuales para el trabajo y la vida en comunidad y por otro lado, esta represión fortalece los instintos destructivos que terminan haciendo imposible que la civilización controle la agresividad que genera (Marcuse, 1983).

Ya en el siglo XX y durante la década de los sesenta, los teóricos de la revolución sexual retoman los planteamientos de la metapsicología freudiana para aportar a la construcción de una civilización no represiva en el marco de la revolución social. Dentro de esta línea, Marcuse denuncia la genitalización de la sexualidad y el destierro de las zonas erógenas no genitales, que están al servicio de una sexualidad no productiva y que escapan a los requerimientos de la organización

⁴ Esta visión ha sido históricamente sostenida por el judeo-cristianismo, particularmente a través de los escritos de San Agustín. Sin embargo, en la actualidad ha alcanzado un nivel de legitimidad tal, que se sostiene por sí misma.

⁵ Este texto no pretende ser una reflexión exhaustiva de los planteamientos teóricos desarrollados en el campo de la sexualidad, sólo pretende dar cuenta de algunas ideas generales que pueden aportar a la comprensión de la homosexualidad como fenómeno social y cultural en el contexto chileno actual. Para mayor profundización se citan las fuentes utilizadas en este tema.

de la familia y el trabajo. Del mismo modo W. Reich (1985) plantea que la liberación sexual y la liberación política son fenómenos vinculados, ya que la represión sexual contribuye a la opresión de los individuos en otros ámbitos sociales⁶.

Weeks se refiere a los planteamientos derivados del pensamiento freudiano como “teorías hidráulicas” para aludir al hecho de que desde esta perspectiva los instintos sexuales constituyen una suerte de represa que parece desbordarse a cada momento y que requiere de fuertes aparatos para su control. Una de las críticas más fuertes a esta visión proviene de Foucault quien señala que los deseos no son entidades biológicas pre existentes, que luchan por liberarse de las limitaciones sociales, sino que se constituyen como tales en el curso de prácticas sociales históricamente determinadas. Más que preocuparse por los elementos represivos Foucault está interesado en la producción constante de nuevas sexualidades. Desde su perspectiva, la sexualidad lejos de ser un tema tabú - como lo plantea la hipótesis represiva- constituye un “gran sermón”, un secreto que debe ser continuamente revelado y defendido. Esto contribuye en definitiva a la total regulación de la vida sexual y es parte de los procesos vinculados a la formación y consolidación de las instituciones sociales modernas.

El pensamiento de Michel Foucault ha tenido gran influencia en la nueva escuela del pensamiento sobre sexualidad⁷, especialmente en los estudios lésbicos y la *queer theory*⁸. Rubin (1992) señala que esta nueva visión ha creado una alternativa constructivista al esencialismo sexual, es decir, se instala el supuesto de que la sexualidad se constituye en la sociedad y en la historia y no está unívocamente determinada por la biología. Sin embargo, Rubin agrega que la perspectiva constructivista ha mostrado debilidades políticas que se derivan de interpretaciones erróneas de las posturas de Foucault (Rubin,1992: 133). Debido al énfasis puesto en La Historia de la Sexualidad en las formas en que ésta se produce, su contenido ha sido vulnerable a posturas que niegan o minimizan el hecho de que existe represión de la diversidad sexual, en el sentido más político. Al respecto Rubin plantea que “la sexualidad en las sociedades occidentales ha sido estructurada dentro de un marco social estrechamente punitivo y se ha visto sujeta a controles formales e informales muy reales” (Rubin, 1992 : 134). De acuerdo a esta autora, es necesario arribar a una definición no ligada al esencialismo sexual, que de cuenta de la sexualidad como construcción cultural pero no de una manera neutral, sino que evidencie que la sexualidad ha sido sujeta al control político y ha implicado la dominación de grupos legitimados

⁶ Este planteamiento es retomado por Deleuze y Guattari quienes insisten en que la represión del deseo depende de la represión social necesaria para la conservación de la forma de producción capitalista (Puleo: 1992).

⁷ En esta escuela se incluyen teóricos/as de los movimientos homosexuales y feministas que, con mayor fuerza a partir de los 80, integran una mirada constructivista de la sexualidad y el deconstrutivismo foucaultiano junto el posmodernismo feminista. Aunque no se reconocen como una escuela por sus producciones si se identifican orígenes teóricos comunes (Vance, 1991)

⁸ Pensamiento teórico derivado de los estudios gay/lesbicos y feministas. Se constituye como tal en 1991 y a diferencia de las otras teorías vinculadas con la reivindicación de lo homosexual, esta incluye –como su nombre lo indica- a todas aquellas prácticas sexuales consideradas “raras” y que se alejan de la normatividad sexual (English modern critical thought, Universidad de Colorado, 1997).

sexualmente sobre otros (como los homobisexuales) que han sido marginalizados, perseguidos y castigados por la orientación de su deseo.

Hacia una definición de la sexualidad

Como se planteó anteriormente, la sexualidad es un ámbito que ha requerido históricamente de regulación, del mismo modo que otros ámbitos de la cultura. Las prescripciones de la sexualidad se encuentran presentes en distintos contextos culturales, variando los factores que determinan su forma: arreglos económicos, estructuras de parentesco, prescripciones religiosas, entre otras. Como planteó el movimiento feminista de la década de los sesenta, la sexualidad es política, es decir, constituye un ámbito en que se expresa el control y la dominación de ciertos grupos sobre otros de acuerdo a intereses específicos.

Una definición amplia de sexualidad es la proporcionada por de Barbieri para quien la sexualidad es “el conjunto de maneras muy diversas en que las personas se relacionan como seres sexuados con otros seres sexuados, en intercambios que como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido” (de Barbieri, 1993). Una definición que aporta nuevos elementos es la que entregan Lamadrid y Muñoz (1995) que la sexualidad es la construcción social y simbólica en torno a la capacidad de los humanos de derivar placer de sus cuerpos sexuados, esto, a partir de la pulsión que lleva a los sujetos a buscar la satisfacción sexual (Lamadrid y Muñoz: 1995). Weeks plantea que la sexualidad comprende “las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configuradas por la sociedad en que vivimos” y corresponde también a “la manera cultural de experimentar nuestros placeres y deseos” (Weeks, 1998: 28).

En primer lugar la sexualidad tiene un innegable referente biológico. Como señala Rubin (1992), es necesario reconocer los prerrequisitos biológicos de la sexualidad humana pero no puede entenderse la misma en términos exclusivamente biológicos. Así, la sexualidad se constituye a partir de cuerpos estructuralmente determinados para el placer sexual, determinación química, neurofisiológica, de transmisión de sensaciones corporales y mentales placenteras. Sobre esta determinación opera el aparataje sociocultural que nos indica qué es placentero, cuáles son los placeres permitidos y cuáles son impensables o insospechados (Donoso, 2001).

En segundo lugar, la sexualidad tiene un carácter sociohistórico. Como señala Weeks “está configurada por fuerzas sociales y lejos de ser el elemento más natural en la vida social, el que más resiste a la modelación cultural, es tal vez uno de los más susceptibles a la organización” (Weeks, 1998:29). Así, Weeks plantea que la sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y que las fuerzas que configuran y modelan las posibilidades eróticas del cuerpo varían de una sociedad a otra. Esto implica que la sexualidad tiene una dimensión política ya que su modelación es el resultado de la dominación y la imposición de determinados comportamientos sexuales y la censura y proscripción de otros (Vidal, 1995).

Sin embargo, así como la sexualidad es ámbito de dominación política, es también espacio de resistencia y cambio cultural. Esto, porque los individuos pueden resistir, oponerse, generar pautas de comportamiento a las que atribuyen sentido erótico, redefinir comportamientos, en definitiva crear su propia sexualidad. Esta sexualidad puede ser compartida intersubjetivamente en grupos que constituyen comunidades sexuales estructuradas en torno a referentes erótico-sexuales comunes (Donoso, 2001).

3.2 GÉNERO

El desarrollo de la perspectiva de género es el resultado de la búsqueda de una explicación para la desigualdad entre hombres y mujeres en la mayoría de las sociedades del mundo, pregunta que venía planteándose desde el movimiento feminista, con más fuerza a partir de la década del sesenta (Montecino y Rebolledo, 1996)⁹.

La perspectiva de género emergió como movimiento teórico que busca problematizar la diferencia entre los sexos dentro de un marco social e inaugura un nuevo camino respecto a la construcción de las identidades de hombres y mujeres, cuestionando de manera radical el modo en que históricamente se ha entendido la diferencia sexual en las sociedades occidentales (Gomariz, 1992; Fagalde y Saez, 1997).

El concepto de género surge de los estudios de John Money y Robert Stoller, quienes a partir de investigaciones con individuos que presentaban distintas variedades de androginia, llegan a la constatación de que puede existir una diferencia entre el sexo biológico y el sexo atribuido socialmente. Ellos acuñan el concepto de *gender role* para describir aquella construcción social de las diferencias sexuales (Gomariz, 1992; Montecino, 1998). Así originalmente el género es entendido y definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo/género) aludiendo la segunda a los aspectos psico-socio culturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatomo-fisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana¹⁰ (Bonder, 2001:1).

⁹ Este concepto permite ir más allá de los Estudios de la Mujer que buscaban superar la invisibilización teórica y en la investigación social de las mujeres. En ese sentido los Estudios de la Mujer buscan “rescatar a la mujer”, valorando su aporte en la historia (Montecino y Rebolledo, 1996).

¹⁰ En su lectura crítica de género Judith Butler (1990) ofrece la noción de *parodia de género*, mediante la cual la autora desnaturaliza y resignifica las categorías corporales, poniendo de manifiesto el carácter de construcción de los signos externos del género. Así, para esta autora “el género no está pasivamente inscrito sobre el cuerpo y tampoco está determinado por la naturaleza, el lenguaje, lo simbólico o la apabullante historia del patriarcado. El género es lo que uno asume invariablemente, bajo coacción, a diario, incesantemente con ansiedad y placer” (Butler en Bonder, s/f):314) y fundamentalmente es un campo corporal innovador y subversivo.

Si bien las diferencias sexuales entre machos y hembras humanos constituyen la base sobre la cual se estructura el ordenamiento de género, estas diferencias no son suficientes. Al respecto, Lamas plantea que es necesario aceptar el origen biológico de algunas diferencias entre hombres y mujeres, sin perder de vista que la predisposición biológica no es suficiente por sí misma para generar un comportamiento (Lamas, 1986).

Los análisis basados en la noción de género se concentraron en explicar “cómo los sujetos adquieren y actúan los roles e identidades de género” (Bonder, 2001: 13) acentuando conceptos tales como modelaje, aprendizaje de roles, atribuciones, etc., en donde, implícitamente, se supone la existencia de una identidad personal o un yo delimitado originario el cual es modelado, a través del proceso de socialización, por el orden social, adquiriendo de esta forma las capacidades, motivaciones y prescripciones propias de su identidad genérica adaptándose a las expectativas y mandatos culturales, garantizando de este modo un orden de género sin fisuras (op.cit).

Este enfoque no tardó en ser cuestionado por su sesgo funcionalista y mecanicista: si la cuestión de los géneros es del orden de los roles, éstos se configuran de manera complementaria, despolitizando la problemática de la desigualdad y sus relaciones con el poder y el conflicto. Esta nueva mirada crítica reconocerá al género desde sus relaciones con el poder, las relaciones sociales y los saberes.

Una de las definiciones cruciales en este ámbito fue la planteada por Gayle Rubin (1976) quien propone el concepto de sistema sexo/género que constituye “un conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana (...) a través de un conjunto de normas que moldean la materia cruda del sexo y la procreación” (Rubin, 1976:82). Así, Rubin pone en el centro del análisis el rol reproductivo de las mujeres y el modo en que este ha sido controlado por los hombres en distintas sociedades, esto es lo que en definitiva permitiría explicar la subordinación de las mujeres en diversas culturas.

A su vez para Scott (1996) existen dos ideas centrales a la hora de abordar el concepto de género. Por un lado el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y por otro, es una forma primaria de relaciones significantes de poder. En ese sentido existen cuatro elementos que configuran el género:

- Los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
- Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Conceptos que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de ser varón o mujer, masculino y femenino.

- Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género; el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
- La identidad. Aspecto en que se destacan los análisis individuales (biografías) como las identidades genéricas colectivas.

Finalmente es importante destacar que la utilización de la categoría de género aparece no sólo como una forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales sino también “como forma de situarse en el debate teórico. Los lenguajes conceptuales emplean la diferenciación para establecer significados, ya que la diferencia de sexos es una forma primaria de diferenciación significativa” (Butler 1990, citada en Bonder, 2001:3). Por lo que el género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos y es una manera de comprender las complejas conexiones entre distintas formas de interacción humana.

La Identidad de Género

La identidad no es un fenómeno simple que pueda ser definido por un conjunto de rasgos, es un fenómeno situacional cuya apariencia y manifestación varía de acuerdo al punto de vista adoptado por el observador y el observado, es decir, la conformación de la identidad es un proceso que se configura en forma relacional a la que le es constitutiva la cuestión del otro y donde opera un principio de oposición, ya que antes de la afirmación de un sí mismo se reconoce la diferencia con un otro (Díaz, 1994).

Ser uno mismo es serlo en una trama de relaciones múltiples en donde actuamos como creemos ser y somos como los demás esperan que seamos, en palabras de Buxó “la identidad se conforma de ideas o conceptos de sí mismo (autoconcepto), de cómo se desea ser visto por los otros (identidad pública) y del reconocimiento que se recibe (identidad social)” (Buxó en Díaz, 1994:76).

Se sabe que el sexo es uno de los pilares de la identidad, sin embargo, a partir de la constatación biológica del sexo se asigna al sujeto una serie de roles que se transmiten mediante la socialización. La internalización de esos roles sociosexuales permite la formación de una masculinidad o una feminidad que es asumida como propia y que es la identidad genérica.

Un ejemplo claro de la separación entre sexo biológico e identidad de género, lo constituyen las personas que definen una identidad transgénero, es decir, aquellos que desarrollan una identidad de género que contradice la determinación del sexo biológico.

Para Montecino (1996: 63) la identidad de género “restituye un doble movimiento: el de lo particular y el de lo universal, por lo que la constitución de sí mismo está

atravesada por la unicidad y la multiplicidad". Así, el sujeto tomará los materiales de su identidad desde la cultura a la que pertenece y también de su clase, familia y de los modelos femeninos y masculinos en que ha sido socializado. Asimismo, Connell (1993) señala que las identidades de género son como múltiples posicionamientos en la estructura general de los géneros (lo masculino - lo femenino), involucrados en la construcción de un Yo, el cual raramente es absoluto, sino que es una síntesis compleja de los contenidos existentes. Por eso no se puede reducir la identidad de género a una sola imagen: ser hombre o mujer, por ejemplo, sino que sería preciso tratar de percibir el contorno de mujeres y de hombres habitando un espacio dotado de múltiples significaciones de las cuales se nutre a lo largo de la vida.

3.3 MASCULINIDAD HEGEMÓNICA Y HOMOFOBIA

La perspectiva de género ha implicado no sólo una revisión del papel de lo femenino en el sistema social, sino que también, en su desarrollo reciente, ha implicado un análisis crítico del modo en que lo masculino se construye socialmente.

En las sociedades occidentales el ordenamiento de género está cimentado en relaciones de poder que consolidan la subordinación de las mujeres y la dominación de los hombres. Esta estructura de relación permite el imaginario de una masculinidad hegemónica, masculinidad que ningún hombre vive realmente, pero de la cual todos obtienen algún dividendo (Guajardo, 2002). La masculinidad hegemónica según Connell (1987) se caracteriza por ser la respuesta culturalmente más común, la que predomina sobre otras masculinidades y es también la que legitima el patriarcado a través de la predominancia de los hombres por sobre las mujeres.

Para Kaufman (1989 en Caro 1997) la masculinidad es una reacción contra la pasividad y significa la represión de todos los deseos y rasgos que una sociedad define negativamente como pasivos. Asimismo, la definición de identidad masculina ha sido definida como huida de lo femenino, es decir, como la negación de todos aquellos rasgos atribuidos a las mujeres¹¹ (Badinter, 1992).

La construcción social de la masculinidad en nuestro país se desarrolla en torno a un ideal hegemónico que enaltece los atributos "masculinos" y menosprecia los atributos "femeninos" que considera inferiores. En la subjetividad individual se identifica un temor a que lo reprimido se manifieste y se vuelva incontrolable, asemejando al individuo a lo "femenino", es decir, a lo que se considera propio (y "natural") de las mujeres. Así, los varones en nuestra sociedad tienen ansiedad a lo "femenino" porque han aprendido a considerarlo inferior y degradante (Badinter, 1992). En ello se encuentran los cimientos de la homofobia.

¹¹ Para Badinter esta constitución de identidad es el resultado de la falta de referentes afincados en la biología, cuestión que no ocurriría con las mujeres que tienen como referente identitario la maternidad.

Es entonces en este contexto de masculinidades hegemónicas donde las relaciones amorosas y eróticas entre varones son representadas predominantemente en nuestra sociedad como “anormales”, “sucias”, “enfermas” y a través de ellas se ejerce poder de censura, de violencia o desdén, limitando, o condicionando las posibilidades de acción y de experiencias de los Hombres homobisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

Homofobia

La homofobia es definida según Gunther (1995 citado en Caro, 1997) como la expresión más común de creencias estereotipadas, actitudes prejuicios utilizadas para describir en forma negativa los homosexuales, lesbianas y bisexuales desde la mayoría de los heterosexuales.

La homofobia actúa como fenómeno en varios niveles: a un nivel personal, en las relaciones interpersonales, en las instituciones y en una dimensión cultural. Este último nivel da cuenta de las normas sociales o códigos que aunque no están expresamente escritos en la ley operan dentro de la sociedad para legitimar la opresión homosexual (Caro, 1997).

Existen varias posturas en relación al concepto de homofobia. Caro (1997) identifica tres como las más destacables. La primera, señala que se trata de un concepto limitado ya que no expresa el alcance de la opresión basada en la identidad u orientación sexual y propone en cambio el uso del concepto heterosexismo para aludir al hecho que existe una creencia de que la heterosexualidad es o debería ser la única orientación sexual aceptable.

La segunda postura identifica la homofobia como temor y odio, es decir, como el pánico al reconocimiento de los deseos o sentimientos homobisexuales que podrían habitar en cada uno de los individuos. En el sentido del análisis de la identidad masculina propuesto por Badinter (1992), la homofobia juega un rol psicológico crucial, ya que implica la reafirmación de que no se es homosexual y por lo tanto mantiene al individuo homofóbico en el tranquilizador territorio de la heterosexualidad.

Una tercera postura plantea que la homofobia es una forma de opresión, es decir, lleva el concepto de homofobia a la arena de la lucha política, en la que los homobisexuales han sido históricamente objeto de discriminación, violencia y negación de derechos fundamentales.

Con todo, estas tres posturas coinciden en reconocer que la homofobia forma parte de la identidad masculina heterosexual y es por lo tanto una actualización de la identidad masculina hegemónica. La homofobia como violencia constituye la respuesta a la amenaza de la trasgresión de fronteras identitarias. La amenaza surge precisamente del temor a los efectos sociales de pérdida de poder o de “dividendos patriarcales” que trae consigo asumir otra posición subjetiva en el

campo sexual, posición de minusvalía que socialmente se identifica con lo femenino (Caro, 1997).

Homofobia internalizada y “doble vida”

Desde lo anterior es posible identificar los elementos a través de los cuales se construye la identidad de los hombres que tienen sexo con otros hombres, identidad que incorpora la internalización de la homofobia dominante en el tejido cultural, y con ello el sub valor que se otorga a su afectividad, su lenguaje, su orientación sexual y a su no adscripción a algunos de los roles definidos como propios a su género.

La introyección de estos mandatos culturales incide en la autoestima y en el modo de percibirse a sí mismo y de relacionarse con los otros lo cual genera un estado de tensión permanente que será agudizado en la relación con el entorno significativo e investido de afecto, por ejemplo, en la familia, los amigos y el trabajo, espacios que, al ser parte del mundo de lo público admiten una actuación de lo que se desea para sí. De este modo muchos hombres que tienen sexo con otros hombres se enfrentan a la dificultad de elaborar una imagen de sí mismos centrada en elementos positivos y por tanto, la “doble vida” aparece como una alternativa para paliar el rechazo y la marginación social.

Sin embargo, si bien esta estrategia evade las consecuencias sociales de la homofobia, no asegura evadir sus efectos en la subjetividad individual. Se esconde aquello que “merece” vergüenza y de ese modo se internaliza una marca, un estigma que inevitablemente inundará la subjetividad, sea conciente o no el proceso, y con ello la experiencia homoerótica queda recluida en los márgenes de la clandestinidad, el anonimato y la vulnerabilidad propia de una sexualidad imposibilitada de expresión cotidiana.

En este contexto, no resulta extraño que los hombres homosexuales tiendan a ocultar su condición de modo de no sentirse excluidos y/o menospreciados por la sociedad. En este sentido, diversos estudios (Abarca, 1995; Bartolotto, 1996; CCHPS, 1997; Bucarey & Delgado, 2000; ONG - CES/MUMS, 2003) han encontrado que una manera frecuente de vivir la homosexualidad masculina en Chile es el llamado sistema de “doble vida”, que alude a un sistema de ocultamiento y/o protección que es usado por una gran cantidad de homosexuales, el cual se refiere a vivir la homosexualidad en espacios reducidos, protegidos, clandestinos o demarcados para las minorías sexuales. Este sistema implicaría además el ocultamiento y/o negación pública de la homosexualidad, situación que puede ir o no acompañada de relaciones heterosexuales, las que cumplirían el objetivo de disimular la orientación homosexual. Lo anterior, conlleva además que el sujeto construye un discurso público y uno privado. No se trataría de incongruencias en el estilo de vida, sino una manera de vivir la homosexualidad esporádicamente, entrando y saliendo de los espacios homosexuales sin hacerse parte de ellos, evitando así las posibles consecuencias

negativas que tendría para los sujetos una visibilización pública de su homosexualidad.

Otro aspecto importante a considerar es la gran importancia que los chilenos otorgan a la institución de “la familia”, independientemente de cómo se defina. No resulta extraño, entonces, que gran parte de los hombres homosexuales chilenos viva con sus familias de origen (CCHPS, 1997) y generen estrategias que les permitan sobrellevar esta *doble vida*.

En este contexto, en talleres realizados con jóvenes homosexuales (ONG CES - MUMS, 2003) se ha descubierto que uno de los grandes miedos es el rechazo que pueden experimentar de parte de sus familias si estas se enteraran de su orientación homosexual. Es por esto que en un gran número de casos se produce un sistema de encubrimiento y negación de la orientación homosexual hacia los familiares. Esta situación estaría influyendo en que muchas veces, los homosexuales que demuestran abiertamente su condición homosexual, son rechazados por sus propios pares, puesto que pondría en evidencia su propia orientación homosexual. Se generarían entonces fenómenos de marginación y homofobia dentro de la población homosexual.

3.4 IDENTIDADES HOMOSEXUALES EN CHILE

Como señala Díaz (1995) la identidad es una configuración determinada por variables imprecisas, que en su conjunto conforman un sistema con sentido y coherencia. Los individuos y los grupos no poseen una identidad única e inmutable, sino múltiple y cambiante, pues nuestras adscripciones y pertenencias son varias (no sólo se es homosexual como identidad sexual, también se tiene una identidad de clase, étnica, etc). Es decir, la identidad es un fenómeno multidimensional.

Al abordar la construcción de la identidad homosexual debe considerarse que se trata de una construcción propia de cada sujeto y al mismo tiempo de un proceso en permanente modificación. De este modo, no existe una sola forma de ser homosexual y a la vez, un mismo sujeto puede ir adoptando distintos modos de ser homosexual, según sea el devenir de su existencia. Por lo tanto, el modo de aproximarse a la prevención del VIH/SIDA también puede presentar distintas características a lo largo del ciclo vital de un mismo sujeto.

Por otro lado, la construcción de las identidades homosexuales se alimenta con la superposición de la llamada cultura tradicional y la cultura gay moderna (Freda y Durán, 1999; Guajardo 2002, en Cáceres et. Al. 2002.). En este ámbito, en Latinoamérica, encontramos la presencia de una forma de vivir la homosexualidad hasta los años 80, la cual decae coincidentemente junto a las dictaduras y da paso a la cultura gay moderna caracterizada por el modelo de mercado y los patrones socioculturales del mundo occidental desarrollado. Sin embargo, es importante mencionar que la cultura tradicional de la homosexualidad, fuertemente marcada por la clandestinidad y el ocultamiento de la orientación

sexual, mantiene importantes espacios de vigencia tanto en los sectores más tradicionales y conservadores de la sociedad como también dentro de los centros urbanos más pequeños en donde la cultura gay moderna es incipiente o simplemente no existe.

En la última década se ha perfilado con mayor nitidez una diferenciación entre los sujetos homosexuales a partir de sus niveles de participación en espacios de sociabilidad homosexual, de su visibilidad (en espacios como la familia, el barrio, instituciones educacionales, etc.) y el modo en que las construcciones de género afectan la identidad, entre otras variables.

Este hecho tiene su origen, por una parte, en la proliferación de espacios de relacionamiento homosexual como resultado del reconocimiento de esta población como un segmento importante del mercado. Por otra parte, es el resultado de la visibilización de la población homosexual, en sus reivindicaciones políticas (CCHPS, 1997).

El ejercicio ciudadano de sectores de la población homosexual, que surge desde el año 1991, genera una presencia mediática y política que ha permitido convertir paulatinamente a los homosexuales en sujetos políticos. Sin embargo, éstos aún carecen del goce de sus derechos humanos fundamentales.

Por otro lado, las transformaciones en el ámbito de la tecnología comunicacional asociadas a la globalización (fundamentalmente Internet), han permitido la generación de nuevos espacios de interacción para los homosexuales posibilitando un mayor acercamiento entre pares e intercambios anónimos.

Se ha abierto así un espacio antes desconocido, al cual no tuvieron acceso las generaciones anteriores y que hace que en la actualidad el acceso a referentes sociosimbólicos propios de la población homosexual masculina, así como la distribución y consumo de éstos, revista menor complejidad que en épocas pasadas (Coleman, s/f).

Como resultado de todas estas transformaciones, las nuevas generaciones, fundamentalmente jóvenes menores de 20 años, han iniciado una temprana socialización con sus pares homosexuales lo cual nos propone escenarios inéditos en los cuales es construida y vivenciada la sexualidad.

Una expresión de lo anterior es el llamado estilo de vida "alternativo", el cual ha sido definido por Matus (2002) como un espacio de identidad juvenil en donde las relaciones se constituyen y se construyen a través de las formas. Aquí los códigos predominantes no serían los discursivos, sino aquellos relacionados con la representación del cuerpo a través de la imagen, donde la búsqueda de "originalidad" (entendida como la combinación de diferentes temporalidades y orígenes) constituye un valor fundamental. Así entonces, los jóvenes alternativos mostrarían de manera agresiva a los "otros", una nueva forma de vivir y relacionarse con el entorno donde la música y la estética serían el principal vehículo de expresión de este conglomerado.

Al abordar este fenómeno desde la sexualidad observamos que la construcción de una estética se transforma en un espacio lúdico, en donde se juega con los límites

de la distinción sexual, realizando un recorrido a través de diferentes representaciones de la sexualidad y también, de lo femenino y lo masculino. El juego con las formas motiva además la experimentación y búsqueda de nuevas representaciones de sí mismo y los demás. Matus (op cit: 5) señala al respecto: *“No se trata de ser, sino representarse para el/la “otro/otra” virtual al que no se conoce, pero se sabe que está mirando. Es esa posibilidad de ser/parecer diferente la que atrae y motiva la representación de formas de ser que escapan al orden de lo cotidiano, constituyendo el estilo un espacio de fuga donde se desconstruyen las identidades preexistentes, dando paso a la representación de otras identidades posibles o imaginarias”*. La sexualidad se convierte, de este modo, en un elemento contracultural.

La trasgresión de las normas sociales que los jóvenes “alternativos” intentan explicitar, lleva implícita la presencia y la validación de diversas prácticas homobisexuales, sin la construcción de una identidad a partir de una orientación sexual específica y por lo tanto, las estrategias preventivas del VIH/SIDA no llegarían a estos sujetos de modo focalizado.

3.5 IDENTIDADES HOMOSEXUALES Y PREVENCIÓN DEL VIH

Como se señaló anteriormente, en la construcción de las identidades homosexuales el ordenamiento de género juega un papel determinante. El modelo de masculinidad hegemónica tiene injerencia en cómo se definen estas identidades, ya que según éste para ser considerado “hombre” se hace necesario agregar al sexo biológico una serie de características que permiten definirlos como personas “activas”, “autónomas”, “fuertes”, “potentes”, “racionales”, “emocionalmente controladas”, “heterosexuales” y “proveedores”. Desde esta perspectiva, las mujeres, los homosexuales y aquéllos varones “feminizados” serían parte de un segmento de menor importancia dentro de la sociedad y compartirían características como “débiles”, “pasivos” y “dependientes” (Olavarría, 2004).

En este ordenamiento de género, la homosexualidad presenta diversas expresiones que tienen como referente los polos del mismo, así es posible identificar en un extremo el modelo de “*la loca*”, homosexual asociado a aquello que culturalmente es significado como “femenino”, incluso con un encasillamiento en ciertos roles y ocupaciones (peluqueros, artistas, decoradores, entre otras). Y en el otro, el modelo de los “*machos*”, que por definición se contraponen a la “*loca*”, no asumen su homosexualidad y son representantes del modelo de masculinidad hegemónico ubicándose en el rol “dominante - penetrador”, lo cual resguarda su virilidad.

Actualmente en Chile, la homosexualidad masculina, se expresa mayoritariamente de formas relacionadas con el concepto anglosajón del *gay*, el cual alude a aquellos sujetos que asumiendo su orientación homosexual, articulan sus vivencias desde la masculinidad, desenvolviéndose en ambientes y relaciones

marcadas por sus pares y el intento por desarrollar una vida cada vez más integrada y normalizada de acuerdo a criterios tradicionales.

Este modelo está ligado a la presencia de comunidades con mayor visibilidad y articulación, tanto en los planos sociales como en su participación en el mercado. De hecho, una crítica importante a estos sectores proviene desde quienes postulan que el modelo “gay” de vida estaría profundamente ligado a un estilo de vida basado en el consumo y que por lo tanto, sólo es capaz de reproducir y no de transformar el contexto social y económico en que existe (Honorato, 2003).

En definitiva el modo en que se expresan las distintas identidades homosexuales, es el resultado de una construcción de significados identitarios antagónicos que al ser internalizados por el sujeto inciden en la conformación de identidades fragmentadas, ubicándose en la marginalidad social en la que es vivenciada la homosexualidad, en la cual no existe un “campo de la cultura homosexual” capaz de entregar bienes simbólicos al mundo homosexual chileno. Esto trae aparejado la reproducción, distribución (y consumo) de maneras de ser y vivir establecidas en los países desarrollados; dicho de otro modo, los bienes simbólicos y significados del ser homosexual son tomados de realidades y cotidianidades foráneas, posibilitando de esta forma la construcción de una identidad con retazos de otras realidades.

Ahora bien, en un contexto nacional donde las identidades homosexuales transitan en un abanico diverso, cuyos extremos están determinados por el ordenamiento de género imperante, y se nutren de significados antagónicos e importados de realidades socioculturales y económicas ajenas, entendemos que la sexualidad es vivenciada de modos diversos y por lo tanto la prevención del VIH/SIDA y específicamente el uso del preservativo enfrentarán factores obstaculizadores y facilitadores determinados también por la diversidad de expresiones de este abanico de identidades.

Sobre la identidad y la aceptación

Otro elemento a considerar dentro de las características de la población homosexual que inciden en la prevención del VIH/SIDA, dice relación con los niveles de inserción al interior de la llamada “comunidad homosexual” o “mundo gay”, ya que ello afecta esferas importantes de la vida de los sujetos como por ejemplo, el modo en que se materializan las relaciones interpersonales, demarcando de esta forma las interacciones y cotidianidades de los individuos.

Sin embargo, cabe considerar que el grado de participación en el mundo *gay* no necesariamente tiene relación con el modo en que se internaliza la conducta sexual y/o la orientación del deseo. Existiría una diferencia entre quienes reconocen su orientación sexual (se asumen como homosexuales) y quienes la aceptan (incorporan la homosexualidad a la identidad como un elemento positivo y potenciador del desarrollo).

El lugar que se ocupa en este proceso (desde el mero reconocimiento a la aceptación) implica diferencias sustantivas en la forma en que los sujetos viven su

sexualidad. Quienes sólo reconocen su orientación sexual asumen ser homosexuales, sin embargo, no existe un nivel de conformidad con ello. Por lo tanto, un sujeto puede participar en espacios de sociabilidad del mundo *gay*, decirse homosexual y aún así el proceso de aceptación de su orientación puede estar inconcluso.

Esta situación cobra especial relevancia en la prevención del VIH/SIDA, debido a que el lugar en que se encuentre un sujeto respecto al proceso de aceptación de su orientación sexual, afectará su autoestima, sus formas de vivir las relaciones de pareja, las expectativas respecto al futuro y por tanto interfiere en la adopción de medidas de autocuidado en su salud sexual. De esta manera, se presupone que a mayor aceptación de la identidad homosexual mayor adopción de medidas preventivas y autocuidado.

La dotación de sentido de la prevención

La existencia de una cultura *gay* diversa, sin referentes únicos y dominantes, implica una precariedad de bienes simbólicos y de referentes compartidos y legitimados colectivamente que “posibiliten moverse predictivamente en las redes sociales y en los intercambios de la vida cotidiana” (Buxo en Díaz, 1995, p77). Esto se traduce en dificultades en la oportunidad de proyectar un futuro y otorgar sentidos a la vida homosexual y por tanto al autocuidado como parte de ella. La vivencia homosexual presenta dificultades en la construcción de proyectos de vida que integren la afectividad de los sujetos, por tanto la dotación de sentido de la vivencias homoeróticas aparece como un tema a resolver en el contexto preventivo (Muñoz, 2003).

La interrogante a dilucidar en este contexto es entonces cómo los sujetos homobisexuales van dotando de sentido las distintas esferas de su vida y por tanto otorgando un lugar relevante al propio bienestar y con ello dotando de sentido la acción preventiva.

Entendemos que, en la medida que el autocuidado, la prevención del VIH/SIDA y el uso del preservativo sean significados desde los sujetos homobisexuales hacia si mismos tendremos entonces la posibilidad que éstas se implementen. De no ser así, se estaría reafirmando la idea de la prevención como algo externo, ajeno, como parte de la normatividad social y por tanto como posible de transgredir y soslayar.

3.6 VIH/SIDA Y PODER MEDICO: EL DISCURSO DE LA PREVENCIÓN

De acuerdo a Helman (2000), con el declive de las religiones organizadas en las sociedades occidentales, las preocupaciones morales son expresadas de manera creciente en términos médicos, más que en términos religiosos. La medicina más que un simple sistema de ideas y prácticas científicas ha constituido un sistema simbólico que expresa valores, creencias y preocupaciones morales subyacentes

a la sociedad en que se desarrolla (Helman, 2000). De acuerdo a este mismo autor, en una era de secularización, las ideas religiosas de pecado e inmoralidad son expresadas ahora en términos de salud y enfermedad. Muchas metáforas médicas constituyen hoy en día parte del discurso cotidiano: “una sociedad enferma”, “una epidemia de crímenes”, son algunos ejemplos del modo en que el lenguaje médico sirve para referirse a problemas sociales más amplios.

Así, más que la condena al comportamiento pecaminoso, hoy se establece, a través del discurso médico, la censura a aquellos comportamientos considerados no saludables o riesgosos. Del mismo modo, muchos problemas que antes eran adscritos al dominio de la moral se han desplazado al ámbito de la medicina o a la psiquiatría¹²

La primera sospecha sobre el sistema médico como aparato de control social proviene de Foucault, quien devela a través de sus revisiones históricas el modo en que las instituciones médicas actúan como agentes de control social (Waitzin and Waterman, 1974). Freund (1982) define como control social “las maneras en las cuales una sociedad se asegura a si misma un comportamiento apropiado y respetable y controla la productividad de sus miembros” (Freund, 1982:16). Los mecanismos de control social aseguran el buen funcionamiento del orden social y la mantención de sus arreglos jerárquicos. El control descansa en la violencia, la fuerza, la persuasión y la manipulación, y puede ser impuesto de manera externa así como internalizado.

El control social afecta a todos los grupos sociales, independientemente de la posición que ocupen en el orden social, aunque indudablemente aquellos con menos poder están más sujetos al control y la restricción. Un ejemplo claro lo constituyen las mujeres pobres, que han sido sistemáticamente objeto de políticas de control de natalidad que niegan el control de ellas sobre sus propios cuerpos (op. cit.).

El concepto de control social, vincula los conceptos de poder y salud, ya que supone la necesidad de controlar el comportamiento, las actitudes y los cuerpos físicos de los individuos que componen la sociedad. Asimismo, los mecanismos de control social se transforman a lo largo de la historia del mismo modo en que cambian el capitalismo y el desarrollo tecnocientífico. Desde esta perspectiva, el control social moderno, en las esferas privadas y públicas, estaría caracterizado por una creciente invisibilidad. Se trata de un control que ha sido internalizado dentro del cuerpo y que en último término descansa en la manipulación de la información y otras formas de coerción indirecta cada vez más invisibles (op.cit.).

En este ámbito, las epidemias constituyen fenómenos sociales claves para entender el modo en que el poder médico opera al interior de una sociedad. Esto, porque la epidemia genera respuestas en las que se ponen en juego las ideologías, prejuicios y sistemas de discriminación operantes. Asimismo, en el diseño de las respuestas a la epidemia pueden leerse contenidos con respecto a cuál es el proyecto social que se intenta defender y cuáles son los

¹² Un ejemplo claro de esto lo constituye el alcoholismo o en el ámbito de la sexualidad las llamadas “parafilias”.

comportamientos normados como correctos. No se trata por lo tanto de estrategias neutrales diseñadas para el freno de una enfermedad infecciosa, sino que de respuestas basadas primeramente -sobre todo al inicio del *outbreak*- en el pánico y los prejuicios (Streefland, s/a). A este respecto, se señala por ejemplo que el culpar y aislar a las víctimas es una reacción que aparece con frecuencia en distintos contextos culturales (Op. Cit.)

EI VIH/SIDA

Desde su aparición, la epidemia del VIH ha sido interpretada de variadas maneras, dependiendo del contexto cultural en que se desarrolla. El VIH ha sido usado como metáfora de diversos males sociales, contribuyendo a la estigmatización que aquellos grupos considerados en mayor riesgo.

Weeks (1995) plantea que el SIDA ha generado varias tendencias, que dan cuenta de preocupaciones más amplias. Primero, genera un sentido de crisis y "final", alimentado por el rápido cambio cultural y sexual previo a la aparición del SIDA. En segundo lugar, recuerda las complejidades de las identidades contemporáneas, sobre todo en términos sexuales. La asociación entre el surgimiento de estas identidades y la amenaza de la enfermedad contribuyó a reforzar la incertidumbre sexual y a alimentar los absolutismos morales y contraataques culturales. En tercer lugar, el SIDA habla de una revolución inacabada en las relaciones sexuales occidentales, donde se constata un derrumbe de certidumbres, la explosión de diversidad, una incompleta democratización de las relaciones y una tensión entre deseos individuales y pertenencias colectivas. Al mismo tiempo y en cuarto lugar, Weeks plantea que el VIH/SIDA ha producido nuevas solidaridades y sensibilidades que pueden llevar al desarrollo de un humanismo radical.

Streefland (s/a) plantea que una epidemia no sólo se compone de fenómenos biológicos relacionados a la transmisión de una enfermedad infecciosa. Una epidemia para ser tal, requiere de un conjunto de fuerzas sociales, de comportamientos y reacciones humanas que van dándole forma. El estudio de las epidemias como fenómenos sociales ha entregado luces para comprender cómo la respuesta humana va configurando su curso.

Las falencias en la respuesta de salud pública juegan un rol importante en el modo en que la epidemia del VIH se desarrolla en una sociedad determinada. Esta idea es central para comprender que las decisiones que se toman en el ámbito de las políticas de salud, tienen una repercusión en cómo la epidemia se expande o se frena.

En un contexto de respuesta insuficiente, el VIH tiende a concentrarse en aquellos grupos más vulnerables; en el caso de América Latina se trata de las mujeres pobres y hombres homobisexuales u hombres que tienen sexo con hombres.

En este sentido, el pánico moral generado por el VIH/SIDA y su interpretación de castigo a la “desmoralización” y a la desviación sexual, dio lugar al desarrollo de una serie de políticas de prevención que implícitamente planteaban que la causa última de la diseminación del VIH eran los comportamientos sexuales de las personas más que la adopción o no adopción de medidas preventivas. Al respecto, Bolton (1998) plantea que se ha privilegiado un enfoque centrado en los peligros del sexo, contribuyendo de este modo a la agenda conservadora basada en la erotofobia. La evaluación negativa de la sexualidad y la estigmatización de aquellos que eligen el riesgo sexual, ha tenido consecuencias contraproducentes para la prevención, ya que frente al juicio, las estrategias preventivas y en particular, el uso del preservativo aparecen impuestas como norma. De esta manera, el discurso medicalizante de la sexualidad, que reduce la prevención a la adopción de la profilaxis, niega los otros aspectos involucrados en la sexualidad como experiencia humana compleja, cargada de sentidos múltiples.

Del mismo modo, Bolton plantea también que la mayoría de los estudios que buscan aportar a la prevención explican el involucramiento en sexo no seguro a partir de factores como las relaciones de poder, baja autoestima y otras variables de personalidad y se han centrado en el comportamiento “multipareja” (antes denominado como promiscuidad sexual) como el factor que pone a los individuos en riesgo. Sin embargo, de acuerdo a este autor, lo que hace tan difícil enfrentar la epidemia es el hecho de que la transmisión ocurre precisamente en el contexto de las experiencias de la vida humana más significativas y emocionalmente cargadas. A este respecto, los estudios tradicionales han fallado en reconocer al amor y a la búsqueda de estabilidad como un factor que puede estar asociado al riesgo y que puede jugar un papel también en los encuentros casuales. Este autor señala que este elemento ha sido negado debido “a los absurdos estereotipos sobre el sexo promiscuo, sobre la sexualidad de los hombres gay, de los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas, y sobre las personas de otras culturas. Sólo las normales, monogámicas, heterosexuales y burguesas costumbres de clase media verdaderamente conocen el amor y no están en riesgo. Eso parece ser lo que se asume” (Bolton, 1998: 373).

Finalmente, este autor plantea que contrariamente al dogma prevaleciente en la prevención de la transmisión sexual, la manera de enfrentarla es liberar la sexualidad y no retornar a un *ethos* sexual conservador. La promoción del placer puede hacer lo que el discurso contrario no ha hecho hasta ahora; esto significa aumentar la gratificación sexual y no reducirla. Bolton concluye que “no es nuestro deber reducir la cantidad de relaciones sexuales que la gente tiene, solamente reducir el número de aquellos que son infectados con VIH como resultado de sus relaciones sexuales. Irónicamente quizás, podríamos reducir la transmisión del VIH aumentando la cantidad y calidad del sexo que la gente tiene” (Bolton, 1998: 376).

IV MARCO CONCEPTUAL

4.1. CONCEPTOS EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD:

- *Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH):* Corresponde a los hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres, independientemente de cómo se identifiquen respecto a su orientación sexual. Es decir, este concepto define una categoría de personas según una opción de comportamiento y no la identidad socio-cultural de un grupo social. Al mismo tiempo, pretende reconocer la heterogeneidad e incluye diversas identidades, características sociodemográficas, roles sociales y experiencias sexuales con mujeres.
- *Identidad Sexual:* Se refiere a la noción que se tiene de sí mismo(a) en el campo de lo sexual. Desde el punto de vista de la orientación sexual, generalmente tiene que ver con si una persona se considera “heterosexual”, “bisexual”, “homosexual”, “gay” u otras identidades sexuales definidas culturalmente. Este concepto comprende no sólo la esfera sexual, sino también la esfera afectiva y la implicación de ambas en comportamientos y relaciones humanas.
- *Orientación Sexual:* alude a la preferencia y/o el deseo sexual por personas del mismo o distinto sexo. En ella intervienen un proceso interno (el deseo) y el aprendizaje social (Ardila et. al., 2003) y no necesariamente se relaciona con los roles de género aprendidos. La orientación sexual se refiere entonces a la disposición afectiva, erótica y psicológica hacia donde una persona dirige sus deseos sexuales.
- *Prácticas Sexuales:* Se refiere a todas aquellas acciones susceptibles de otorgar placer sexual a los individuos. Dichas acciones pueden ser individuales o implicar el intercambio con otros, pueden implicar contacto físico directo o situarse a nivel de la estimulación y el placer psicológico. La distinción entre las prácticas que se consideran sexuales dependen de definiciones sociales y culturales y de la subjetividad individual que puede atribuir un significado sexual a determinadas acciones (Donoso, 2001). Siguiendo la bibliografía revisada, precisamos en esta definición que el concepto de práctica sexual se refiere a aquellos comportamientos realizados habitual o repetidamente, distinguiéndose del concepto de comportamiento sexual que puede referirse a cualquier tipo de actividad sexual independientemente de su periodicidad (Engendered Health, sin año).

4.2. CONCEPTOS EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA:

- *Vulnerabilidad:* alude al grupo de acciones y/o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de VIH (ONUSIDA, sin año). Este concepto se expresa en términos epidemiológicos (exposición al riesgo de adquisición del VIH), médicos, (nivel de calidad en el cuidado médico, cobertura de los servicios y programas de prevención, asistencia, apoyo social y mitigación de los efectos), Derechos Humanos y sociales (deprivación de algunos o de todos los derechos a los servicios sociales, presencia de determinantes culturales, leyes o prácticas sociales, creencias, etc.). Finalmente, en términos individuales, la vulnerabilidad alude a la capacidad o susceptibilidad del individuo para adquirir el VIH.
- *Prevención Primaria:* Se refiere a las acciones políticas, sociales e individuales destinadas a prevenir la transmisión de la epidemia del VIH a nivel macro y microsocioal. La prevención primaria del VIH busca reducir la infección por VIH a través de la eliminación de las conductas de riesgo (British Columbia Persons with AIDS Society, 2004).
- *Prevención Secundaria:* Se refiere a las medidas de autocuidado entre las personas que han adquirido el VIH, en particular en relación a la prevención de la reinfección por VIH -que no sólo puede aumentar la carga viral sino también facilita el intercambio de cepas resistentes a ciertos antiretrovirales- y se orienta a prevenir la adquisición de otras infecciones de transmisión sexual. También este término se utiliza para aludir a la entrega de apoyo apropiado a las personas VIH positivas para asistirles en el desarrollo y mantención de un repertorio de comportamientos destinados a la reducción de riesgos (Op. cit.). En algunas comunidades de personas viviendo con VIH este concepto ha comenzado a ser cuestionado y se propone en su reemplazo la utilización del concepto “prevención positiva” para dar cuenta del hecho que las personas viviendo con VIH deben apropiarse de su propio autocuidado, determinando y dirigiendo el curso del mismo (ONUSIDA, 2004). Sin embargo, en el contexto de este estudio mantenemos la definición de prevención secundaria puesto que dicha discusión aún no ha sido instalada en el contexto nacional.
- *Conducta de Riesgo:* Se entiende como toda acción de exposición al VIH/SIDA (Jacob & Reyes, sin año). Convencionalmente este concepto se ha utilizado para dar cuenta de las prácticas sexuales no protegidas que exponen a la adquisición del VIH, pero también puede referirse a exposición a través de otras vías de infección tales como la transmisión sanguínea e intravenosa. De esta manera también pueden considerarse conductas de riesgo el uso compartido de jeringas y agujas y el no seguimiento de las medidas profilácticas universales en la atención de salud.

- *Riesgo*: En términos generales, la noción de riesgo refiere a la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. En términos epidemiológicos, riesgo es una medida, un factor de riesgo es toda característica o circunstancia puntual detectable en una persona o grupos, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores (Barzani et. al. s/f). Sin embargo, el uso del concepto de riesgo tiene el peligro de estar asociado a las conductas practicadas por determinados individuos que transgreden el sistema normativo. La noción de riesgo y la elaboración de grados de desviación de la norma convierten a las personas en individuos con perfiles de riesgo, lo que se considera desviación tiene que ver con el significado social del comportamiento, más que con el comportamiento en sí, y fundamentalmente la desviación se encuentra justificada por la distancia respecto a un criterio de normalidad variable, cultural e históricamente determinado (Ibid).
- *Autocuidado*: Se define como el proceso en el cual las personas actúan por sí mismas en el cuidado de su salud (Hardon et al, 2001), de manera informada, tomando decisiones y medidas de prevención del VIH o en la detección y el tratamiento, en el caso de las personas que han adquirido el virus.
- *Aceptabilidad*: la Real Academia de la Lengua Española define “aceptabilidad” como el conjunto de condiciones necesarias para que algo sea aceptado o recibido voluntariamente y/o sin oposición. Aplicado al uso del preservativo masculino implica las variables que influyen en que las personas “acepten voluntariamente y/o sin oposición” el uso del condón. Los estudios sobre aceptabilidad del condón revisados, hacen referencia al testeo y evaluación de las características del condón como producto (forma, color, olor, grosor, lubricación, etc.). También en algunos estudios se identifican las ventajas y las desventajas del preservativo desde la perspectiva de los usuarios/as. El concepto de aceptabilidad permite dar cuenta de una actitud favorable o desfavorable respecto al condón. En síntesis, el concepto de aceptabilidad sólo implicaría una evaluación de las características del condón como producto, en un análisis que no considera las barreras socioculturales implicadas en su utilización.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país indican que el VIH/SIDA continúa afectando principalmente a hombres homo/bisexuales¹³. Hasta el año 2003 un 88,7% de los casos corresponde a hombres y 69% de los casos corresponde a la categoría de exposición homo/bisexual (CONASIDA, 2001). Asimismo, el análisis de las características de la epidemia en Chile, al igual que en otros países de la región latinoamericana, ha llevado a la constatación de que el VIH no se encuentra “encapsulado” en la población homosexual ya que un porcentaje considerable de hombres que practica relaciones sexuales con otros hombres tiene de manera concomitante relaciones sexuales seriales o concurrentes con mujeres y no necesariamente reconocen una identidad sexual homosexual. Esto ha llevado al uso de la categoría “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” (HSH) como una manera de centrar el análisis en la conducta sexual y de reconocer dentro de este grupo la heterogeneidad de identidades sexuales y de género, clases sociales, roles sociales y formas de relacionamiento con mujeres.

Si bien la categoría de HSH se utiliza para abordar de manera inclusiva la diversidad de prácticas homoeróticas, ello no implica que debamos prescindir del uso de la categoría homosexual, en la medida en que muchos de los hombres que están siendo afectados por el VIH se adscriben a este último grupo¹⁴ y entendemos que el modo en que es vivenciada la identidad homosexual incide en la prevención del VIH/SIDA.

Cuando se habla de hombres homobisexuales se hace referencia a aquellos hombres que a partir de su sexo, su orientación sexual y los patrones culturales de la sexualidad llegan a construir una identidad autodefinida como homosexual. Si bien esto implica un reconocimiento de la orientación homoerótica no necesariamente lleva a una aceptación plena de la homosexualidad debido a las dificultades impuestas por la homofobia cultural.

En nuestro país desde 1987 se han desarrollado diversas acciones tendientes a promover de manera focalizada el uso del preservativo entre hombres que tienen sexo con hombres, entre ellas la entrega de material informativo y la distribución de preservativos en lugares de contacto homosexual, incluyendo el circuito comercial y lugares públicos de encuentro.

Como resultado de estas intervenciones se constata que en la población homosexual existe un conocimiento y un uso del preservativo mayor que en la población en general. Sin embargo, esto no implica un uso correcto y sostenido del mismo.

¹³ Boletín Epidemiológico CONASIDA No 15, Diciembre de 2003.

¹⁴ En este mismo sentido se plantea una crítica al uso de la categoría HSH, como un concepto aséptico, que invisibiliza la problemática homosexual vinculada a la homofobia y la discriminación (Fuente: entrevista a Francisco Vidal).

En este contexto, pareciera relevante abordar críticamente el concepto de aceptabilidad del preservativo. La Real Academia de la Lengua Española define “Aceptabilidad” como el conjunto de condiciones necesarias para que algo sea aceptado o recibido voluntariamente y /o sin oposición. El concepto de aceptabilidad permite dar cuenta de una actitud favorable respecto al condón pero no necesariamente a través de este concepto se hace alusión a la implementación del uso correcto y sostenido del preservativo.

Con el fin de responder a los objetivos planteados en este estudio, se propone la identificación y análisis de los factores que facilitan y/o dificultan la utilización correcta y sostenida del preservativo. De esta manera, se amplía la perspectiva del estudio, haciéndolo coherente con su contexto sociocultural, con las características de la población objetivo y con la metodología propuesta. Además, se espera de este modo generar insumos para el diseño de estrategias preventivas efectivas.

Los antecedentes revisados muestran que, en términos generales, en la población homosexual existen varios factores implicados en el uso correcto y sostenido del preservativo. En primer lugar, el estudio sobre el uso del preservativo no puede excluir la investigación sobre la sexualidad y los comportamientos sexuales de los sujetos, puesto que la utilización del condón como práctica social ocurre en el escenario de la sexualidad de las personas. Asimismo, la sexualidad en tanto construcción socio-histórica responde a modelos y estructuras sociales en las que la sexualidad homoerótica ocupa un lugar de marginalidad y, de este modo, la prevención del VIH/SIDA se ve obstaculizada.

En segundo lugar, desde la perspectiva de este estudio, se señala la necesidad de incorporar los significados atribuidos a las relaciones de pareja como un factor de riesgo y como elementos que pueden obstaculizar el uso correcto del preservativo. Este estudio considera que el amor y la búsqueda de parejas estables en la población homosexual son elementos que deben ser problematizados para entender el uso o no uso del preservativo en este contexto.

Asimismo, resulta necesario incorporar una reflexión sobre el género y las identidades homobisexuales. El ordenamiento de género en las sociedades occidentales se ha construido sobre la desvalorización de las mujeres y lo tradicionalmente definido como femenino y sobre la supremacía de un modelo de masculinidad hegemónica que resume las características de lo que es socialmente deseable (trilogía macho/masculino/heterosexual). Este modelo tiene consecuencias en el desarrollo identitario de los/as individuos que son parte de este ordenamiento y por lo tanto influye en la configuración de identidades homobisexuales diversas que incorporan en distinta medida los patrones de género tradicionales, incidiendo en dos esferas: en la introyección de modelos (que genera homofobia internalizada) y en las relaciones de los sujetos con su entorno y sus pares.

Así, la construcción de la sexualidad homosexual no se desarrolla de manera ajena al ordenamiento de género e incluye en su configuración elementos de la masculinidad hegemónica: una sexualidad irrefrenable, activa, dominante y centrada en la inmediatez. Es decir, la sexualidad homosexual es masculina e incorpora los obstáculos para el desarrollo de conductas preventivas que aparecen en otros grupos de hombres.

Otro factor que incide en la prevención del VIH es la homofobia cultural. La homofobia constituye el conjunto de creencias estereotipadas, actitudes prejuiciosas, animosidad y disconformidad en contra de los homobisexuales (Ghunter, 1995 en Caro, 1997), a saber, es una actualización de la masculinidad hegemónica que es parte del entramado cultural occidental.

La homofobia es un dispositivo de exclusión-negación de la homosexualidad que se convierte en un mecanismo presente en los propios homobisexuales, internalizada culturalmente y ejercida entre los propios pares. Desde la perspectiva de este estudio se considera que la homofobia es un elemento que impide el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre de tabúes y elementos represivos y por lo tanto incide negativamente en la adopción de conductas preventivas y en el uso del preservativo.

De este modo, la homofobia tiene consecuencias negativas para la prevención del VIH al menos en dos sentidos. Primero, porque pone a los hombres que tienen sexo con hombres en una posición de vulnerabilidad frente al VIH¹⁵. Se trata de una vulnerabilidad psicológica y social cimentada en los efectos de la homofobia en la subjetividad individual (al ser internalizada por el sujeto) y colectiva (al marginar y relegar a los individuos a espacios sociales desvalorizados). En este sentido, se plantea una relación entre homofobia y comportamientos de riesgo asociados al sexo oculto, rápido, clandestino y por ende desprotegido.

En segundo lugar, la homofobia tiene como consecuencia que la construcción de identidades homobisexuales sea un fenómeno problemático, cuyo resultado es la existencia de identidades fragmentadas que no logran articular un referente para aquellos que buscan reconocer y aceptar su homosexualidad. La identidad fragmentada es un obstáculo para el desarrollo de un proyecto de vida acabado en el que el autocuidado adquiera importancia. En un contexto sociocultural donde la homosexualidad es valorada negativamente se carece de modelos que integren la homosexualidad con otras dimensiones de la vida de los sujetos y que proporcionen referentes para proyectar un futuro centrado en el desarrollo y en el bienestar, por lo cual el autocuidado de la vida y el cuerpo no parece relevante para el individuo (Muñoz, 2003).

En esta misma línea de análisis, resulta relevante también interrogar los discursos sobre a la prevención del VIH/SIDA que han sido instalados socialmente hasta

¹⁵ A esto debe agregarse la vulnerabilidad fisiológica de las relaciones sexuales anales, como mecanismo altamente efectivo de transmisión.

ahora. El pánico moral generado por la emergencia de la epidemia contribuyó al desarrollo de aproximaciones a la prevención que implícita o explícitamente condenan la sexualidad e imponen el autocuidado como norma y como tal, susceptible de trasgresión. Junto con esto, se constata que esta visión ha llevado a ignorar otras dimensiones de la prevención tales como el rol de la vivencia sexual, el placer y el amor, en el contexto de parejas homobisexuales. Estos elementos han sido excluidos del análisis de riesgo frente al VIH, como resultado de los prejuicios con que se ha estudiado la homosexualidad y los relacionamientos homosexuales (Bolton, 1998).

Por otro lado, transcurridos veinte años de desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA en Chile, nuevos problemas han aparecido tales como la necesidad de prevención secundaria, esto último como consecuencia del desarrollo y masificación de los tratamientos antiretrovirales que prolongan la esperanza de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA. La prevención secundaria se orienta a prevenir la reinfección por VIH y el intercambio de cepas de virus resistentes a ciertos medicamentos antiretrovirales, cuestión que pone en riesgo su efectividad en el mediano y largo plazo. La promoción del uso del preservativo es un tema crítico entre los homobisexuales y otros HSH que viven con VIH/SIDA, por lo que se hace necesario conocer las percepciones que ellos tienen en torno al uso del preservativo y cuáles son los factores implicados en una mayor o menor aceptabilidad e identificar los factores que promueven y obstaculizan su uso.

Por otro lado, como se ha planteado anteriormente, existe un alto porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres de manera clandestina y esporádica los que no necesariamente reconocen aquello como una práctica sexual habitual - incluso cuando es frecuente- y por lo tanto no realizan una gestión del riesgo efectiva. Probablemente esto incide de manera negativa en la implementación de estrategias de prevención. Ellos constituyen un grupo social distinto que debe ser abordado con una estrategia *ad-hoc*. Por lo tanto se hace necesario también indagar en los factores que en este grupo en particular se asocian al uso correcto y sostenido del condón.

En síntesis, consideramos que un estudio focalizado en hombres homobisexuales y HSH que viven con VIH y seronegativos, debe poner atención a las prácticas y contextos culturales y situacionales que pueden afectar el uso del preservativo, identificando factores que facilitan o inhiben su uso y que pueden ser incluidos en una estrategia promotora del preservativo. También, resulta necesario indagar en aquellos fenómenos subjetivos, individuales y colectivos relacionados a la identidad y más ampliamente a la imagen de sí mismo que pueden influir en el uso correcto y sostenido del condón tales como: percepciones en torno a las relaciones de pareja, existencia de identidad homosexual, homofobia internalizada y la influencia del poder del mandato médico en la implementación de estrategias de autocuidado. También debe considerarse, como factores a estudiar, el refuerzo de grupos de pares y la participación en espacios de sociabilidad homosexual, en particular a través de la participación en organizaciones sociales homobisexuales o de personas viviendo con VIH.

En atención a lo expuesto anteriormente, este estudio se plantea conocer y evaluar la aceptabilidad del condón masculino y de lubricantes, como método de prevención primaria y secundaria del VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres, poniendo especial énfasis en identificar los factores y acciones relevantes para la implementación de una estrategia de promoción y uso en dicha población. Este proyecto pretende, a partir del análisis de los datos y del conocimiento de las organizaciones involucradas en el mismo, avanzar en el conocimiento en torno a los factores culturales, sociales y psicológicos que favorecen y obstaculizan el uso del preservativo y lubricantes en los hombres homobisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, distinguiendo las necesidades específicas de al menos cuatro subgrupos: los HSH seronegativos que participan en organizaciones y los que no participan en ellas y los HSH que viven con VIH/SIDA que participan y no participan en agrupaciones de PVVIH. La estrategia metodológica es de carácter cualitativo y pretende, a través del análisis de discurso, dar cuenta de la visión subjetiva de los individuos.

VI. OBJETIVOS

Objetivos Generales

1. Conocer y evaluar la aceptabilidad del uso del condón masculino y de lubricantes en la población objetivo, como métodos de prevención primaria y secundaria.
2. Identificar factores que facilitan o inhiben el uso correcto y sostenido de preservativos y lubricantes por parte de las personas HSH.
3. Identificar factores y acciones relevantes para la implementación de una estrategia de promoción y uso del preservativo y los lubricantes en la población estudiada.

Objetivos Específicos

1. Indagar en los conocimientos, actitudes y conductas que se presentan en la población homobisexual, en cuanto a las prácticas de sexo seguro y las medidas de autocuidado y prevención.
2. Conocer en qué medida la población HSH masculina que vive con VIH/SIDA, incorpora el concepto de prevención secundaria y lo relaciona al uso correcto y sostenido del preservativo.
3. Conocer la aceptabilidad que existe en relación al uso del condón masculino y de lubricantes en las personas HSH, considerando su uso efectivo y potencial.
4. Describir la situación de las personas HSH estudiadas en relación a las condiciones de riesgo y vulnerabilidad, asociadas al uso sistemático de preservativos, considerando los aspectos sociales, psicológicos, culturales y económicos que pueden incidir en su utilización o no utilización.
5. Establecer diferencias en materia de riesgo y vulnerabilidad, entre las personas HSH investigadas, identificando los factores determinantes de esas diferencias a partir de una tipología.
6. Describir y analizar, desde las perspectivas de riesgo y vulnerabilidad, el uso correcto y sostenido de preservativos y lubricantes, considerando los espacios de sociabilidad en que las personas HSH participan.
7. Proponer conceptos, acciones y estrategias pertinentes de ser empleados en una campaña para promover el uso del condón masculino y de los lubricantes en la población estudiada.

VII. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio de carácter cualitativo se centró en el descubrimiento del significado, los motivos y las intenciones de las acciones de los sujetos (Delgado & Gutiérrez, 1995), considerando la realidad como un proceso en constante construcción en la interacción de los integrantes de un grupo social (Pérez, 1994). La producción de los datos se produjo en la interacción de sujetos investigadores y otros investigados, es decir, a partir del encuentro entre subjetividades que interactúan en función a un fenómeno de estudio.

El estudio tuvo además un carácter descriptivo, ya que pretendió dar cuenta de una realidad sobre la cual ya existen antecedentes de investigación pero que requieren de mayor profundización. Este estudio se basó en un diseño de investigación emergente, en el que las decisiones metodológicas se definieron de acuerdo a los resultados presentados en cada etapa del estudio.

7.2. LA MUESTRA

En esta investigación se utilizó un muestreo intencional de acuerdo a los objetivos del estudio y a los antecedentes e hipótesis existentes en el tema.

Población Objetivo:

La población objetivo del estudio correspondió a la población homosexual y de otros hombres que tienen sexo con hombres incluyendo a aquellos que tienen prácticas bisexuales, pertenecientes a los sectores medio-bajo y bajo, de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.

Definición de la muestra de participantes:

Para este estudio se propusieron como criterios muestrales generales las siguientes variables:

- **Sexo:** Masculino.
- **Condición HSH:** Hombres que reportan tener sexo con otros hombres.
- **Nivel socioeconómico:** Se incluyó a personas de estrato social medio - bajo y bajo. Esta decisión se fundamenta en los antecedentes epidemiológicos que indican claramente que el VIH se concentra en los estratos sociales medio y medio bajo. Por ejemplo, el nivel de escolaridad de los hombres de 15 a 49 años notificados por VIH/SIDA en los años 1999 - 2003 se concentra en la enseñanza media con alrededor de un 60% de los casos (CONASIDA, 2003). Asimismo, en relación a la ocupación de este mismo grupo, destaca el hecho que para el período 1999 - 2003 alrededor de un 55,9% de los casos se concentra en la categoría operario, seguido por la categoría oficinista, con alrededor de un 21,3% (CONASIDA, 2003).

- *Uso del preservativo:* Se incluyeron sujetos que reportaron conocer y haber usado alguna vez en la vida el preservativo masculino.

El criterio de selección se centró en las variables que se presumieron asociadas a la aceptabilidad del preservativo en esta población específica, tales como la edad y la participación en organizaciones sociales que promueven la prevención primaria y secundaria (organizaciones homosexuales y de personas viviendo con VIH). Asimismo, se consideraron otras variables que pudieran estar relacionadas con la aceptabilidad del preservativo, tales como, la situación de pareja y la práctica de bisexualidad, las que debido a su complejidad, fueron abordadas a través de las entrevistas en profundidad.

Variables comparativas incluidas en el diseño muestral:

- *Edad:* El estudio se concentró HSH entre 15 años y 49 años. Esta decisión se basa en los antecedentes epidemiológicos que indican que el principal grupo de edad afectado por VIH/SIDA tiene entre 20 y 49 años y concentra el 84,4% de los casos (CONASIDA, 2003). Para la realización de grupos focales se consideraron comparativamente tres rangos etéreos: uno de 15 a 20 años, de 18 a 29 años y otro de 30 a 49 años.
- *Condición serológica:* Se incluyeron personas que señalaron vivir con VIH y personas que señalaron no vivir con VIH. Debido a consideraciones éticas, sólo se consideró la condición serológica declarada de manera verbal.
- *Participación en organizaciones homosexuales y/o de PVVIH:* Se incluyeron sujetos que reportaron haber participado en organizaciones de este tipo durante el último año y sujetos que reportaron no haber participado en dichas organizaciones.
- *Situación de pareja:* Se incluyeron a sujetos que reportaron tener actualmente pareja sexual exclusiva, desde hace al menos seis meses y que reportaron no tener actualmente pareja sexual exclusiva.
- *Prácticas bisexuales:* Se incluyeron a sujetos que declararon haber tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres en los últimos dos años. Esta decisión se fundamenta en diversos estudios que señalan que la mayoría de los hombres homosexuales atravesaron por una etapa en que predominaron conductas heterosexuales antes de llegar a la aceptación de su orientación sexual (Bartolotto, 1996; Bucarey & Delgado, 2000). Así entonces, se buscó incluir a hombres que mantengan prácticas bisexuales de manera sostenida.
- *Nivel de uso de preservativo:* en las entrevistas en profundidad se incluyó a sujetos que declararon usar frecuentemente el preservativo y a sujetos que declararon no usarlo.
- *Identidad Homosexual:* se incluyó a sujetos que se adscriben a distintas formas de vivir la homosexualidad en términos de su identidad y reconocimiento interno/externo de su orientación sexual: modelo de "Macho", "Loca", clandestino y alternativo.

Localización y convocatoria de los sujetos

Para acceder a los sujetos requeridos de acuerdo a los criterios muestrales señalados, se realizaron distintas actividades:

- Se contactaron distintas organizaciones homosexuales y/o de PVVIH en las regiones de Antofagasta, Valparaíso y Metropolitana. Se mantuvieron conversaciones con dirigentes y funcionarios, a quienes se les hizo llegar una hoja de inscripción con las características de los sujetos que el estudio requería.
- Se redactó una invitación abierta convocando sujetos que cumplieran con las características estipuladas. Se creó un correo electrónico específico con el propósito de permitir a los interesados plantear consultas acerca del estudio y motivar de esta manera su participación. Estas invitaciones fueron distribuidas en espacios de encuentro homosexual de Santiago.
- Se publicaron invitaciones abiertas en sitios web destinados a personas homosexuales. En dichos sitios se localizaron páginas virtuales (“de contacto”) que permitieron colocar en ellos avisos para motivar la participación en este estudio. Se publicaron avisos en los sitios de contacto dirigidas a personas con conductas homosexuales, bisexuales y de personas que viven con el virus.
- Finalmente, a los mismos participantes de grupos focales ya efectuados se les sugirió la posibilidad de contactar conocidos o cercanos que cumplieran con las características requeridas y lograr así ser invitados por ellos mismos a los grupos focales siguientes o entrevistas en profundidad.

Número de Grupos Focales y Entrevistas en Profundidad

Se realizaron un total de once (11) Grupos Focales. Los dos primeros, dentro de la Primera Etapa del Estudio, con el fin de probar y precisar los instrumentos a utilizar, los que son distintos para HSH que viven con VIH y HSH seronegativos. Una vez validadas las categorías de análisis diseñadas, se desarrollaron nueve (9) Grupos Focales.

Se realizaron dieciocho (18) entrevistas en profundidad. Las entrevistas en profundidad desarrolladas se focalizaron en características relevantes tales como la situación de pareja, prácticas bisexuales y aceptabilidad del condón. Los perfiles de los entrevistados en profundidad y los instrumentos utilizados fueron definidos de acuerdo al análisis de los grupos focales. De esta manera fue posible profundizar en aquellas temáticas o aspectos de la investigación que resultaron más relevantes.

Distribución de entrevistas y grupos focales en las distintas regiones:

- Se realizaron tres (3) grupos focales en Valparaíso y seis (6) en Santiago
- Se realizaron cinco (5) entrevistas en profundidad en Antofagasta, dos (2) en Valparaíso y once (11) en Santiago.

Se presenta a continuación una tabla que expone la información anterior:

Regiones	Ciudad	Grupos Focales	Entrevistas
Región Metropolitana	Santiago	6	11
V Región	Valparaíso	3	2
II Región	Antofagasta	-	5
Total		9	18

Etapas del Trabajo en Terreno

En la primera fase de cinco semanas (del 13 de septiembre al 18 de octubre) se realizaron siete grupos focales.

Posteriormente se estableció una semana de trabajo para el análisis preliminar de los grupos focales (del 18 al 24 de octubre). En este análisis preliminar se definieron las características que tendrían los grupos focales que restaba realizar, se definieron además nuevas pautas y se definieron los perfiles para las entrevistas en profundidad y los temas que debían ser abordados en esas pautas. En la tercera fase se realizaron dos grupos focales y 18 entrevistas en profundidad (25 de octubre al 14 de noviembre).

7.3 ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES DE LOS ÁMBITOS ACADÉMICOS Y DE SALUD

En la primera parte del estudio se realizaron entrevistas estructuradas a dos informantes del ámbito académico que han desarrollado investigaciones con el grupo objetivo de este proyecto. Estas entrevistas tenían por finalidad aportar a la revisión de antecedentes en el tema y al mismo tiempo recoger *inputs* para la reformulación de las categorías de análisis así como para la elaboración de los instrumentos de recolección de información.

Asimismo, se realizaron entrevistas estructuradas a dos profesionales del ámbito de la salud con experiencia directa de trabajo con HSH, tanto que viven con VIH como seronegativos. El objetivo de estas entrevistas fue recoger información sobre cómo se visualiza desde este ámbito el tema de la aceptabilidad del preservativo en estos grupos. Estas entrevistas contribuyeron a la revisión de antecedentes y a la formulación de pautas para los grupos focales.

7.4. GRUPOS FOCALES

Los criterios que guiaron la construcción de grupos focales fueron:

- Dos grupos focales con HSH que no viven con VIH y que participan en organizaciones sociales, en los rangos de edad 18 - 29 años y 30 - 49 años.
- Dos grupos focales con HSH que no viven con VIH, no participan en organizaciones sociales en el rango de 18 - 29 años.
- Un grupo focal con HSH que no viven con VIH, no participan en organizaciones sociales en el rango de 30 - 49 años.
- Un grupo focal con HSH que no viven con VIH, no participan en organizaciones sociales en el rango de 15 - 20 años.
- Dos grupos focales con HSH que viven con VIH que reportan una mayor participación en organizaciones PVVIH, en los rangos 30-49 años y 18-29 años, respectivamente.
- Un grupo focal con HSH que viven con VIH y que reportaron una menor participación en estas organizaciones, en el rango de edad 30 - 49 años.
- Se realizaron dos grupos focales de prueba uno con sujetos que no viven con VIH y otro con sujetos que si viven con VIH. Estos no fueron incluidos en el análisis.

A continuación se presenta una tabla que expone la distribución de los Grupos Focales

HSH que Viven con VIH/SIDA		Rango 15-20 años	Rango 18-29 años	Rango 30-49 años	Total
Participación en organizaciones	Mayor (Dirigentes voluntarios) y	-	-	2	2
	Menor (Beneficiarios)	-	-	1	1
HSH que No Viven con VIH/SIDA					
Participación en organizaciones	Sí	-	1	1	2
	No	1	2	1	4
Total		1	3	5	9

7.5. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Las entrevistas en profundidad se realizaron después del análisis preliminar de los datos obtenidos a través de los grupos focales. En éstas se profundizaron aquellas variables más complicadas de abordar a través de los grupos focales, especialmente aquellas relacionadas con la conducta sexual.

Considerando que estudios han demostrado que las personas que viven con VIH usan preservativos con más frecuencia que aquéllas que no han sido notificadas de vivir con el virus, y que aquéllas personas que viven con VIH que tienen múltiples parejas sexuales, lo usan con mayor frecuencia que aquéllas que tienen pareja sexual exclusiva (Vidal et. al., 2002; Sgombich, 2003), se estableció una comparación entre las personas que viven con VIH y aquéllas que no han sido notificadas por VIH.

Se realizaron entrevistas a sujetos con las siguientes características:

- Dos sujetos que reportaron un uso correcto y sostenido del condón: uno que señaló vivir con VIH y otro que señaló no vivir con VIH.
- Tres sujetos que reportaron no usar condón: dos que señalaron vivir con VIH y otro que señaló no vivir con VIH.
- Tres sujetos que reportaron tener prácticas bisexuales: uno que señaló vivir con VIH y dos que señalaron no vivir con VIH.
- Un sujeto cuya sexualidad fue referida como clandestina y que señaló no vivir con VIH.
- Dos sujetos cuyas identidades sexuales fueron referidas como gay masculino o “macho”, uno que señaló vivir con VIH y otro que señaló no vivir con VIH.
- Dos sujetos cuyas identidades sexuales fueron referidas como gay afeminado o “loca”, uno que señaló vivir con VIH y otro que señaló no vivir con VIH.
- Dos sujetos que fueron referidos como jóvenes “alternativos” con prácticas homosexuales, ambos reportaron no haber sido notificados por VIH.
- Tres sujetos que reportaron vivir con VIH y que no participan en organizaciones sociales.

A continuación se presenta una tabla que expone la distribución de las Entrevistas en Profundidad de acuerdo a variables relevantes de análisis.

Categoría	HSH con VIH	HSH no VIH	Total
Usa condón	1	1	2
No usa condón	2	1	3
Conductas bisexuales	1	2	3
Clandestinidad	-	1	1
Gay masculino	1	1	2
Gay afeminado	1	1	2
Alternativo	-	2	2
Jóvenes no organizados	3	-	3
Total	9	9	18

7.6. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

- *Grupos Focales:* La validación de las categorías utilizadas como guía en los Grupos Focales se desarrolló mediante la realización de dos Grupos Focales preliminares. Los sujetos a participar en estas instancias debieron cumplir cualquiera de los criterios muestrales señalados anteriormente, excepto participación en organizaciones homosexuales y/o de PVVIH. Esta decisión se relaciona con el supuesto de que los individuos que participan en este tipo de organizaciones poseen un conocimiento más especializado de los temas a indagar, lo que no permitía testear la comprensibilidad de las preguntas.
- *Entrevistas en Profundidad:* La pauta de entrevista utilizada fue elaborada sobre la base de las categorías de análisis diseñadas para los Grupos Focales.

7.7. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Se presentan a continuación las categorías de análisis utilizadas con sus respectivas definiciones.

Con el propósito de agrupar las categorías de análisis, éstas se ordenaron en diferentes ejes temáticos.

Es necesario señalar que se utilizaron las mismas categorías para el análisis tanto de los grupos focales y entrevistas a HSH que viven con VIH como a aquellos grupos y entrevistas a personas seronegativas. No obstante lo anterior, para los primeros fueron agregadas otras categorías de análisis relativas a la seropositividad, la serodiscordancia, la triterapia y su relación con

el uso de preservativos. Estas categorías de análisis se encuentran agrupadas en el eje temático “experiencia de vivir con VIH”.

I. SEXUALIDAD:

- Percepciones sobre sexualidad: Modo en que los sujetos resignifican su vivencia sexual.
- Percepciones sobre placer sexual: Modo en que los sujetos significan el placer y la gratificación sexual.
- Prácticas sexuales: Tipo de actividades sexuales que los sujetos realizan o han realizado habitualmente, incluye las percepciones sobre éstas.
- Tipo de encuentro sexual: Modo en que los individuos definen/nombran los relacionamientos sexuales que han tenido y tienen, en relación al tipo de pareja y el lugar en que se produce el encuentro sexual.
- Significados atribuidos a la afectividad: Se refiere al modo en que los sujetos perciben a la pareja sexual y los significados atribuidos a las relaciones pareja.

II. GENERO E IDENTIDAD SEXUAL

- Percepciones sobre la población homosexual: Modo en que los individuos perciben a los otros homosexuales de forma global, que características les atribuyen y cómo perciben su relación con ellos.
- Percepciones respecto a la propia orientación sexual: Modo en que los individuos perciben la orientación de su deseo sexual y los significados que atribuyen a su orientación.
- Percepciones sobre la identidad sexual: Modo en que los individuos se adscriben a una identidad sexual definida o categorías propias utilizadas.
- Percepciones sobre identidad de género: Modo en que los individuos se adscriben y recrean modelos de construcción social de diferencias sexuales y qué significados le atribuyen a otras identidades de género.
- Percepciones sobre homofobia y discriminación: Modo en que los sujetos refieren experiencias de discriminación y los significados que atribuyen a ellas.

III. CONDON

- Significados atribuidos al preservativo: Incluye percepciones, actitudes y creencias con respecto al preservativo, como también las características atribuidas a éste, las que pueden basarse o no en la experiencia.
- Acceso al preservativo: Incluye la forma y el grado en que los sujetos declaran acceder al preservativo.
- Factores situacionales que inciden en el uso/no uso del preservativo: Todos aquellos elementos externos al sujeto que inciden en el uso del preservativo, que no son permanentes, es decir, tienen una ocurrencia

acotada en el tiempo, tales como el lugar de encuentro sexual, disponibilidad del preservativo, estado alterado de conciencia.

- Formas de negociación del preservativo: Experiencias relatadas por los sujetos en las que no existe acuerdo en el uso del preservativo con la pareja sexual y modo en que los sujetos resuelven este desacuerdo. Incluye los argumentos que los sujetos utilizan para convencer al otro del uso del preservativo.

IV. VIH/SIDA

- Percepción sobre conocimiento e información: Modo en que los sujetos significan el conocimiento y la información que poseen respecto a las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA. Incluye también el conocimiento “lego” es decir las construcciones de conocimiento no científico que realizan los sujetos.
- Percepciones sobre las personas viviendo con VIH/SIDA: Características que los sujetos atribuyen a las PVVIH, incluye el rol que les asignan en la prevención del VIH/SIDA y el riesgo que perciben respecto a la interacción con las PVVIH.
- Percepción de riesgo frente al VIH/SIDA: Modo en que los sujetos se autoperciben en relación al riesgo de adquirir el VIH, incluye atribuciones asignadas a la propia conducta y a las características atribuidas a las parejas sexuales, entre otras.
- Estrategias personales de prevención implementadas: Repertorio conductual implementado por el sujeto con el fin de prevenir la adquisición o reducir el riesgo de ésta. Este puede basarse en conocimiento científico, conocimiento lego, creencias, mitos o experiencia propia o referida por otros.

V. LUBRICANTES

- Tipos de lubricantes utilizados: Incluye todos productos utilizados con el fin lubricar el ano antes o durante la penetración o con otros fines sexuales.
- Percepciones sobre uso de lubricantes a base de agua: Todos aquellos aspectos positivos y negativos atribuidos por el sujeto a uso de lubricantes a base de agua, estos aspectos pueden basarse en la experiencia, en las referencias de otros o en juicios a priori.
- Acceso a lubricantes a base de agua: Formas a través de las cuales los sujetos acceden a los lubricantes. Incluye lugares, disponibilidad y estrategias implementadas por los sujetos para obtener lubricantes.

VI. EXPERIENCIA DE VIVIR CON VIH

- Uso del preservativo: Modo en que la autopercepción de los sujetos como personas que viven VIH incide en el uso del preservativo.
- Relación entre serodiscordancia y uso del preservativo: Modo en que los sujetos que viven con VIH refieren la influencia de tener una relación sexual con una persona seronegativa en el uso o no uso del preservativo.
- Relación entre tratamiento antiretroviral y uso del preservativo: Modo en que los sujetos refieren la influencia de estar en TARV en el uso o no uso del condón.

A continuación se presentan las pautas utilizadas para el desarrollo de los Grupos Focales de sujetos seronegativos, que viven con VIH y la ficha anónima de participantes:

PAUTA FOCUS GROUP HSH SERONEGATIVOS

Protocolo:

- Presentación de la investigación y el equipo
- Presentación de los participantes, sólo nombre y edad
- Lectura de consentimiento informado, recalcando confidencialidad y libre participación, enfatizar libertad de lenguaje etc.
- Solicitar permiso para grabar

Dinámica de confianza: El color de la sexualidad

Se le entregará a cada participante un set de tarjetas de colores y se les pedirá que elijan el color que ellos asocien a la sexualidad. Cada participante deberá mostrar el color que eligió y explicar el por qué de su elección.

- 1) Para Uds. ¿Cómo se vive el placer en una relación sexual?
- 2) ¿Qué rol creen Uds. que juega el condón en una relación sexual?
- 3) (si aparecen muchos aspectos negativos preguntar por los positivos y viceversa) (indagar distinciones de acuerdo a rol activo/pasivo y efecto de situaciones, lugares donde se practica el sexo)
- 4) ¿Y los lubricantes? ¿Uds. Utilizan lubricantes? (sondear aspectos negativos del uso de lubricantes)
- 5) ¿Y qué piensan Uds. del VIH/SIDA? (esperar respuesta y agregar) ¿cómo ven la prevención?
- 6) ¿Y qué estrategias personales de prevención utilizan Uds.? ¿Cómo se cuidan?
- 7) Y cuando están enamorados ¿Es más fácil o más difícil usar condón? ¿por qué?
(Incorporar tema de pareja serodiscordante, qué pasa cuando el otro es PVVIH)
- 8) A ver, por ejemplo ahora ¿Cuántos de Uds. andan con preservativo? (esperar respuestas y agregar pregunta) ¿cuándo andan con preservativo Uds.?
- 9) En general ¿cómo consiguen preservativos? ¿es fácil o difícil para Uds. conseguir?
- 10) 9) Y el uso del condón ¿Es un tema de conversación con sus amigos y compañeros de carrete? (sondear si hablan el tema seriamente o en broma etc.)
- 11) ¿Cómo describirían Uds. a la gente homosexual o gay? (sondear juicios negativos)
- 12) ¿Cómo evalúan Uds. los mensajes que se han dado sobre el uso del condón?

PAUTA FOCUS GROUP HSH QUE VIVEN CON VIH

Protocolo:

- Presentación de la investigación y el equipo
- Presentación de los participantes, sólo nombre y edad
- Lectura de consentimiento informado, recalcando confidencialidad y libre participación, enfatizar libertad de lenguaje etc.
- Solicitar permiso para grabar

Dinámica de confianza: El color de la sexualidad

Se le entregará a cada participante un set de tarjetas de colores y se les pedirá que elijan el color que ellos asocien a su sexualidad como PVVIH.

La pregunta que debe motivar la elección es ¿Qué color asocian Uds. a su sexualidad como que viven con VIH? como personas con VIH?

Cada participante deberá mostrar el color que eligió y explicar por qué su elección.

- 1) Para Uds. ¿Cómo se vive el placer en una relación sexual?
- 2) ¿Y Uds. sienten que ha habido un cambio en su vida sexual después de la notificación por VIH? ¿Cómo ha sido ese cambio? (sondear adopción de estrategias preventivas)
- 3) ¿Y qué rol creen Uds. que juega el condón en una relación sexual? (si aparecen muchos aspectos negativos preguntar por los positivos y viceversa; Identificar barreras para el uso del condón).
- 4) ¿Y qué pasa con los lubricantes? ¿se usan lubricantes? (sondear aspectos negativos del uso de lubricantes)
- 5) Y cuando están enamorados ¿Es más fácil o más difícil usar condón? ¿por qué?
- 6) Y cuando se tiene pareja estable, ¿Cómo influye en la vida sexual si la pareja es seropositiva o seronegativa? ¿En qué caso se usa más/menos condón?
- 7) ¿Y qué piensan Uds. de la opción de no usar condón entre PVVIH?
- 8) ¿y cuantos de Uds. Toman tratamientos antiretrovirales? (esperar respuesta y agregar?) ¿Uds. creen que el tomar tratamiento afecta la vida sexual (deseo, desempeño sexual)?
- 9) Y ¿qué piensan Uds. de la idea de que cuando uno toma antiretrovirales hay un riesgo más bajo de transmitir el VIH (porque la carga viral está indetectable o es muy baja)?
- 10) Ahora sólo hablando del uso del preservativo, desde su experiencia ¿qué rol han cumplido los servicios de salud en instalar el uso del preservativo?
- 11) En el caso de los que usan preservativos ¿cómo consiguen condones Uds.?

PAUTA GRUPOS FOCALES CON SERONEGATIVOS, SEGUNDA ETAPA

Presentación. Se le pedirá a los participantes que se presenten y digan cuál es el lugar en el que más les gusta tener relaciones sexuales

- 1) Y hablando de las relaciones sexuales ¿Qué practican más Uds. El sexo anal, oral y otro?
- 2) Y ¿cómo viven Uds. El sexo anal?
- 3) ¿Y Cómo viven Uds. El sexo oral?
- 4) Y a propósito de todo esto, ¿Cómo ven Uds. El VIH/SIDA?
- 5) ¿Y qué les pasa a Uds. con el condón?
- 6) ¿Y Uds. utilizan lubricantes? ¿qué opinan de los lubricantes?
- 7) Y volviendo al preservativo, ¿y cuando están emparejados es más fácil o más difícil usar preservativo?
- 8) A ver por ejemplo, ahora ¿cuántos de Uds. andan con preservativo? ¿Cuándo andan con preservativos Uds.?
- 9) En general, ¿cómo consiguen preservativos? ¿es fácil o difícil conseguir?
- 10) ¿En qué ocasiones o circunstancias no se usa preservativo?
- 11) ¿Cómo describirían Uds. la sexualidad homosexual? (con qué la asocian)
- 12) Si no hay condones y van a tener sexo anal ¿con quién se arriesgarían más? ¿con quién se arriesgarían menos?
- 13) Las características del condón (olor, textura, sabor, tamaño etc.) ¿influyen en que el condón se use o no se use?

PAUTA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A SUJETOS QUE NO VIVEN CON VIH

Preguntas de entrada, se anexará ficha con datos claves.

- 1) Hablando de sexualidad ¿qué es lo más placentero/ rico para ti?
- 2) ¿Y cómo vives tu las relaciones anales y el sexo oral?
- 3) Y con respecto al sexo ocasional/ casual ¿cómo ha sido tu experiencia en la vida?
- 4) ¿y cómo ha sido tu experiencia en la vida con las relaciones de pareja?
- 5) Y respecto a tu orientación sexual (si te gustan los hombres, las mujeres, ambos) ¿cómo te defines tu?
- 6) Y ¿cómo ha sido este proceso de definirte a lo largo de tu vida? con la gente que te rodea: familia, amigos etc. ¿saben, no saben?
- 7) Y qué pasa con los lugares de encuentro homosexual ¿vas, no vas, te gustan, no te gustan?
- 8) Y de todos estos modelos de homosexualidad que existen (gay, loca etc.) ¿con cuál te sientes más identificado? ¿por qué?
- 9) Y en relación al tema de la discriminación hacia los homosexuales (o bisexuales) ¿cómo lo ves tu? ¿cuál ha sido tu experiencia?
- 10) ¿qué significa para ti el VIH/SIDA?
- 11) ¿tu crees que puedes adquirir el VIH/SIDA? ¿por qué?
- 12) Y en relación a eso, ¿tu haces algo para prevenir el VIH SIDA? ¿qué?
- 13) ¿Qué piensas tú del preservativo?
- 14) A lo largo de tu vida ¿cómo ha sido tu experiencia con el preservativo?
Indagar:
 - Nivel de uso
 - Elementos que han dificultado/facilitado uso
 - Si no se usa, por qué no se usa
 - Donde consigue preservativos
 - Negociación del uso
 - Si se trata de bisexuales indagar si usa más preservativo con hombres o con mujeres
- 15) Has usado lubricantes alguna vez? ¿cuál ha sido tu experiencia con los lubricantes?
 - Si ha usado ¿qué piensas sobre los lubricantes?
 - ¿Cómo los conociste?
 - ¿Dónde se consiguen?

PAUTA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A SUJETOS QUE VIVEN CON VIH

Preguntas de entrada, se anexará ficha con datos claves.

- 1) Hablando de sexualidad ¿qué es lo más placentero/ rico para ti?
- 2) ¿y cómo vives tu las relaciones anales y el sexo oral?
- 3) Y con respecto al sexo ocasional/ casual ¿cómo ha sido tu experiencia en la vida?
- 4) ¿y cómo ha sido tu experiencia en la vida con las relaciones de pareja?
- 5) Y respecto a tu orientación sexual (si te gustan los hombres, las mujeres, ambos) ¿cómo te defines tu?
- 6) Y ¿cómo ha sido este proceso de definirte a lo largo de tu vida?
- 7) Y cómo ha sido la relación con la gente que te rodea: familia, amigos etc. ¿saben, no saben?
- 8) Y qué pasa con los lugares de encuentro homosexual ¿vas, no vas, te gustan, no te gustan?
- 9) Y de todos estos modelos de homosexualidad que existen (gay, loca etc.) ¿con cuál te sientes más identificado? ¿por qué?
- 10) Y en relación al tema de la discriminación hacia los homosexuales (o bisexuales) ¿cómo lo ves tu? ¿cuál ha sido tu experiencia?
- 11) ¿qué significa para ti el VIH/SIDA?
- 12) Y en tus relaciones sexuales de ahora ¿tu percibes algún riesgo? Si es así ¿tu haces algo con respecto a ese riesgo?
- 13) ¿Qué piensas tú del preservativo?
- 14) A lo largo de tu vida ¿cómo ha sido tu experiencia con el preservativo?

Indagar:

- Nivel de uso
 - Elementos que han dificultado/facilitado uso
 - Si no se usa, por qué no se usa
 - Donde consigue preservativos
 - Negociación del uso
 - Si se trata de bisexuales indagar si usa más preservativo con hombres o con mujeres
- 15) ¿Has usado lubricantes alguna vez? ¿cuál ha sido tu experiencia con los lubricantes?
- Si ha usado ¿qué piensas sobre los lubricantes?
 - ¿Cómo los conociste?
 - ¿Dónde se consiguen?

FICHA ANÓNIMA DE PARTICIPANTES

- 1) Edad:
- 2) Comuna de residencia:
- 3) Trabajas? Si _____ No _____
- 4) Estudias? Si _____ No _____
- 5) ¿Tienes pareja estable? Si _____ No _____
- 6) ¿Has tenido pareja estable en los últimos seis meses? Si____ No ____
- 7) ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses?
Si____ No ____
- 8) ¿Participas en alguna organización homosexual?
Si_____ No _____
- 9) ¿Has participado antes en alguna organización homosexual?
Si_____ No _____
- 10) ¿Qué tipo de participación tienes?
 - a) Líder o dirigente
 - b) Voluntario
 - c) Estás inscrito como socio y participas regularmente
 - d) Estás inscrito como socio y no participas regularmente
 - e) No estás inscrito pero vas a algunas actividades
 - f) Otro _____

7.8. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En concordancia con el enfoque de la investigación, centrado en el análisis de discurso, se llevó a cabo el procesamiento y análisis de la información cualitativa de acuerdo a los siguientes pasos:

- 1) **Caracterización de la muestra real del estudio:** La muestra real participante en cada Grupo Focal fue descrita en función de variables como la edad, el nivel socioeconómico, actividad sexual, prácticas sexuales, uso de condones masculinos, uso de lubricantes, situación de pareja al momento del Grupo Focal. Se analizó además en qué medida el muestreo se ajusta a los objetivos de la investigación y cuáles son sus limitaciones. Asimismo, se dió cuenta de los problemas planteados en la práctica para la satisfacción del muestreo diseñado originalmente y cuáles son sus posibles consecuencias en los resultados de la investigación.
- 2) **Ordenamiento y codificación de la información:** Las transcripciones de entrevistas y grupos focales fueron fragmentadas y organizadas en sets de notas, de acuerdo a las categorías de análisis relevantes para la investigación definidas en función de las preguntas de la investigación.
 - a) *Codificación abierta:* se establecieron categorías iniciales de información acerca de los sub - temas de la investigación, para lo cual la información obtenida fue segmentada. Dentro de cada categoría pudieron establecerse sub-categorías que dieron cuenta de todas las respuestas u opiniones posibles. En este caso, la codificación resultó de la combinación del enfoque de la investigación y los contenidos nuevos que ofrece la información recolectada.
 - b) *Codificación de acuerdo a ejes:* Se reorganizó la información que ya había sido codificada de manera abierta. Los ejes fueron definidos de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se incluyeron en un diagrama lógico los aspectos asociados al fenómeno analizado. Tanto la codificación como la definición de ejes se hizo en función de acuerdos tomados por el Equipo de investigación en relación a las posibilidades para el análisis de discurso (ej: palabras claves en contexto, análisis estructural, información ausente, analogías y metáforas, conectores, etc.). Sin embargo, conforme al enfoque de la investigación se privilegió un análisis que permitió la comprensión de la subjetividad y de los significados que los individuos atribuyeron a sus acciones o decisiones en materia de la aceptabilidad del uso del condón masculino y lubricantes.
 - c) *Reorganización de la información:* La información codificada fue fragmentada y reorganizada de manera lógica para facilitar su análisis.
 - d) *Despliegue de la información en matrices y/o figuras de análisis:* La información reorganizada fue desplegada en matrices de análisis que entregaron una visión general de la información recolectada. Se elaboraron figuras y diagramas que permitieron esclarecer de mejor manera la relación entre los distintos elementos derivados de la información recolectada.

- 3) **Bosquejo y verificación de conclusiones:** Si bien este proceso comenzó en las etapas anteriores con la lectura analítica y codificación de los textos (transcripciones de Entrevistas y Grupos Focales), en esta etapa se identificaron las variables asociadas a la aceptabilidad del uso del condón masculino y de lubricantes, y al uso correcto y sostenido de estos productos. Con tal propósito, se llevó a cabo la comparación y contraste de la información arrojada para las distintas categorías de informantes (nivel socioeconómico, participación en organizaciones, etc.) poniendo atención a los contenidos enunciados en sus discursos.

Como en toda investigación cualitativa, las variables pueden aparecer relacionadas, lo que no necesariamente implica conocer la naturaleza de su asociación. En tal caso, se llevó a cabo el análisis de contexto sociocultural que contribuyó a explicar la relación entre ciertos fenómenos.

- 4) **Testeo y confirmación de resultados:** En la fase final de análisis de la información se revisaron aquellos aspectos que podrían cuestionar la validez de las conclusiones alcanzadas. En atención a criterios de factibilidad se establecieron tres etapas de confirmación de resultados.

I. Revisión de confiabilidad de la información:

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión de la representatividad de la muestra, es decir, en qué medida se incorporaron todas las categorías de informantes necesarias para obtener una visión general del problema de investigación. Asimismo, en el caso de los focus groups se llevó a cabo un análisis de frecuencia de voces, a fin de determinar si los textos se encuentran sesgados por la predominancia de ciertos informantes. En segundo término se analizó si existen sesgos en los resultados motivados por la interacción entrevistador/entrevistado, analizando la actuación de los entrevistadores en las transcripciones y las notas de campo.

II. Triangulación de resultados:

Los resultados y conclusiones derivados de las técnicas de investigación aplicadas fueron analizados en conjunto a fin de testear y confirmar su validez. En esta fase se contrastaron las conclusiones derivadas de los distintos métodos utilizados y, en segundo término, se contrastaron con los resultados encontrados en fuentes secundarias (otras investigaciones en el tema). Además, se aprovechó el carácter multidisciplinario del equipo investigador, a fin de optimizar la triangulación en el análisis de resultados.

III. Retroalimentación con actores relevantes¹⁶:

Se realizó una sesión de discusión con los actores relevantes en el tema, para discutir los resultados de la investigación. Las sugerencias de información adicional obtenida en esta sesión de retroalimentación, contribuyeron a aumentar la calidad del informe de la investigación, particularmente en relación a las estrategias de intervención.

¹⁶ Se consideró “actores relevantes” a aquellas personas que participan en las organizaciones convocadas hace al menos un año.

7.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL ESTUDIO

Validación de resultados obtenidos

En investigación cualitativa, la validez se refiere fundamentalmente a la pertinencia de las categorías y las unidades escogidas en relación tanto al documento como a los objetivos de la investigación. Es importante recordar que ningún esquema de análisis tiene validez en sí mismo, siendo el principal criterio para evaluar la validez de un modelo de análisis el de la coherencia interna del modelo obtenida bajo el entendido que todos los elementos del corpus deben encontrar un lugar en el esquema (Landry, 1998).

En esta investigación, la confiabilidad y validez del análisis del discurso realizado estuvo basado en las siguientes reglas esenciales (Gómez, 2000):

- *La exhaustividad.* Supone que las categorías establecidas permitirán clasificar el conjunto del material recogido, en este caso, los discursos de las personas estudiadas.
- *La homogeneidad.* Los documentos elegidos deberán ser homogéneos, es decir escogidos en función de criterios precisos. Por ejemplo, las entrevistas y grupos focales efectuados deberán todos referir al tema que nos atañe (aceptabilidad del uso del condón masculino y de lubricantes) y haber sido obtenidos por técnicas idénticas frente a individuos comparables, en este caso, HSH.
- *La pertinencia.* Los documentos escogidos deberán corresponder al objetivo del análisis. Una categoría es pertinente cuando ella hace posible el estudio del material obtenido ante las preguntas y el marco de análisis seleccionados.
- *La univocación.* Significa que una categoría tiene el mismo sentido para todos los investigadores.

La confiabilidad y validez del estudio estuvieron basados en el rigor metodológico. Asimismo, se incluyó la discusión de las categorías utilizadas en los instrumentos con los actores relevantes (definidos anteriormente). Lo mismo ocurrió con los resultados obtenidos y las conclusiones de la investigación.

7.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el diseño de esta investigación han sido considerados los principios básicos para una investigación social ética: respeto por las personas, beneficio para las personas a las que se dirige el estudio y justicia.

Esta investigación contribuyó en la entrega de insumos para una efectiva promoción del condón entre los hombres que tienen sexo con hombres, lo que es un elemento decisivo en la lucha contra el VIH/SIDA en nuestro país.

Las entidades realizadoras del presente estudio tienen una reconocida trayectoria de trabajo con el grupo objetivo del mismo, y cautelaron el respeto a la dignidad y derechos de los sujetos de la investigación en todo el proceso de la misma y en la difusión y utilización de sus resultados.

En el proceso de investigación y difusión de resultados se evitó todo daño que pudo ser causado a los sujetos de investigación, considerando su derecho a la privacidad, a no ser estigmatizados y a no ser observados ni estudiados sin su consentimiento. Se obtuvo el consentimiento informado de los/as participantes antes de la realización de entrevistas y grupos focales, cautelándose su derecho a ser adecuadamente informados de los objetivos del proyecto y a participar voluntariamente en la investigación, su derecho a disentir y finalizar la situación de entrevista si así lo desearan. Además, se protegió la privacidad y confidencialidad de los informantes en el manejo, difusión y utilización de los resultados.

Los problemas éticos que se presentaron en el transcurso de la investigación fueron analizados y resueltos por el equipo ejecutor, en función de los principios mencionados anteriormente. El análisis del diseño de la investigación planteó las siguientes consideraciones éticas:

- Confidencialidad de la calidad de persona viviendo con VIH: Se incluyó en el muestreo la realización de Grupos Focales con PVVIH. Estos se realizaron con personas dispuestas a asumir abiertamente dicha condición en el contexto de la discusión grupal, lo que se incluyó en el consentimiento informado. La condición serológica fue manejada con estricta confidencialidad dentro de los márgenes de la investigación.
- Confidencialidad de la condición HSH: El reconocimiento de la condición HSH fue un requisito sine qua non de participación en la investigación. Tanto los Grupos Focales como las Entrevistas se realizaron sólo con personas dispuestas a hablar abiertamente de dicha condición en el contexto de la investigación. Dicha condición se mantuvo bajo estricta confidencialidad en el marco de la investigación.
- Respeto a la libertad de opción y opinión en temas de sexualidad y prevención del VIH, incluyendo la no utilización del preservativo: Esta investigación abordó temas que comprometen la intimidad y la libertad de decisión y opinión de las personas. Como corresponde a toda investigación

social, en todo el proceso del estudio, en particular durante la fase de recolección de la información, las indagaciones se realizaron libres de prejuicios y juicios hacia los sujetos de la investigación, con respeto, evitando la formulación de preguntas y comentarios directivos, enjuiciadores o que intenten imponer un punto de vista o inducir un cambio de opinión en los participantes de la investigación.

VIII. ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DE ACUERDO A ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla N°5: Actividades y Productos esperados para la Primera Etapa

Actividades	Productos
Revisión fuentes secundarias	Documento marco teórico y antecedentes
Elaboración de un catastro de fuentes sobre sexualidad homo/bisexual y VIH en población HSH en el país	Documento de catastro elaborado
Elaboración de un mapeo de proyectos de prevención en HSH en el país	Documento de mapeo de proyectos elaborado
Diseño y validación de instrumentos de recolección de información	Instrumentos diseñados y validados
Elaboración Primer Informe de Avance	Documento informe elaborado

Tabla N°6: Actividades y Productos esperados para la Segunda Etapa

Actividades	Productos
Producción del trabajo de campo	Plan de recolección de la información
Recolección de la información	9 Grupos Focales y 18 entrevistas en profundidad realizadas
Análisis preliminar de la información	Documento de análisis preliminar de la información elaborado
Elaboración de segundo informe de avance	Documento informe elaborado

Tabla N°7: Actividades y Productos esperados para la Tercera Etapa

Actividades	Productos
Análisis e interpretación de la información	Documento de análisis e interpretación de resultados de la investigación
Discusión de resultados con actores relevantes	Minuta de comentarios a los resultados de la investigación
Elaboración documento de propuestas de acción de actores relevantes	Documento de propuestas de acción de actores relevantes elaborado
Elaboración Informe Final	Documento Informe Final elaborado
Elaboración informe de gestión participativa con actores relevantes	Documento informe elaborado
Exposición de resultados para CONASIDA/ RP	Archivo copia de presentación de resultados en Power Point

Tabla N°8: Resumen de Actividades y Productos esperados en esta investigación

Etapas	Fecha
Primera Etapa: Revisión de fuentes secundarias y diseño de la investigación	2º de agosto a 13 de septiembre de 2004
Segunda Etapa: Recolección de información y análisis preliminar	13 de septiembre al 16 de noviembre de 2004
Tercera etapa: Análisis de información y conclusiones del estudio	16 de noviembre de 2004 al 31 de enero de 2005

IX. PLAN DE GESTIÓN PARTICIPATIVA

El presente estudio se enmarcó dentro de lo que se ha denominado investigación social participativa, ya que en ella son las propias organizaciones sociales involucradas en la problemática del estudio las que participan en su formulación y ejecución.

En este sentido, las organizaciones que ejecutan este estudio consideraron la participación de otras organizaciones sociales con experiencia relevante en el tema del estudio, en distintas fases del proyecto. Cabe señalar, que tanto el CES/MUMS como SIDACCIÓN tienen una experiencia previa de trabajo con estas organizaciones. Se aprovecharon entonces los vínculos de trabajo y colaboración mutua que ya se encuentran construidos y que se proyectan, dada la comunidad de objetivos con ellas, más allá de esta investigación.

El objetivo de esta colaboración consistió en la posibilidad de mejorar el proyecto aprovechando la experiencia de estas organizaciones y en proveer a la investigación de un soporte adicional para la producción del trabajo en terreno. Es necesario destacar que las organizaciones que ejecutan el proyecto tienen experiencia aplicada con el grupo objetivo, y por lo tanto fue posible que pudieran contactar a informantes por sí mismas. El mismo fenómeno aconteció por parte de las organizaciones de personas viviendo con VIH en lo relacionado a la producción de entrevistas y grupos focales con informantes de ese grupo específico.

Las organizaciones que fueron involucradas en el estudio fueron:

- En la Región Metropolitana: Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA “Vivo Positivo” y Centro de Acción Social de La Pintana.
- En la V Región: SIDACCION Valparaíso, Agrupación Vale tu Vida (ex CECUSAYET) de San Antonio.
- Se agregaron las organizaciones Cuenta Conmigo y Volver a Nacer.
- En la II Región: Agrupación de PVVIH “ARPEVIH” de Antofagasta, Fundación “Regazo de Cristo” y Agrupación “Unidos por la Vida” de Calama.

La participación de estas organizaciones se enmarca en lo que hemos denominado participación de actores relevantes en el tema. Como actores relevantes entendemos a aquellos representantes de las organizaciones que se mencionan y que tienen una trayectoria de trabajo en ellas de al menos un año.

El trabajo conjunto con estas organizaciones se realizó de acuerdo al siguiente plan:

- 1) Reunión de discusión del diseño metodológico y plan de apoyo: En la primera etapa del proyecto se realizó una reunión con representantes de las organizaciones involucradas en el proyecto (mencionadas anteriormente). En esta reunión se expuso el diseño de la investigación y se abrió el debate para incorporar las sugerencias de los actores relevantes en relación a los aspectos

teóricos y metodológicos, de factibilidad y logísticos y las consideraciones éticas del estudio. En un segundo momento de esta reunión se llevó a cabo un plan de apoyo a la fase de recolección de información, en el que se estableció el modo en que cada organización apoyará dicho proceso, por ejemplo, facilitando contactos para la producción de grupos focales y entrevistas.

- 2) Reuniones de coordinación para apoyo de trabajo de campo: De acuerdo a las necesidades de producción de trabajo de campo, se realizaron reuniones de coordinación con los actores relevantes para establecer fechas y metas en la producción de grupos focales y entrevistas. Como se establece en el cronograma, ello se llevó a cabo en la segunda etapa del proyecto, como parte de la actividad “producción de trabajo de campo”.
- 3) Discusión de resultados con actores relevantes: En la tercera etapa del proyecto se realizó una sesión de presentación y discusión de resultados con los actores relevantes mencionados anteriormente. En esta reunión se presentaron los resultados de la investigación por parte del equipo ejecutor, facilitándose posteriormente una discusión abierta y participativa de los resultados. Los aportes generados en esta discusión fueron incorporados al documento final. En segundo lugar se facilitó una discusión en torno a propuestas de acción, lo que fue registrado y traducido en un documento de propuestas de acción de actores relevantes, lo que constituye uno de los productos comprometidos en la tercera etapa del proyecto.

Finalmente, este plan participativo fue evaluado al término del proyecto y se elaboró un informe que fue incluido como producto en la fase final del estudio.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
	<i>Primera Etapa</i>						<i>Segunda Etapa</i>									
Reunión con contraparte CONASIDA/ RP (Revisión del Proyecto Aprobado)																
Revisión de Fuentes secundarias																
Entrevistas con Informantes Clave																
Elaboración de un catastro de fuentes sobre sexualidad homo/bisexual y VIH en población HSH en el país																
Elaboración de un mapeo de proyectos de prevención en HSH en el país																
Diseño de instrumentos de recolección de información																
Discusión del diseño de investigación con actores relevantes																
Validación de instrumentos																
Entrega informe de Avance																

Actividades	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15	S 16
	<i>Primera Etapa</i>						<i>Segunda Etapa</i>									
Reunión con contraparte técnica																
Producción de trabajo de campo																
Recolección de la información																
Transcripciones																
Análisis preliminar de la información y diseño segunda fase de terreno																
Segunda fase de terreno: 2 focus y 18 entrevistas																
Elaboración Segundo Informe de Avance																

Actividades	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26							
<i>Tercera Etapa</i>																	
Reunión con contraparte técnica																	
Análisis de la información: codificación y organización del material																	
Análisis preliminar de la información																	
Informe de avance análisis																	
Reunión preliminar de análisis con contraparte técnica																	
Análisis comparativo e integrado de resultados																	
Chequeo de validez y confiabilidad de resultados y triangulación																	
Discusión de resultados con actores relevantes																	
Elaboración documento de propuestas de acción de actores relevantes																	
Elaboración Informe Final																	
Evaluación del plan participativo y elaboración de informe																	
Exposición de resultados para CONASIDA/ RP preliminar																	
Reunión informe final con contraparte																	
Entrega informe final																	

XI RESULTADOS

Caracterización de los Grupos Focales

Sujetos que viven con VIH

Santiago, 30-49 años, con VIH, sí participan en organizaciones

Participan 6 sujetos residentes en las comunas de Lo Espejo, Conchalí, Recoleta, Santiago. Con respecto a la actividad laboral de éstos, tres trabajan exclusivamente y tres no estudian ni trabajan. Tres dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y tres no han tenido. Cinco señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y uno no responde. Todos participan en alguna organización social.

Valparaíso 30-49 años, con VIH, si participan en organizaciones

Participan 12 sujetos residentes en las comunas de Valparaíso, Villa Alemana, Viña del Mar. Con respecto a la actividad laboral de éstos, dos estudian, cinco trabajan exclusivamente y cinco no estudian ni trabajan. Tres dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y nueve no han tenido. Once señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y uno no ha tenido. Diez participan en alguna organización social y dos participaron antes en una ONG.

Santiago, 30-49 años, con VIH, no participan en organizaciones

Participan 12 sujetos residentes en las comunas de Pedro Aguirre Cerda, Santiago Centro, San Miguel, San Bernardo, Lampa, Estación Central, Maipú . Con respecto a la actividad laboral de éstos, seis trabajan exclusivamente, uno estudia y trabaja, cinco no estudian ni trabajan. Tres dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y nueve no han tenido. Nueve señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, tres no han tenido. Ninguno participa en una organización social.

Sujetos que no viven con VIH

Valparaíso 18-29 años VIH- , participantes en organizaciones

Participan 6 sujetos residentes en las comunas de Valparaíso, Viña Del Mar, Quilpue, Villa Alemana . Con respecto a la actividad laboral de éstos, tres estudian exclusivamente, dos trabajan exclusivamente y uno no estudia ni trabaja. Tres dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y tres no han tenido. Todos señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses. Todos son voluntarios de una organización social.

Santiago , HSH, VIH negativos, 18-29 años, sí participan en organizaciones

Participan 9 sujetos residentes en las comunas de Puente Alto, la Pintana, Pudahuel, Lo Prado, San Bernardo y Santiago. Con respecto a la actividad laboral de éstos, tres estudian exclusivamente, tres trabajan exclusivamente, uno estudia y trabaja, y uno no estudia ni trabaja. Cuatro dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y cinco no han tenido. Seis señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y tres no han tenido. Todos son voluntarios de una organización social.

Valparaíso 30- 49 años VIH- , no participantes en organizaciones

Participan 8 sujetos residentes en las comunas de Valparaíso, Quilpue y Villa Alemana. Con respecto a la actividad laboral de éstos, dos estudian exclusivamente y seis trabajan exclusivamente. Dos dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y seis no han tenido. Seis señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y dos no han tenido. Seis de ellos nunca han participado en ONG y dos han participado anteriormente.

Santiago, 30-49 años, VIH negativos, si participan en organizaciones

Participan 9 sujetos residentes en las comunas de Peñalolén, Santiago, Recoleta, Lampa, El Bosque, Quinta Normal. Con respecto a la actividad laboral de éstos, seis trabajan exclusivamente, dos estudian y trabajan, uno no estudia ni trabaja. Cuatro dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y cinco no han tenido. Siete señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, dos no han tenido. Todos participan en una organización social.

Santiago, 18-29 años, VIH-, No participan en organizaciones

Participan 6 sujetos residentes en las comunas de Recoleta, Pudahuel, Cerro Navia, Peñalolén y Santiago. Con respecto a la actividad laboral de éstos, uno estudia exclusivamente, uno trabaja exclusivamente, uno estudia y trabaja, tres no estudian ni trabajan. Dos dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y cuatro no han tenido. Seis señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses. Ninguno ha participado en ONGs.

Santiago, 15-20 años, VIH-, no participan en organizaciones

Participan 11 sujetos residentes en las comunas de Cerro Navia, Quinta Normal, Pudahuel, Santiago Centro. Con respecto a la actividad laboral de éstos, ocho estudian exclusivamente, dos no estudian ni trabajan y uno no responde. Dos dicen tener pareja estable en los últimos seis meses y nueve no han tenido. Ocho señalan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y tres no han tenido. Nueve de ellos no participa en ONG y dos han participado en ONGs.

Presentación de sujetos entrevistados

A continuación se presenta una breve reseña de cada sujeto entrevistado en profundidad durante el desarrollo de esta investigación. Con el propósito de preservar el anonimato de los entrevistados, no se especifica su nombre ni otros datos que pudieran afectar su privacidad. Se entregan algunos datos biográficos en relación al uso del preservativo, así como otros antecedentes expuestos en el análisis.

Con respecto al status serológico de los entrevistados, es necesario hacer una precisión. En el caso de los entrevistados incluidos en el estudio como seronegativos, se ha tomado en consideración la condición que ellos refieren tener. Sin embargo, en las entrevistas varios de ellos señalan no saber con exactitud su condición serológica puesto que no se han practicado el examen de Elisa.

Entrevistados que viven con VIH

Homosexual que vive con VIH, utiliza preservativos

El entrevistado tiene 34 años y vive con el virus VIH, reside en la II Región. Fue entrevistado por vivir con el virus VIH y mantener un uso sistemático del preservativo en sus relaciones sexuales.

Efectivamente, el entrevistado refiere utilizar el preservativo en todas sus relaciones sexuales. Expone no tener una relación de pareja al momento de la entrevista pero señala tener expectativas de formar una relación de estas características y tener una buena calidad de vida. Mientras tanto, comenta disfrutar de relaciones ocasionales o de sexo *express* en las que utiliza preservativo.

Homosexual que vive con VIH, no utiliza preservativos

El entrevistado vive en la II Región y fue entrevistado por corresponder a un homosexual que vive con el virus y que no utiliza preservativos. Se trata de un hombre de 33 años que vive con el virus y que no recibe tratamiento antiretroviral. Señala que el momento de la notificación constituyó un hito crítico en su vida. En el presente se considera "*un muerto en vida*" además de considerar que la notificación le destruyó su sexualidad.

Actualmente mantiene una relación de más de seis años de pareja con un hombre casado y padre de familia. Señala que no utilizan preservativos a pesar que el entrevistado intenta incorporarlo a sus relaciones sexuales. Su pareja, quien conoce que el entrevistado vive con el virus, se rehúsa a usar el preservativo y a tomarse el test de ELISA para conocer su propia situación serológica.

Lo anterior genera gran sufrimiento y culpa en el sujeto entrevistado quien teme por la familia y la salud de su pareja. Señala que no puede cambiar esta situación pues teme perder a su pareja, del cual se siente enamorado. Considera esta situación como una “tortura” porque cada vez que tienen relaciones sexuales siente que está “recontagiando”(sic) a su pareja.

Homosexual que vive con VIH, no utiliza preservativos

El entrevistado vive en la II Región y fue entrevistado por no utilizar preservativos y vivir con el virus. Tiene 36 años y, en efecto, vive con el virus VIH. Se encuentra en tratamiento antiretroviral y no utiliza preservativos porque refiere mantener relaciones sexuales no penetrativas. Esta conducta opera como estrategia preventiva además de ser reforzada por su desconfianza a los preservativos como herramientas de prevención.

Señala que en el pasado experimentó una crisis de salud, momento en el cual se enteró de vivir con el virus. Luego de esta experiencia, decidió no mantener relaciones de pareja en el tiempo. Actualmente, poco a poco se encuentra reviviendo su sexualidad. En este sentido, se encuentra en un tránsito desde conductas masturbatorias en soledad hasta mantener progresivamente relaciones sexuales con otros hombres pero excluyendo conductas penetrativas. En este contexto, no utiliza preservativos ni tampoco refiere el uso de lubricantes aún cuando sabe de su existencia.

Bisexual que vive con VIH

El entrevistado vive en la Región Metropolitana y fue entrevistado por corresponder a una persona con conductas bisexuales que vive con VIH. El entrevistado tiene 49 años y se encuentra en tratamiento antiretroviral. Señala haber sido notificado a partir de una crisis de salud, aunque con mucha anterioridad sospechaba que podía haber adquirido el VIH debido a sus múltiples conductas de riesgo.

Respecto de su identidad sexual, refiere considerarse como “multisexual” en términos de disfrutar de las relaciones sexuales con hombres, mujeres así como con travestis. No tiene pretensiones de mantener una relación de pareja por cuanto considera que sería incompatible con la forma en la cual vive su sexualidad. En consecuencia, no tiene valoraciones negativas respecto del sexo ocasional ni del sexo *express* precisando preferir el primero. En todas sus relaciones sexuales asevera utilizar preservativo e incluso tener estrategias discursivas para convencer a quien no quisiera que el entrevistado utilice un preservativo. Considera positivamente los lubricantes y los incorpora a sus relaciones sexuales.

Homosexual masculino (“macho”) que vive con VIH

Este sujeto de la región Metropolitana fue entrevistado debido a que su identidad referida externamente corresponde a la de homosexual masculino o “macho”.

El entrevistado es un hombre homosexual de 30 años, que vive con el virus VIH y se encuentra bajo tratamiento antiretroviral. Respecto de su vida sexual, señala haber tenido relaciones de pareja estable y encuentros de sexo ocasional. En la entrevista plantea disfrutar de ambos tipos de relacionamiento pero declara su intención y deseo de encontrar un hombre mayor que lo proteja y con él poder establecer una relación de pareja estable. En sus relaciones sexuales evidencia el uso correcto y sistemático del preservativo. Utiliza además lubricantes porque contribuyen a dilatarlo y aumentar su disfrute sexual.

Homosexual Afeminado que vive con VIH

Este sujeto de la V región fue entrevistado debido a que su identidad sexual fue referida como homosexual “afeminado” y por vivir con VIH.

El entrevistado es un hombre homosexual de 19 años, que vive con el virus VIH y no recibe tratamiento antiretroviral. Refiere tener una pareja estable y evidencia haber participado exhaustivamente de encuentros sexuales ocasionales y de sexo *express*, los cuales son evaluados negativamente. Esta percepción negativa descansa en la comparación que establece respecto de su relación de pareja con estos encuentros, en el sentido que el primero corresponde a un escenario donde adquiere afectos, caricias y en consecuencia mayor disfrute sexual a lo sucedido en relaciones sexuales ocasionales o de sexo *express*.

A pesar de haber sido tratado de varias ETS, evidencia no utilizar preservativos en forma continua. Expone utilizar lubricantes porque le permiten mayor relajación y evitan la irritación de la zona anal.

Joven homosexual que vive con VIH y no participa en organizaciones (1)

El entrevistado fue incluido por su condición serológica y edad y por no pertenecer a organizaciones de PVVIH o de prevención. Corresponde al grupo de entrevistados incluidos para suplir la falta de grupo focales con personas de estas características.

El entrevistado es un hombre homosexual de 24 años, que vive con el virus VIH y no recibe tratamiento antiretroviral. Respecto de su vida sexual, señala tener una relación de pareja estable con alguien que también vive con el virus y que, a diferencia del entrevistado, recibe tratamiento antiretroviral. Refiere haber participado de encuentros sexuales ocasionales y de sexo *express*, pero en general los evalúa negativamente.

En cuanto al uso de preservativos, el sujeto muestra un uso no sistemático además de implementar estrategias preventivas no efectivas como penetrar o ser penetrado sin preservativos y “acabar afuera”. Expone utilizar lubricantes porque facilitan la penetración y ayudan a proteger el preservativo.

Joven homosexual que vive con VIH y no participa en organizaciones (2)

El entrevistado fue incluido por su condición serológica y edad y por no pertenecer a organizaciones de PVVIH o de prevención. Corresponde al grupo de entrevistados incluidos para suplir la falta de grupo focales con personas de estas características.

El entrevistado tiene 24 años, vive con el virus VIH y recibe tratamiento antiretroviral. Al momento de la entrevista señala tener una relación de pareja con otro hombre que también vive con el virus. Posee una valoración negativa acerca del sexo ocasional y del sexo *express* pero comenta haber practicado estas conductas hasta cuando fue notificado. Hoy en día vive su sexualidad con su pareja de varios años con la cual llegó al acuerdo de no utilizar preservativos porque le irritan. Como forma de protegerse sumaron a este acuerdo la condición de que ninguno *“tenga nada por fuera”*. Refiere una percepción no positiva acerca de los lubricantes por cuanto sus relaciones sexuales son de todas formas dolorosas.

Joven homosexual que vive con VIH y no participa en organizaciones (3)

El entrevistado fue incluido por su condición serológica y edad y por no pertenecer a organizaciones de PVVIH o de prevención. Corresponde al grupo de entrevistados incluidos para suplir la falta de grupo focales con personas de estas características.

El entrevistado tiene 24 años y vive con VIH. Actualmente está bajo tratamiento antiretroviral. Señala que tras una crisis de salud incorpora preservativo como manera de vida, así a pesar de que no le gusta lo utiliza. En esto habría influido la intimidación recibida en el servicio de salud y dice haber entendido que el preservativo le permite cuidarse a si mismo.

En la actualidad no tiene pareja estable y sólo sostiene relaciones sexuales ocasionales, en los que dice usar siempre preservativos.

Con respecto a los lubricantes, señala haberlos conocido por medio de las mesas informativas en algunos lugares gay, a los cuales le da una connotación positiva.

Entrevistados que no viven con VIH

Homosexual, no utiliza condón (1)

El entrevistado reside en la II Región y fue considerado en el estudio por no utilizar preservativo.

Se trata de un sujeto de 22 años, que dice no vivir con VIH. Con respecto al preservativo, refiere no utilizarlo puesto que se encuentra en situación de pareja, y con ella realizaron el compromiso de no utilizar preservativo.

Dice no tener problemas con el uso del preservativo, aunque considera que éste disminuye el placer y la sensibilidad. Sin embargo, dice haberlo utilizado en experiencias sexuales anteriores, sólo que ahora no lo considera necesario. Para él, el no utilizar el preservativo actualmente es una cuestión de comodidad y confianza.

Con respecto a los lubricantes, señala conocerlos y utilizarlos. Sabe que su uso previene la rotura del condón.

Homosexual, no utiliza preservativos (2)

El entrevistado vive en la II Región. Fue contactado originalmente porque fue referido por su entorno como un sujeto que utilizaba correcta y sostenidamente el preservativo. Sin embargo, en el transcurso de la entrevista se evidenció que en la actualidad no utiliza en preservativo. A pesar de esto, se decidió mantener esta entrevista puesto que entrega información relevante con respecto a las motivaciones por las cuales no se utiliza el preservativo.

El entrevistado es un hombre de 30 años, señala no vivir con el virus VIH y refiere al momento de la entrevista encontrarse en una relación de pareja con la cual vive. Señala haber conversado con su pareja y haber tomado la decisión en conjunto de mantener relaciones sexuales penetrativas sin el uso de preservativos. Antes de ello, señala haberse tomado el test de ELISA (con resultado no reactivo) y confía en la seronegatividad de su pareja porque conoce los síntomas del VIH/SIDA y el no los presenta (además de considerarlo como una persona muy tranquila). Respecto de los lubricantes, destaca la protección que otorga al látex de los preservativos evitando así su sequedad y rompimiento.

Bisexual

Este sujeto reside en la región Metropolitana y fue entrevistado dado que mantiene relaciones sexuales con hombres y mujeres.

El entrevistado tiene 48 años, no vive con el virus y mantiene una relación con un hombre en forma paralela a su relación matrimonial. La situación anterior lo sumerge en conflictos y culpas que le impiden vivir su orientación homosexual. La única alternativa que podría permitirle vivir su sexualidad sería separándose pero se encuentra impedido de hacerlo por el daño que le ocasionaría a su familia. Estos tormentos se acentúan producto de su fe religiosa por lo cual se siente permanentemente en pecado. A pesar de lo anterior, frecuenta espacios de sociabilidad de la población homosexual, lugares donde señala sentirse libre.

Antes de casarse sintió cierta atracción hacia otros hombres pero nunca previó que estas sensaciones perdurarían en el tiempo hasta concretarlas en las

relaciones con otros hombres que mantiene hasta el día de hoy. En relación a su identidad sexual, no sabe si es gay o bisexual.

Actualmente tiene una relación de dos años y diez meses con un hombre que, sospecha, podría vivir con el virus. Esta creencia lo ha llevado a incorporar el preservativo en sus relaciones sexuales con él. Lo anterior no ocurre en sus relaciones sexuales con su esposa, quien se niega a que el entrevistado use preservativos a pesar de la insistencia de éste.

En cuanto a los lubricantes, tiene una valoración positiva de ellos en el entendido que facilitan la penetración y atenúan el dolor.

Bisexual (2)

Este sujeto reside en la Región Metropolitana y fue entrevistado dado que mantiene relaciones sexuales con hombres y mujeres.

El entrevistado tiene 35 años de edad, no vive con el virus VIH y tiene una relación de pareja heterosexual. Se considera como una persona bisexual porque mantiene relaciones sexuales con mujeres y con travestis. Esto último, fundamentalmente a través del comercio sexual.

El entrevistado refiere haber sufrido adicciones que lo llevaron a efectuar diversas conductas de riesgo, aunque, afortunadamente, señala haberse tomado varias veces el test de ELISA con resultados negativos. Hoy en día se encuentra en proceso de rehabilitación gracias a lo cual ha cesado su consumo de drogas. Es en este contexto donde comienza a utilizar preservativos en sus relaciones sexuales con travestis. En forma paralela y por mutuo acuerdo, expone no usar preservativos con su pareja actual.

En cuanto a los lubricantes, menciona una serie de elementos que cumplen esta función (crema, emulsionados, entre otros) pero refiere no utilizar lubricantes a base de agua.

Homosexual clandestino

El entrevistado vive en la Región Metropolitana y fue entrevistado por vivir su orientación sexual en la clandestinidad.

Se trata de un hombre de 35 años que no vive con el VIH. No tiene actualmente relación de pareja estable. Refiere haber participado de encuentros sexuales ocasionales y de sexo *express* caracterizándolos como relacionamientos carentes de afectos donde priman necesidades físicas y "hormonales". Señala utilizar preservativos en ese tipo de encuentros. Sin embargo, en el caso de las relaciones de pareja señala no utilizar preservativo frecuentemente. Menciona utilizar lubricantes informales ("crema").

En relación a la vivencia clandestina de su homosexualidad, señala que vive con su familia de origen, quienes desconocen su homosexualidad, y agrega que

desea independizarse para vivir su orientación sexual sin tener que “dar explicaciones”. En su entorno de amigos y trabajo no saben de su orientación sexual a excepción de algunos amigos de mucha confianza. El plantea que esto es una opción válida para evitar situaciones de discriminación.

Homosexual masculino (“macho”)

Vive en la región Metropolitana y fue entrevistado dado que su identidad sexual fue referida como la de homosexual “macho”.

El entrevistado es un hombre de 24 años, estudiante universitario y no vive con el virus VIH. Tiene actualmente una relación de pareja que se extiende por más de dos años y medio. Por acuerdo mutuo, decidieron tomarse el test de ELISA y mantener relaciones sexuales sin preservativo. Conoce y utiliza lubricantes los que considera como facilitadores en las relaciones penetrativas. Se considera una persona muy religiosa y no descarta en el futuro establecer una relación con una mujer aduciendo el hecho que él se enamora de personas, no de sexos. Señala que fuera del “ambiente” homosexual, comparte su orientación sólo con un par de amigos heterosexuales. No se considera afeminado.

Homosexual afeminado (“loca”)

El entrevistado, residente en la V Región, tiene 25 años, no vive con el virus VIH y no tiene relación de pareja estable. Posee una postura crítica respecto del sexo ocasional y del sexo *express* justificando sus relaciones sexuales sólo si se enmarcan en contextos de afectos y entrega. Atribuye su posición a su arraigada formación religiosa.

Por otra parte, considera al preservativo como un elemento imprescindible en sus relaciones sexuales por cuestiones de higiene y a la prevención. Refiere siempre utilizar preservativo y no transar jamás su uso. Esta decisión se extiende incluso a sus relaciones de pareja por cuanto asume que existe la posibilidad que ocurra un episodio de infidelidad que pudiera resultar, finalmente, en la adquisición del virus VIH.

Respecto de los lubricantes, el entrevistado refiere utilizarlos gracias a que contribuyen a la dilatación anal y por lo tanto evita la ocurrencia de heridas en el ano.

Asimismo, expresa críticas negativas respecto de aquellos homosexuales muy evidentes o afeminados, a los cuales es posible identificar su orientación con sólo verlos. En consecuencia señala no sentirse parte de ese grupo; lo anterior llama la atención al considerar que este sujeto fue entrevistado al ser externamente referido como homosexual afeminado o “loca”.

Alternativo 1

Este sujeto de la región Metropolitana fue entrevistado por ser referido externamente como “alternativo”.

El entrevistado es un hombre de 21 años que no vive con el virus. Acostumbra frecuentar espacios de encuentro “alternativos”. Viste rigurosamente de negro y se define como ambiguo, en el sentido que se relaciona sexualmente tanto con hombres como mujeres. En este sentido refiere desagrado por tener que “encasillar” su identidad sexual y no presenta interés en formar una relación de pareja estable. Evidencia que en sus relaciones no utiliza de forma sistemática el preservativo. Uno de los factores asociados al no uso hace referencia al estado de “locura” por el consumo de drogas y alcohol. Respecto de lubricantes, señala haber utilizado “crema”.

En cuanto a su familia, señala que estos no se encuentran enterados de su sexualidad. Se define como una persona triste y se esfuerza por evidenciar este ánimo como una crítica a la sociedad y al individualismo imperante. Uno de sus deseos es lograr ser feliz.

Alternativo 2

El entrevistado tiene 21 años y no vive con el virus. Estudia, vive con sus padres y tiene 5 hermanos. Sólo uno de ellos y su esposa conocen su orientación sexual. Se define como “gay” y frecuenta espacios de encuentro “alternativos” y de personas homosexuales. No tiene pareja y no desea tenerla. Tiene relaciones sexuales ocasionales a las que considera como “normales”. Sin embargo, plantea que tras aquellos encuentros se siente sucio y en riesgo haber adquirido el VIH. Presenta un uso de condón no sistemático basado en no disponer de ellos en los momentos apropiados y durante experiencias sexuales “de corazón” con su pareja anterior.

En relación a los lubricantes, señala utilizarlos dado que contribuyen a la dilatación y a la disminución del dolor durante la penetración.

Presentación de Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio, los cuales fueron ordenados con el fin de facilitar la comprensión del lector. El documento se estructura en torno a seis ejes temáticos: sexualidad, homosexualidad, VIH/SIDA, preservativo, lubricantes y experiencia de vivir con VIH. Cada eje temático contiene varias categorías en las que se indagó en el estudio.

En general, se hace referencia de manera integrada a la información proporcionada por los sujetos participantes tanto en los grupos focales como en las entrevistas en profundidad. En los casos en que se encontró diferencias significativas en el discurso de los sujetos en base a características como su edad, condición serológica o identidad alternativa, esto se explicita con un subtítulo en el texto.

1. SEXUALIDAD

1.1 Percepciones sobre placer sexual

Tanto en los sujetos que viven con VIH como seronegativos, se constata que el modo en que significan su vivencia sexual se asocia a una visión respecto de la sexualidad centrada en el afecto como vehículo que permite vivenciar la sexualidad homosexual plenamente. Es decir, se plantea que el verdadero placer sexual se logra a través de una relación de pareja donde las relaciones sexuales son una **expresión de amor**.

“... en la medida que tu te entregas bien con ganas es un placer mutuo... más que un placer físico, te estas entregando tú como persona, te estás mostrando como eres, en ese minuto no existen las corazas...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... prefiero hacer eso con mi pareja, que me da besos y me acaricia, prefiero eso que con mi pareja siento mucho más placer y lo disfruto más...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

También la sexualidad homosexual aparece asociada a un discurso conservador propio del modo en que culturalmente se habla de la sexualidad en Chile. En este sentido, se valora positivamente la **estabilidad de las relaciones de pareja**, la fidelidad, el amor y la entrega mutua, esto último es relevante en la medida que el énfasis se pone en el bienestar del “amado” por sobre el propio.

“... la sexualidad con amor me refiero, no de una sexualidad por hueveo, es una sexualidad por amor en que me voy a sentir pleno, yo quiero que la persona que este conmigo me haga mirar al cielo ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, no participan en ONG)

“... es como una entrega apasionada en cuerpo y alma... es tuya y de tu pareja donde se terminan las trancas y se acaban los tabúes y se acaba todo...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... máximo placer que creo haber sentido, es cuando estuve con una persona que sentía afecto, que había ternura y lazos de unión...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

Sujetos que viven con VIH

Los significados atribuidos a la sexualidad son compartidos con los sujetos seronegativos. Sin embargo, resulta relevante dar cuenta de algunos significados específicos de este grupo, los que se relacionan con el impacto de la notificación en su vivencia de la sexualidad.

La notificación por VIH tiende a acentuar la visión negativa sobre la sexualidad homosexual, ya que la adquisición del virus aparece como el **castigo merecido** por el comportamiento “anormal” (homosexualidad) y “promiscuo”. De esta manera, los sujetos no sólo evidencian una visión negativa sobre la sexualidad homosexual en general, sino que también cuestionan sus propias experiencias sexuales previas a la notificación las cuales califican como **“irresponsables” y “sucias”**. La notificación aparece como algo esperable, como consecuencia del descuido del sujeto quien podría haber evitado la adquisición del virus.

“... Antes yo como que no valoraba las cosas, me daba lo mismo acostarme con cualquier persona, vivía así como los animalitos ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Fue por una irresponsabilidad mía, ahora estoy más conciente ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... sentía culpa porque no me cuidé ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

A partir de los significados que los sujetos otorgan al VIH en sus vidas éste puede transformarse en un dispositivo de regulación de la sexualidad y de la vida en general, en la medida en que obliga al sujeto a reordenar su vida y otorgarle nuevos sentidos. La “conciencia” o **“tomar conciencia” sobre los límites asignados socialmente al comportamiento sexual** aparece cómo el cambio fundamental experimentado por ellos.

“... Yo he aprendido a madurar en el tiempo que vivo con VIH ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Asimismo, emerge un discurso donde la protección se asocia **a la pareja única**, lo que aparece como una forma de **“limpieza” de la vida anterior**. Así, el VIH refuerza la idea de que la situación ideal para un individuo es tener una pareja estable puesto que sería el contexto ideal para el desarrollo de un tipo de sexualidad que llevaría a la plenitud.

“... para mí lo sexual, descubrí que personalmente si no hay amor, no funciona. Tiene que haber un sentimiento muy grande para que yo realmente pueda llegar a sentirme pleno en la relación, si no, no, me cuesta mucho ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Para mí el placer es mi pareja, estoy tan enamorado de él, enamorado hasta las patas (...) Para mí estar con él es sentir placer, en todo momento...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Jóvenes alternativos

Cuando se analizan las entrevistas realizadas a los jóvenes alternativos, se constatan diferencias en su discurso en torno a la sexualidad, resultando significativa la inexistencia de este “ideal romántico” centrado en la pareja como modo de vivenciar la sexualidad. Para estos jóvenes, la sexualidad es significada como un **modo de expresar y recibir afecto**, lo que también puede ocurrir en el contexto de una relación sexual ocasional.

“no me quiero enamorar ahora”
(Alternativo 2, 21 años, VIH-)

La sexualidad es algo que para ellos se relaciona a la **autenticidad**, es decir, a la capacidad de demostrar lo que sienten. En este contexto se legitiman las relaciones sexuales homosexuales así como también el sexo ocasional.

“...fui probando con amigas, con hombres y lo encontré bonito, es una forma de entregar amor ¿cachai? sin clasificarte”
(Entrevista Alternativo 1, 21 años, VIH-)

Asimismo, los encuentros sexuales ocasionales se inscriben en el contexto del “carrete”, en este sentido, se trata de encuentros sexuales no planificados y que están mediados por el consumo de alcohol y drogas.

“... no salgo de mi casa diciendo: esta noche.... Yo voy a escuchar música, a bailar, lo paso bien, tomo copete. Igual he estado sobrio y me han ofrecido (sexo ocasional) y yo digo que no, pero cuando estoy con copete como que uno quiere...”

(Entrevista Alternativo 1, 21 años, VIH-)

1.2 Percepciones sobre prácticas sexuales

Esta sub-categoría aparece significada de igual modo tanto por los sujetos seronegativos como por aquellos que viven con VIH.

En relación a las prácticas sexuales, aparece una **mayor valoración de las caricias** y la expresión afectiva por sobre prácticas penetrativas.

“... Que me den besos, que me acaricien, que me toquen, antes de nada, de que me penetren, prefiero que me den besos, caricias ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... Yo prefiero de repente tener una buena ducha con mi pareja que tener una penetración, de repente teniendo sexo sin tener la necesidad de la penetración... una buena masturbá”.

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

En este sentido, esta valoración de formas de contacto afectivas puede guardar relación con el hecho que el encuentro sexual penetrativo es significado como **“sucio” y “antinatural”**.

“... porque el ano no es para eso, entonces no estás tan lubricado ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... o sea lo que uno hace es algo sucio ¿te fijas? Y es difícil darse cuenta...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

El significante “sucio” está presente en el discurso de los sujetos en contextos discursivos tanto referidos a la homosexualidad como al sexo anal. Al indagar en las asociaciones que ellos hacen se manifiesta una vinculación con el contacto con las heces fecales. En la medida en que la suciedad aparece asociada a las heces, quien asume un rol receptivo es quien ensucia al “activo”.

“... la persona activa tiene esa onda de que se para al tiro y se va a bañar y todo, hay un momento en tu intimidad que sientes como ¿se sentirá sucia la persona por culpa mía?”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... para empezar tienes que estar limpio, porque si no es como una lata tener que estar limpiando... porque me ha pasado estar limpiando la caca, porque el preservativo está sucio y realmente es hasta incómodo a veces ...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

Asimismo, con respecto al sexo anal, algunos sujetos asignan significados diferenciados al acto de penetrar o ser penetrado. Así, se plantea que el que es penetrado es el que se **“entrega”** y se **“somete”** en la relación sexual, mientras que el que penetra es el que domina la relación. Es por ello que algunos sujetos plantean que el consentir ser penetrados es parte de un proceso de construcción de confianza mediado por el afecto y que por lo tanto, no realizan esta práctica en el contexto de una relación ocasional.

“... son muchas horas de besos caricias, juego, mucho de eso,... conocer bien a la persona... estar bien seguro ...” (para ser penetrado)

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... yo soy bien cauto, solamente cuando conozco a una persona más tiempo... dejo o hago... de buenas a primeras no, no me gusta mucho el sexo anal ...”

(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

“... como estoy tan enamorado y sentía tanto placer que con mucho cuidado muy pasivo y lo intentamos y pude ser pasivo con él y he sentido placer tanto como activo como pasivo...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Así, los roles en las relaciones sexuales aparece discursivamente valorado el penetrar por sobre el ser penetrado, el reconocimiento del rol receptor se ve dificultado por los estereotipos de género que asocian este lugar al “sometimiento” y la “entrega”.

“... en el sexo es como someter y ser sometido, bueno ahí ya vienen las partes de... de las perversiones, pero en cierta manera es someter, entonces cuando uno lleva una pareja más estable, uno se deja someter, en cambio cuando una persona... cuando las estoy empezando a conocer, desde mi perspectiva, es difícil que me deje, es más fácil que yo sea... el sometedor, el activo ...”

(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

“... me gusta ser yo el hombre en la cama, no me gusta la parte femenina ...”
(Entrevista Homosexual que no usa condón, 22 años)

Sujetos que viven con VIH

En el caso de los sujetos que viven con VIH, **la sexualidad no penetrativa aparece como una alternativa forzada** después de la notificación. Se trata de una consecuencia del temor a tener relaciones sexuales después de la notificación y también es una estrategia preventiva:

“... Estoy súper bien centrado con una abstinencia sexual total ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... he tenido sexo pero no con penetración y hasta ahí... y de hecho ya no practico la penetración, ese fue el cambio, conmigo no va la penetración ...”
(Focus, Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... pueden ser masturbaciones mutuas, cosas así, pero llegar a la penetración misma, no, una porque yo no lo he permitido ni porque tampoco me hubiese gustado que me lo pidieran...”
(Entrevista Homosexual que no usa condón, 36 años, VIH+)

1.3 Percepciones sobre la sexualidad masculina

Si bien, los sujetos otorgan importancia a la afectividad en la sexualidad, respecto a la sexualidad homosexual surgen significados asociados a las construcciones de género presentes en nuestra cultura, en tal sentido, significan la sexualidad homosexual como parte de la sexualidad masculina y por tanto **“irrefrenable”**, “caliente” y centrada en el placer y la gratificación sexual inmediata.

“... los hombres somos más calientes, a la mujer tienes que prepararla, hacer todo un trabajo previo; en cambio con el hombre no, el hombre va al tiro ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... Yo no creo que sea por la sociedad, yo creo que es porque siendo gay, los dos somos hombres, somos más calientes y... nos dejamos llevar...”
(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, participan en ONG)

“... Por el mismo hecho de ser hombre yo tengo, claro, una parte animal muy grande, pero también tengo una parte pasional por ser hombre ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, no participan en ONG)

1.4 Percepciones sobre los tipos de encuentro sexual

A partir de la información recolectada, se constata la existencia de tres formas de relacionamiento sexual que han tenido y tienen los sujetos con respecto al tipo de pareja y lugar en que se produce el encuentro sexual:

- **La pareja**, como encuentro vehiculizado por el afecto.
- **El sexo ocasional con seducción**, que se asocia especialmente a la *discoteque* y que se caracteriza por un juego previo de atracción de la potencial pareja sexual.
- **El sexo ocasional sin seducción o sexo express** que se asocia especialmente a los sitios de sexo público como parques, cerros, playas, al cuarto oscuro de la *discoteque* y al sauna. Se trata de un encuentro anónimo que se circunscribe a ese momento, donde no existiría ni afecto ni seducción.

A cada uno de estos tipos de encuentro sexual, los sujetos estudiados asignan valores diferenciales en la medida en que se acercan o alejan del discurso social dominante sobre la sexualidad; así, los encuentros sexuales al interior de una relación de pareja o en la búsqueda de la misma son valorados positivamente y por lo tanto, considerados deseables. Por el contrario, los encuentros de sexo *express* son valorados negativamente y se observa dificultad para asumirlos como parte del repertorio sexual propio de los individuos.

“... yo no me voy a ir a la cama con una persona que conocí en una noche, o sea si yo voy a tener intimidad con una persona es por que me quiero entregar a esa persona, y porque quiero estar con esa persona, pero así por una cosa de calentura o algo así, no ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

En el caso de quienes señalan practicar estas formas de encuentro sexual, generalmente esto se plantea como una experiencia que no es totalmente placentera en comparación al sexo dentro de la pareja.

“... hay ocasiones en que uno se topa con... que tú tienes que hacer todo el trabajo y que ellos se dedican solamente a penetrar y nada más, o sea, darle la satisfacción de que la otra persona goce, disfrute, y tú... como ellos acaban y tú ahí quedas ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... Igual tiene su lado entretenido, aunque igual te aburres andar puteando por ahí y por allá...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

“... Si me das a elegir entre sexo ocasional y el tener una pareja estable, creo que sería mejor tener una pareja estable ,por un cuento de proyecto y de tener a alguien”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

También los significados asociados al sexo ocasional dan cuenta de percepciones de éste como un **medio de desahogo** del deseo sexual, donde el centro de interés está puesto en sí mismo, pero que no lleva a la “plenitud” sexual.

“... en el sexo ocasional en cuanto lo que yo he podido ver... es encontrarse con alguien, tocarse con alguien, acabar rápido y no importa el otro ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... una masturbación entre dos no más, tenís cero compromiso, no te interesa na, solamente vas a callar el grito de las hormonas en un determinado momento ...”

(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

“... es netamente en este caso, momentáneo, es más frialdad, una cuestión carnal, se necesita y se hace ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

Además las relaciones sexuales ocasionales son significadas como una práctica sucia y fría y por lo tanto son vivenciadas con culpa y/o angustia.

“...es como que me siento sucio... como que no puedo pasarlo bien, eso, y me cuestiono: ¿qué hice? ...”

(Entrevista Alternativo 2, 21 años, VIH-)

“... yo era realmente mal lo que estaba haciendo... al tener estas relaciones ocasionales, me empecé a sentir no como una persona, sino como un objeto... como un pañuelo desechable con el que uno se sonaba, se suena y bota, el papel, así conmigo, tenían sexo conmigo y me botaban después, y eso provoca un gran vacío en uno ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

Así, las relaciones sexuales ocasionales sólo son validadas en la medida en que son consideradas parte de la búsqueda de pareja estable y como una estrategia para llegar al compromiso.

“... es una vida muy sola, en la cual buscas desesperadamente a alguien que te quiera, que te quiera por lo que puedes entregar sentimentalmente, no lo material, entonces buscas desesperadamente eso, en el camino del sexo, que si uno lo mira

desde ese punto, por lo menos a mi me pasó, tapaba esa soledad por medio de tener a alguien en el sexo,...

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... lo que me da miedo... con el tiempo, resulta que tengo 24 años y el tiempo te va haciendo promiscuo. ¿Por qué razón? Porque uno conoce a una persona, quiere tener como una pareja estable y ¿qué pasa?, pasa un par de tiempo y murió la relación ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

En el caso de los sujetos más jóvenes que no participan en organizaciones, predomina una visión negativa respecto al sexo ocasional y por lo tanto, es vivenciado con mayor culpa y angustia. Esto va acompañado por una visión romántica de la sexualidad en la que la relación de pareja constituye el ideal a alcanzar.

“... yo pienso que tiene que haber sentimiento... yo tengo que saber que yo siento algo por alguien y que esa persona también va a sentir algo por mi para que pueda existir un tipo de relación; las relaciones son de dos ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... la verdad es que siempre reniego de la vida que llevo, por lo mismo, porque no me gusta, yo soy una persona totalmente distinta a los demás y siempre he querido tener pareja estable pero nunca lo he podido encontrar...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

Por otro lado, los sujetos de mayor edad y que participan en organizaciones sociales expresan un grado menor de rigidez respecto al discurso social dominante, por lo tanto, viven el sexo ocasional de modo más integrado a su sexualidad y con menor culpa y angustia.

“... yo puedo tener una pareja y no tener una relación sexual placentera y puedo tener una relación ocasional con alguien que conocí un rato y puede ser tremendamente placentera ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH- participan en ONG)

“... he encontrado mucho placer donde no hay proyectos de vida de por medio...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH- participan en ONG)

“... el placer no pasa netamente con la pareja, creo que hay varias formas...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH- participan en ONG)

Sujetos que viven con VIH

En el caso de los sujetos que viven con VIH, los encuentros sexuales ocasionales y *express* son relacionados con un estado anterior a la notificación y serían parte del pasado que los sujetos intentan modificar a partir de establecer relaciones de pareja u optar por la abstinencia sexual y masturbación.

“...No... y sexo por sexo, no me llama la atención o me dejó de llamar la atención...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 36 años, VIH+)

“... yo tuve una vida activa sexual, pero eh....mis relaciones han sido bien...muy... muy pasajeras ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

2. PERCEPCIONES SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD

2.1 Significados atribuidos a la orientación sexual

Con respecto a los significados que los sujetos entrevistados otorgan al deseo homoerótico, en algunos sujetos aparecen atribuciones negativas que lo ubicarían en lo “**anormal**”, “**raro**” y “**sucio**”. Al mismo tiempo se plantea que la orientación sexual es vivenciada con una cuota de sufrimiento, que es algo que no se elige y que no les permite ubicarse ni en lo culturalmente asignado a las mujeres ni a los hombres.

“...hay algo que si es anormal, que yo tenga que tener una pareja hombre...”
(Entrevista Homosexual que no usa condón, 33 años, VIH+)

“... es como una cosa más sucia ...”
(Focus Group, 18 – 29, VIH-, no participan en ONG)

La definición de “anormalidad” aparece aún más acentuada en el caso de los sujetos bisexuales, quienes no se consideran parte ni del grupo homosexual ni del heterosexual:

“...soy un hombre raro... Me gustan las mujeres, me llaman la atención las mujeres, y yo con las mujeres he tenido dos veces sexo, dos o tres parejas hombres ...”
(Entrevista Bisexual, 48 años, VIH-)

“... cuando yo era chico, siempre fui difícil, nunca fui una persona socialmente aceptable, porque era al revés de los cristianos...”
(Entrevista Bisexual, 34 años, VIH-)

Cabe señalar que esta visión negativa aparece de modo atenuado en sujetos que participan en organizaciones de personas homosexuales.

Frente a aquellos significados que asocian el deseo homoerótico a la anormalidad, los sujetos se ven en la necesidad de resignificar éste de modo que tenga cabida en su universo simbólico, por ejemplo en sus creencias religiosas. De esta manera no sólo se busca reducir la disonancia entre conductas y creencias, sino que además, se intenta legitimar la orientación homosexual:

“... yo creo que si Dios lo permite es por que cree más en una condición, como se dice, cree más en al amor entre dos personas, independientemente del sexo...”
(Entrevista Homosexual Macho, 24 años, VIH-).

Así, los significados negativos de la orientación homosexual son relativizados en la medida que el amor está presente en la relación homosexual.

“... es algo súper natural... que mezcla mucho los sentimientos, pa’ mi el ser humano sin sentimientos no es ser humano ...”
(Focus Group 1, 18 – 29, VIH-, no participan en ONG)

“... Algo que puede definir al homosexual, de que él puede tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo y puede amar a personas del mismo sexo, para mí eso es ser homosexual y de ahí da lo mismo...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, no participan en ONG)

2.2 Percepciones acerca de los homosexuales

Respecto al modo en que los sujetos perciben a los otros homosexuales, a las características que les atribuyen y cómo perciben su relación con ellos, se identificaron especialmente significados negativos que dan cuenta de una desvalorización de la homosexualidad.

En tal sentido, el sub valor asignado a la homosexualidad y la atribución que los sujetos hacen de características negativas a este grupo, pone de manifiesto cómo los sujetos se ubican en relación a la población homosexual, esto es, desde la autoexclusión o diferenciación del mundo homosexual.

Las percepciones negativas con respecto a los homosexuales son comunes entre los sujetos que viven con VIH y seronegativos y pueden clasificarse en distintos ámbitos: prácticas sexuales, relaciones sociales, modelos identitarios y estilo de vida. Cabe señalar que éstas aparecen más atenuadas en el caso de los sujetos organizados que participaron en los grupos focales, quienes refirieron más aspectos positivos sobre la homosexualidad.

- **Prácticas sexuales**

En este ámbito destaca la condena a la multiplicidad de parejas sexuales, práctica que es considerada como **promiscua**, desordenada e irresponsable y que se considera propia de los homosexuales. También, se cuestiona la infidelidad y la inestabilidad de las relaciones afectivas.

“... Muy irresponsables porque muchos que meterse con uno, con otro, con otro, con otro, con otro, y que pueden infectarse o pueden estar infectados con el virus...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“...a mi lo que no me gusta mucho, tu conocís a alguien y te metiste con alguien que fue su ex, es como los triángulos, son horribles. Es casi como todos con todos...”

(Focus Group, 18 – 29, VIH-, no participan en ONG)

Los sujetos señalan que los homosexuales centran su interés vital en el sexo, las relaciones sexuales y el placer. Esto se manifestaría en intereses como la búsqueda permanente de encuentros sexuales, en el hecho que sus temas principales de conversación son el sexo y los atributos sexuales de los sujetos de su entorno.

“... hablan puro de la cintura para abajo y no tienen otros temas...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

● Relaciones sociales

Se cataloga a los homosexuales de “cahuineros”¹⁷, veleidosos, poco confiables y desleales; lo cual lleva a los sujetos a la decisión de no construir vínculos de confianza con otros homosexuales.

“... no he podido tener un amigo gay, un amigo hetero es leal ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... es que igual mucha como veleidad. Los homosexuales se fijan po’, son como muy detallistas ...”

(Focus Group 1, 18 – 29, VIH-, no participan en ONG)

“... El grupo en sí, es chismoso, cahuinero, miradores en menos, discriminatorio, si saben que tenís el VIH te apuntan hasta con el dedo en la disco, eres el bicho ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Paralelamente, las relaciones sociales con personas heterosexuales aparecen valoradas positivamente, evidenciándose atribuciones de prestigio a estos vínculos, en el discurso de algunos sujetos aparecen las relaciones sociales con hombres heterosexuales resaltadas como algo de lo cual se puede presumir o que al menos merece ser mencionado positivamente.

¹⁷ Cahuinerio: chismoso, que comenta, califica e inventa sobre la vida pública y privada de los otros.

“... yo tengo la suerte de con mucha gente heterosexual, eso te ayuda también a escaparte un poco de este ambiente... y también yo soy súper religioso...”
(Entrevista Homosexual Macho, 24 años, VIH-)

“... yo igual vendría siento como hetero porque igual tengo mucho más gente conocida que no cacha la onda ...”
(Entrevista Homosexual que no usa condón, 22 años, VIH-)

- **Modelos Identitarios**

Se refiere al modo en que “la loca” -significante utilizado por los sujetos para dar cuenta de las características de algunos homosexuales que son delicados en sus gestos y que expresan abiertamente su orientación sexual- aparece asociada a valoraciones negativas que la califican de **“loca desatada” o “cabra loca”**.

Además el ser “loca” se asocia a la vivencia histriónica de la homosexualidad, a generar escándalo en espacios públicos, ser excesivamente visible y evidente y al comportamiento sexual desenfrenado, multipareja e irresponsable.

“... Yo soy un poco locafóbico, encuentro que eh... también nosotros como, como homobisexuales también debemos mostrar cierta dignidad hacia la... a la sociedad y demostrar que no somos ni locas desatadas o que queremos ser mujer o que tenemos conflicto...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... las locas me refiero a los payasos, las que andan por la calle y se les nota de aquí a cinco cuadras que son locas ...”
(Entrevista Homosexual que no usa condón, 22 años, VIH-)

“...las locas los encuentro patéticos, porque son una caricatura de “sí mismos”, porque yo soy homosexual, a mi me gustan los hombres, porque me gusta el pene, sin embargo, no ando vestido de mujer”
(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH-)

- **Estilo de vida**

Se critica el hecho que los homosexuales estarían centrados en la construcción de **una imagen de éxito y bienestar material** lo que se expresa en la preocupación por el dinero y la apariencia. En este mismo sentido, se les atribuyen características como superficialidad y frivolidad.

“... El prototipo tiene plata, auto, se viste bien, tiene buen cuerpo, buen perfume, en la disco todos lo quedan mirando, todos queremos llegar a ser eso, ese es el ideal...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Respecto a **la clandestinidad** de la homosexualidad, esto genera discursos contradictorios. Por un lado, se critica la doble vida y la clandestinidad, como **falta de autenticidad** y por otra parte, ésta aparece valorada como una **estrategia para hacer frente a los efectos de la estigmatización y marginación social**. En el plano individual la clandestinidad de la familia es vivenciada con dificultad, mientras que en el ámbito laboral es una estrategia validada por los sujetos.

“... voy a un trabajo..., ya yo soy homosexual, y si voy de una forma así como más femenino, y hablando como femeninamente, es obvio que no me van a respetar, y no me van a dar tampoco trabajo, y entro al lugar de trabajo, ni mis compañeros ni los clientes me van a respetar por mi forma de ser ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... Igual me daba temor la parte social, de ser discriminado, el chileno es muy cuadrado, entonces igual y aparte por las criticas, las burlas y más que nada por mi familia ...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 22 años, VIH-)

En relación a la clandestinidad, resulta particularmente ilustrativo el caso de uno de los sujetos bisexuales entrevistados, quien es casado, tiene hijos y mantiene una relación homosexual paralela, él vive cotidianamente la dificultad de mantener oculta su orientación homosexual:

“... yo no puedo abrirme, yo no puedo, la forma ya de abrirme, a lo mejor de llegar y aceptar todo el asunto es que me separe y ahí contarlo todo, pero yo no puedo hacerle eso a mi pareja, mi mujer, tengo dos hijos y no po´, no puedo por la familia, por un montón de cosas...”

(Entrevista Bisexual, 48 años, VIH+)

Valoraciones positivas

Por otro lado, se identificaron algunas percepciones positivas sobre la homosexualidad que guardan relación con **la expresión sexual y afectiva**. Se plantea que los homosexuales tienen la valentía u osadía para transparentar su deseo sexual y para desarrollar estrategias que les permitan alcanzar sus metas como estudiar y construir relaciones de pareja, en un entorno desfavorable.

“...Yo a los homosexuales los encuentro valientes, en el sentido de que... bueno a los que son asumidos... porque saben a lo que van... saben a lo que se atienen y saben lo difícil que va a ser...”

(Focus Group, 18 – 29 años VIH-, no participan en ONG)

Por otro lado, se valora el modo en que los homosexuales viven su sexualidad, significándola como “liberal”, también en el plano afectivo se valora positivamente la capacidad de sentir y expresar afectos, esto es señalado en contraposición a los hombres heterosexuales.

“... yo creo que nosotros somos como más liberales que los heteros...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... lo positivo es que creo que tenemos la capacidad afectiva más desarrollada que los hombres heterosexuales ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

2.3 Percepciones sobre la homofobia

En esta sub categoría se pretende dar cuenta del modo en que los sujetos significan las experiencias de discriminación hacia los homosexuales y el impacto de aquello en su subjetividad, en tal sentido, en el estudio se constatan dos tipos de homofobia: la homofobia externa, que da cuenta de cómo los sujetos perciben la discriminación social hacia la homosexualidad y la homofobia internalizada, que dice relación con los efectos de la marginación social en la subjetividad.

Homofobia externa

Se refiere a las experiencias de discriminación que los sujetos refieren y a los efectos que éstas han tenido en su subjetividad. En este sentido, se confirma la percepción de homofobia dominante en nuestra sociedad, la que es percibida como restricción pero a la vez es evaluada positivamente en cuanto recluye a lo privado la sexualidad homosexual y con ello permite que pueda vivirse todo lo que se desea. Además resulta interesante que los sujetos entrevistados no significan discursivamente la clandestinidad como un efecto de la homofobia imperante, se observa una “**normalización**” de este modo de vivir la homosexualidad internalizando el “**deber**” de permanecer en el mundo privado, lo que se interpreta como **respeto hacia lo demás y hacia sí mismo**.

“... es el espacio que yo quiero darle también, es una cosa privada, y si yo lo quiero compartir con algunas personas genial, pero yo creo que desde esta perspectiva

yo no tengo que demostrar nada, nada, entonces yo debo ser lo que quiera ser, pero para poder evitarme dolores de cabeza, prefiero omitir ciertos temas ...”
(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

“... Uno tiene que mostrarle a la gente que no es así... que soy un tipo serio, ahora si estoy con mis amigos obviamente voy a “mariconear” de lo lindo ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, no participan en ONG)

En general, los sujetos que optan por una vivencia clandestina de su orientación homosexual (incluyendo a los bisexuales) señalan no haberse sentido discriminados, atribuyendo la ausencia de discriminación a su propio “recato” o capacidad de ser invisibles. Por el contrario, aquellos que evidencian un modelo de homosexualidad más “afeminado” relatan haber sufrido experiencias de discriminación y violencia.

“... En el colegio si, viví el acoso de mis compañeros, especialmente en las horas de educación física, me arrinconaban en un rincón y me empezaban a correr mano y yo tratando de sacármelos de encima, agarrones en los pasillos, todo el liceo, todo el colegio me conocía...”
(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... la misma persona suelta, desinhibida, en la calle la molestan, la gente que es hetero, o homofóbicos, o gente de civil o carabineros, todos esos te pasan a llevar si eres demasiado, a ver como te explico, demasiado evidente...”
(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

Si bien muchos sujetos plantean que tienen dificultades para hablar con su familia, con sus amigos y revelar su homosexualidad en espacios laborales, esto no es percibido por ellos como un fenómeno asociado a la homofobia sino que se explica en función del conservadurismo o tradicionalismo de su entorno.

“... la sociedad chilena es muy pacata, de que te puede decir que puedes ser aceptado, pero también te pueden... cagar, de no darte las posibilidades, prefieren optar por una persona que es casada, que tiene hijos ah...y a lo mejor no hace mejor el trabajo que yo, pero no está fuera del modelo, de estos marcos, es menos peligroso también...”
(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

Por otro lado, uno de los aspectos de la homofobia externa que se evalúa negativamente es el hecho que reprime la expresión pública de la afectividad y de los sentimientos, lo cual aparece como posibilidad de daño para los sujetos.

“... muchas veces los han mostrado en la TV y en los diarios, no tienen ese respeto hacia nosotros... todo el mundo sabe que esa playa llega gente y empiezan a decir oye no se den besos, si saben que esa playa es... váyanse a otra playa, respeten los lugares para nosotros...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... Si pienso que soy una persona dañada en el sentido que tuve que esconderme (...) pero si somos personas que crecemos dañadas por no poder expresar los sentimientos...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

Homofobia internalizada

La homofobia internalizada se expresa en dos niveles: homofobia hacia otros sujetos homosexuales y homofobia hacia sí mismo. Este tipo de homofobia tiene tres expresiones particulares:

1) Normalización de la clandestinidad

Como se señaló anteriormente, esto se refiere al modo en que los sujetos incorporan los mandatos sociales que indican que ellos deben ocultar su orientación homosexual, absteniéndose de llevar a cabo cualquier acto que pueda evidenciarla, especialmente en el espacio público o en interacciones con personas que desconocen su homosexualidad.

2) Diferenciación y rechazo hacia lo femenino

También se expresa en el modo en que al interior del mundo homosexual se estigmatiza el modelo de la “loca” a la cual se atribuyen significados negativos que ese asocian a lo femenino y al desenfreno sexual, características que, por cierto, en nuestra cultura no son deseables y por el contrario son objeto de castigo y marginación.

3) Exacerbación del carácter masculino de la homosexualidad

Se refiere a las construcciones que ha elaborado el sujeto respecto a su propia imagen, en la cual aparece la necesidad de diferenciarse de todo aquello culturalmente asignado a las mujeres, reforzando su masculinidad.

2.4 Influencia del género en las percepciones sobre la propia identidad

Con el fin de indagar en el modo en que los sujetos se adscriben a una identidad sexual definida o categorías propias utilizadas y cómo esto afectaría su acceso a estrategias preventivas focalizadas, se entrevistó a sujetos con distintas orientaciones sexuales (bisexuales y homosexuales) y con diferentes construcciones de género (machos y locas). También se consideró entrevistar al grupo emergente de los jóvenes alternativos quienes presentan un modo particular de ubicarse en torno al género y a la orientación sexual, que no permite clasificarlos en las categorías señaladas.

Como se señaló anteriormente, en las autodefiniciones de los sujetos, se evidencia un énfasis en el carácter masculino de su identidad, es decir, a los sujetos les interesa resaltar su masculinidad, en la medida que ésta aparece como un atributo deseado y se plantea un distanciamiento discursivo de las características culturalmente consideradas femeninas, en particular del modelo de la “loca”. Como se señaló anteriormente, los sujetos valoran particularmente su **capacidad de invisibilizar su homosexualidad**.

“... Yo creo que no se me nota, yo soy gay pero no se me nota...”
(Entrevista Homosexual, 30 años, no usa condón, VIH-)

“...en ese aspecto nos van a seguir viendo de una forma... que somos todos unos locos, locas que les gusta vestirse de mujer ...”
(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... pero si yo fuera una loca fuerte así yo creo que les daría vergüenza ir a tomarse un shop conmigo a donde hay puros hombres ...”
(Entrevista Homosexual, 30 años, no usa condón VIH-)

Si bien todos los sujetos entrevistados tienen prácticas homosexuales, no todos se definen como tales. Un grupo importante de ellos prefiere autodenominarse como bisexual porque ha tenido o podría tener en el futuro relaciones con mujeres. También hay quienes se definen como homosexual o gay, agregando calificativos que aluden a su carácter no visible, “no afeminado” o que expresan una separación del mundo homosexual tales como “gay piola”, “gay normal” u “homosexual tranquilo”.

“... yo no tengo bien definido si soy gay o bisexual (...) pero me llama la atención, me gusta, a mi me gusta estar con otro hombre, lo mismo con mujer ...”
(Entrevista Bisexual, 48 años, VIH-).

“... Con el gay normal, como te explico, con el que no es tan demostrativo, ante la gente... normal que llamamos nosotros ...”
(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH-)

“... Yo soy gay, gay tranquilo, trato de pasar piola, yo en pareja hago de moderno, varonil ...”

(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

“... no está en mi vestirme de mujer, no lo voy a hacer porque no me gusta, no me voy a andar pintando... o sea yo soy un hombre que me gustan los hombres, así me defino ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

Cabe resaltar que incluso en el caso de entrevistados definidos y referidos por sus pares como “locas” y “fuertes” y que fueron entrevistados en tanto tales, éstos se alejan y diferencian de aquellos estereotipos en su autodefinición, denominándose a sí mismos como homosexuales o gay afeminados. En este último caso el ser “loca” estaría dado por el carácter escandaloso y provocador más que por el afeminamiento.

“... Yo soy, a ver, se puede decir como que soy, una persona muy afeminada, tengo gestos de mujer, muchos rasgos faciales, también me lo han dicho muchas veces, físico casi de mujer [las locas] son esas que tratan de llamar la atención supongamos, que anda por las calles con amigos gritando mijito rico y todas esas cosas, eso para mi es loca...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... hay algunos que basta verlos en la calle, no es necesario que te digan, son hombres, o sea están vestidos de hombres pero su actuar, su caminar, se expresan o como compran un cigarro se expresan como mujer. Entonces yo no, no me siento en ese grupo, no me siento parte del grupo más femenino...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

Jóvenes alternativos

Respecto a los sujetos alternativos se observa que en el caso del que tiene prácticas bisexuales, discursivamente aparece ajeno a las definiciones anteriores, hay una resistencia a clasificarse dentro de los modelos establecidos, siendo la **ambigüedad** el lugar desde el cual se sitúa:

“... Yo en realidad, no me gusta encasillarme, o sea como que yo soy yo, no me gusta decir yo soy gay o yo soy heterosexual, en realidad no me clasifico, pero sí tengo... igual tengo relaciones con hombres, incluso mi primera relación sexual fue con un hombre, fue con un amigo ...”

(Entrevista Alternativo 1, 21 años, VIH-)

3. PRESERVATIVO

3.1 Significados atribuidos al preservativo

Esta categoría incluye percepciones, actitudes y creencias respecto al preservativo, como también las características atribuidas a éste, las que pueden o no basarse en la experiencia.

En general predominan los significados negativos atribuidos al condón, los que involucran igualmente a sujetos que viven con VIH y seronegativos, que usan y no usan regularmente el preservativo.

a) Significados negativos

Estos significados fueron ordenados en dos ámbitos, el primero, aludiendo a elementos de orden subjetivo que dan cuenta del modo en que el sujeto individualmente percibe el condón, en tal sentido, se plantean aspectos relacionados con el desempeño sexual, las características físicas del condón y la confiabilidad que es abordada separadamente en cuanto parece ser un aspecto especialmente determinante para la incorporación del condón a las prácticas sexuales de los hombres homobisexuales y otros HSH. En segundo lugar, se hace referencia a creencias sobre el condón que, basadas o no en la experiencia, afectarían las relaciones sexuales con otros.

Desempeño sexual: A nivel individual los sujetos dan cuenta de una serie de atributos que hacen que el preservativo sea percibido como un producto poco grato de usar. En general, estas apreciaciones surgen desde su experiencia concreta, los participantes en el estudio señalan características negativas del preservativo que afectarían su desempeño sexual y que por lo tanto, actúan como factores que dificultan su uso, tales como: **quita sensibilidad, afecta erección, reduce placer, “lata”, difícil de usar, produce alergia, irrita.**

“... tener que ponérmelo y...y que ajuste bien y...toda esa parafernalia en vez de lograr una excitación me saca del tema ...”

(Entrevista Homosexual Clandestino, 35 años, VIH-)

“... Me irrita abajo, me irrita los genitales y me irrita atrás... y he probado distintas marcas ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... yo recuerdo que muchas veces empezaba una relación con preservativo y luego veía que no tenía mucha sensibilidad y me sacaba el preservativo y penetraba sin preservativo (...) por un tema de contacto, por un tema de sensibilidad ...”

(Entrevista Bisexual, 35 años, VIH-)

“... hay que reconocer que es una “paja” el tener que parar.. Sacarlo, abrirlo... estas en lo mejor y viene toda esa ‘huevá’ ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

Características físicas del condón: Se señalan aspectos negativos relacionados con las características físicas del condón como producto que resultan desagradables para el sujeto, tales como **feo, poco estético, molesto, incómodo, mal olor, grasiento y de un sabor desagradable.**

“... ese como pitutito que tiene en la punta no... lo encuentro como medio... como cómico, entonces... es un poquito poco erótico, si, ojalá no tuviera que ser con eso...”

(Entrevista Bisexual, 49 años, VIH+)

“... es con el condón donde quedas grasiento... yo tengo reparos contra el condón en ese sentido... quedas hediondo ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... a mi me da asco el olor, y al saber tomarlo eh... no sé el latex, no sé no me gusta... me da asco el preservativo, me da asco el tenerlo en la mano, el olor, como te queda en la mano... no, no me gusta ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“estéticamente es horrible... es feo... entonces va por ese lado... a mí me gusta mucho mirar y me da un poco de asco el ver un pene con preservativo, por una cosa de estética...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

Relación con otros: Los sujetos plantean que el preservativo es un elemento que afecta negativamente la relación sexual con otro, actuando como un elemento disruptor que dificulta o **interrumpe el encuentro sexual.** Se señalan significados tales como “lata”, “complicado”, rompe magia e interrumpe momento, es “matapasiones”, es una “parafernalia”, “artificial” y “antinatural”.

“... Yo nunca usé condón, no me gusta. Para mi la sexualidad va muy unida al olor, a lo humano, entonces no puedo acostarme con alguien que esté embetunado con algo ...”

“... es mata pasiones: ‘a ver espérate, me voy a poner el condón’. Yo encuentro que es algo atroz...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... te quita un poco la... te distrae, te distrae de la situación... se rompe un poquito la magia, te hace aterrizar un poco, porque tenís que tomarlo, abrir el envase...”

(Entrevista Bisexual, 49 años, VIH+)

b) Significados Positivos

Se mencionan algunos significados positivos atribuidos al condón, los cuales por un lado, dan cuenta de elementos de orden racional que tienen que ver con el futuro y la proyección del sujeto y por otro, de elementos subjetivos que resultan interesantes en la medida que se relacionan con la satisfacción inmediata en la relación sexual.

Prevención del VIH/SIDA y ETS: se refiere a elementos de orden racional que dan cuenta de los aprendizajes que el sujeto ha experimentado respecto a la prevención del VIH/SIDA, estos se alojan en el deseo del individuo de proyectar su vida y su salud. Estos significados dicen relación con la seguridad, tranquilidad y confianza en la efectividad y la prevención.

“... es un buen invento porque da la posibilidad de personas que se quieren, y que tienen una enfermedad como el VIH, u otros tipos de enfermedades, o se puedan reinfectar...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... yo creo que el mismo tema del VIH, por la... las enfermedades de transmisión sexual y no solamente la sífilis o la gonorrea, sino que hay muchas ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“...si uno no está seguro de que la otra persona le es fiel hay que usar el condón...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

Gratificación inmediata: se refiere a significados asociados al uso concreto del preservativo tales como que es **higiénico, placentero y facilita la penetración al estar lubricado**. Es importante destacar que el calificativo de “higiénico” es el aspecto positivo que aparece con mayor fuerza en el discurso de los sujetos, lo

que se relaciona con evitar el contacto con las heces fecales y que da cuenta de dividendos instantáneos positivos que proporcionaría el uso del condón.

“... cuando uno tiene relaciones generalmente el preservativo sale con fecas y por eso hay que tener cuidado ...”

(Entrevista Bisexual, 48 años, VIH-)

“... teniendo contacto con los desechos del cuerpo en forma directa para mi es antihigiénico...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

Finalmente, algunos sujetos plantean que el uso del preservativo es para ellos un asunto de “costumbre”, es decir, que debe ser incorporado a la práctica sexual como rutina, lo cual a su vez facilitaría su uso. Se trata de un proceso de “acostumbramiento” en el cual, por cierto, se reconocen dificultades.

“... no se debería preguntar: ¿usemos condón? Es algo que tiene que nacer, o sea, se da, es natural, entonces por eso es para mi es como algo que debe ser como por ley como decía y natural...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... El condón pasó a ser mi compañero...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Es un cuento de costumbre (...) es como incorporarlo a tu vida ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

c) Confiabilidad

Algunos sujetos evidencian falta de confiabilidad en el preservativo como método de prevención del VIH/SIDA. Por una parte **se pone en duda la calidad y efectividad del preservativo** como método de prevención señalándose que éste puede romperse con facilidad o que existen condones que pueden ser traspasados por el VIH.

“... Todavía tengo esa cosa delineada, que no es 100% segura, que no sé, como te digo, no se, es una cuestión re complicada en ese sentido ...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 36 años, VIH+)

“... El condón que se puede hacer tira, y de hecho si se hace tira te puedes pegar algo ...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 30 años, VIH-)

“... Que se rompa, porque algunos son más delgados, otros son más gruesos...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

En segundo lugar, se pone en duda la calidad de ciertos preservativos, especialmente aquellos que se entregan gratuitamente a través de los servicios de salud. También se manifiesta desconfianza en que el preservativo portado por el compañero sexual puede ser de mala calidad o estar en mal estado.

“...Pero si te vas a poner eso de los hospitales, no... porque sé que son re malos...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

“... Yo creo que escasa, ellos [servicio de salud] no ofrecen un buen preservativo, te lo regalan, pero es malo ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... Me ha pasado [rompimiento del condón] con los que me dan en el hospital, con los que yo compro no, no he tenido problemas...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

Sujetos Alternativos

En el caso de los sujetos alternativos, llama la atención las escasas percepciones recogidas sobre el preservativo, lo que se relaciona con la limitada experiencia que estos sujetos tendrían con el uso del preservativo. Los sujetos señalan utilizar el preservativo ocasionalmente, cuando lo tienen disponible y su estado de conciencia les permite utilizarlo.

“es como bañarse con calcetines”

(Alternativo 2, 21 años, VIH-)

“las veces que lo he ocupado, cachai, me gusta, lo encuentro como algo limpio, seguro”

(Alternativo 1, 21 años, VIH-)

3.2 Acceso al Preservativo

En general tanto los sujetos seronegativos como los que viven con VIH señalan que ellos acceden al preservativo mediante tres vías principales, las que presentan ventajas y desventajas:

Compra en farmacias: en general, quienes dicen usar regularmente el preservativo señalan que lo adquieren principalmente en farmacias. Al respecto se señala en algunos casos la dificultad que genera la vergüenza de solicitar preservativos al vendedor/a, prefiriéndose las farmacias de autoservicio.

Organizaciones sociales: algunos sujetos señalan adquirir condones a través de las mesas informativas en *discoteques* y en ferias ciudadanas, y otros señalan directamente acudir a las organizaciones para solicitarlos. Se señala como desventaja la poca cantidad de preservativos a los que se puede acceder por esta vía.

Consultorios y hospitales: esta vía de acceso es referida fundamentalmente por los sujetos que viven con VIH y es aquella a la cual se atribuyen mayores aspectos negativos. A la ya mencionada falta de confianza en la calidad de estos preservativos, se suman molestias como que se entreguen en la sección de planificación familiar mediante una fila, lo que implica un tiempo de espera y además implica el riesgo de evidenciar la condición serológica y/o la orientación sexual del sujeto, y que el número de condones recibidos es insuficiente.

Es destacable que se constata en los sujetos más jóvenes tienen una mayor diversidad de vías de acceso al preservativo tales como: compra en botillerías, condomáticos en universidades y otras máquinas expendedoras, a través de los amigos, e incluso señalan recibirlos a través de su familia lo cual implicaría, según los entrevistados, mayor uso, al menos en las relaciones sexuales ocasionales.

En relación a **las barreras** encontradas para el acceso al preservativo se señala su alto precio lo que limita su accesibilidad y, en segundo lugar, se señala como obstáculo la vergüenza de solicitar el preservativo en la farmacia. Cabe señalar que esto último aparece en el discurso de los sujetos más jóvenes y en los entrevistados de la Región de Antofagasta.

En el caso de los jóvenes alternativos, si bien ellos, en tanto jóvenes, podrían tener disponibles una mayor diversidad de vías de acceso al preservativo, la baja percepción de riesgo implicaría un uso muy inconsistente del mismo.

3.3 Factores situacionales que inciden en el uso del preservativo

Se constata la existencia de factores externos al sujeto que incidirían en el uso del condón y otros que incidirían en el no uso del mismo, estos no son permanentes, es decir, tienen una ocurrencia acotada en el tiempo, a continuación se describen ambos, sin embargo, es importante considerar que generalmente éstos no aparecen en forma aislada, sino que se superponen unos con otros.

a) Factores situacionales que inciden negativamente en el uso del condón masculino:

Grado de excitación del sujeto: los sujetos señalan que la “calentura” o excitación sexual es un factor que hace que muchas veces no se utilice el preservativo. Se busca la gratificación instantánea y en este contexto el preservativo actuaría como un elemento disruptor que es dejado de lado en beneficio de un contacto inmediato.

“...no he tenido opción ni mayor conciencia, digamos que eso, aparte de no haber tenido la conciencia, nos dejamos llevar por la calentura ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... porque igual uno está con el impulso de repente y como que se deja ir y se olvida, como que es más fuerte que uno, es carnal... pasó...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

Alcohol y drogas: se plantea que cuando los sujetos están bajo los efectos del alcohol y/o drogas existiría una **pérdida de autocontrol** y una mayor disposición a vivenciar experiencias “adrenalínicas” que no se llevarían a cabo en un estado de conciencia no alterado. Además cabe resaltar que para algunos sujetos el alcohol es un requisito *sine qua non* para permitirse tener encuentros homosexuales.

“... Y bueno los que andan con trago bueno se van en la volá no más, vamos, total no creo que me vaya a pasar algo en esta vez, porque es la típica ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... la otra persona salió solo, se copeteó con un mino y se acostó y tú no sabes si se cuidó o no se cuidó. O de repente, vola’ de curado y no se cuidó y cagaste, o sea ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Es que a veces influye el copete, con copete no te das cuenta y al otro día despiertas y estás con alguien al lado acostado, no sabes ni cómo ni cuándo lo conociste ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Cabe señalar que en el caso de los jóvenes alternativos este factor es central, ya que ellos atribuyen el no usar preservativo a la influencia del alcohol, las drogas y el “carrete”.

“en esos momentos que estoy con mis amigos, con tragos, el descontrol, o sea, eso es lo que me ha pasado, el carrete te lleva”

(Alternativo 1, 21 años, VIH-)

Tipos de lugares en los que se produce el encuentro sexual: algunos sujetos señalan que hay ciertos lugares en los que se utiliza muy poco el preservativo tales como el sauna y el cuarto oscuro, esto se debe a que en ellos resulta difícil portar el preservativo. Esto no ocurriría en otros sitios de sexo público como parques, playas y cerros donde los sujetos pueden portarlo y tienen la visibilidad para ponérselo y verificar si el compañero sexual tiene puesto el preservativo.

“... En general en los lugares públicos, en los cines, en los lugares que hay multitud, nadie usa condón. Ahí no hay clases sociales, no hay iglesia, lo único que importa es pasarlo bien...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... uno a veces va a los saunas y tú en los saunas solamente andas con tu cadenita con tu llave y con tu toallita, bueno si soy precavido andai con tu condón amarradito en la toalla, pero la mayoría no lo hace ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Yo iba a un sauna y en el bar todos conversábamos que usábamos condón y después entrabas a un cuarto oscuro y todos estaban teniendo sexo sin condón, y te dabas cuenta que no usaban preservativo ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Atractivo físico de la potencial pareja sexual: en los diversos lugares de encuentro sexual se señala que existe una fuerte competencia por conseguir encuentros sexuales con los sujetos socialmente evaluados como más deseables (“mino rico”), esto lleva a que los sujetos estén dispuestos a tener relaciones sexuales sin preservativo, si es necesario, a fin de no perder la oportunidad de consumir el encuentro sexual. Esto es especialmente fuerte en el sauna donde la competencia por obtener un compañero sexual atractivo es más descarnada.

“... Es complicado, porque te imaginas que estas con una persona que siempre quisiste estar y está en ese momento y no hay condón, tienes que entrar a evaluar y a la balanza y a decidir si, sí o no...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... Decís el mino está súper rico y perdís los cinco sentidos...”

(Focus Group, 15 – 20 años, no participan en ONG)

Competitividad sexual: en estrecha relación con lo anterior, se señala que en ocasiones no se utiliza el preservativo porque ir a buscarlo pondría en riesgo la posibilidad de tener el encuentro sexual. Esto porque en lugares donde existe gran competencia por los encuentros sexuales un descuido implica que la potencial pareja sexual puede buscar a otro.

“... no hay tiempo para ir a buscar un condón, por que si tu le dices al mino que te espere, cuando vuelves ya esta atinando con otro...”

(Focus Group, 18- 29 años, VIH-, no participan en ONG)

b) Factores situacionales que inciden positivamente en el uso del condón masculino

Apariencia sospechosa de la potencial pareja sexual: los sujetos que participaron en el estudio que no viven con VIH señalan que un factor que promueve el uso del preservativo para ellos, es la evaluación que se realiza respecto a la apariencia de la potencial pareja sexual, en tal sentido, por un lado, cuando el potencial compañero sexual resulta “sospechoso” respecto a vivir con VIH/SIDA (“es muy delgado”, “tiene manchas en la piel”, “se ve muy pálido” o se “ve como enfermo”) se utilizaría más preservativo.

“los que tienen más bajo peso, o los que se ven con un cierto estado de decadencia física (...) uno sospecha”

(HSH VIH+, 19 años)

Por otro lado, cuando la potencial pareja sexual se asocia al modelo de “la loca” o se aproxima a éste, también resultaría riesgoso, ya que aquel modelo se asocia a la promiscuidad y desenfreno sexual y por lo tanto se utilizaría más condón en tal caso.

En este sentido, es posible concluir que la evaluación que los sujetos realizan respecto al **riesgo es de tipo relacional**, es decir, el riesgo no esta asociado a la propia conducta, sino más bien a las características que se atribuyen a la potencial pareja sexual.

Experiencia concreta de vulnerabilidad física: En algunos casos los sujetos que viven con VIH/SIDA plantean que el haber vivido una crisis de salud o adquirido una infección de transmisión sexual actúa como hito reorganizador de la vida sexual, donde la necesidad de autocuidado aparece como tema real y se inicia un proceso consciente y riguroso de incorporación del condón a las prácticas sexuales.

Se constata la existencia de **dos momentos de notificación** que es necesario distinguir. Uno dice relación con la **comunicación del resultado positivo** del examen al sujeto, lo que no necesariamente se acompaña de la incorporación de este resultado, especialmente cuando se trata de casos asintomáticos. La segunda notificación ocurre cuando los sujetos a partir de una **crisis de salud** o de iniciar su tratamiento antiretroviral asumen que efectivamente “están enfermos” y por lo tanto inician un proceso de autocuidado.

“... fue por el asunto del seropositivo y la terapia, donde dije ya no más... por un asunto de cuidado...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

“... los tratamientos de las enfermedades, te van ayudando a tomar conciencia, ya no cometes los mismos errores que cometiste antes, y lo evitas en el futuro ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

Asimismo, para los sujetos que no viven con VIH/SIDA el adquirir una infección de transmisión sexual también los enfrenta concretamente al riesgo y por lo tanto, del mismo modo se intenta modificar la conducta de riesgo incorporando el preservativo, sin embargo, en estos casos el efecto es de menor intensidad o permanece por menos tiempo.

Influencia del entorno: Por último, se constata en el grupo de jóvenes de 15 a 20 años que existiría un entorno más facilitador del uso del condón, éstos jóvenes refieren haber hablado del uso del condón en las clases de orientación en el colegio, refieren recibir desde sus padres recomendaciones explícitas en torno al mismo y además plantean que el grupo de pares actúa como promotor del uso del preservativo especialmente en el momentos previo a un encuentro sexual en el contexto del “carrete”.

“...yo siempre ando con preservativo, uno nunca sabe lo que puede pasar, cuando salgo, mi mamá me pasa condones o me dice cuídate...”

(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-, no participan en ONG)

“...en el colegio, en la clase de orientación, igual hablan de usar condón, aunque no hablan de los homobisexuales, pero igual uno va aprendiendo...”

(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-, no participan en ONG)

“...Cuando una persona recién se está iniciando en el cuento homosexual y tiene amigos, como que igual los amigos le ayudan a prevenir...”
(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-, no participan en ONG)

“... en la disco si te ven muy curado y que te vas con un mino los amigos igual te acuerdan, te dicen usa condón...”
(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-, no participan en ONG)

3.4 Negociación del uso del preservativo

Tanto en las entrevistas en profundidad como en los grupos focales de sujetos seronegativos, se observa vaguedad en torno a las experiencias en que no existe acuerdo respecto al uso de preservativo y las estrategias para llegar a un acuerdo al respecto. En general, más que una negociación, se detecta una imposición de la propia postura con respecto al uso del preservativo. Quienes dicen usar condón en todas sus relaciones sexuales plantean que frente a un compañero sexual que se niega a usar preservativo, ellos se abstienen de tal encuentro, señalando que “no transan”.

“... O sea no hay, no hay penetración ...”
(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... Ninguna, no transo ...”
(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

“... No, entonces ahí es no, no más, si por mucho que la otra persona me diga, no es no, no más, no en el sentido de que no hay que usarlo, o sea es no, y no, no más ...”
(Entrevista Homosexual que no usa condón, 36 años, VIH+)

“... ‘Creo que llegamos hasta por ahí no más po’, creo que yo aprendí a decir ahí: ‘lleguemos hasta acá entonces’ ...”
(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

En segundo lugar, algunos sujetos plantean que existirían situaciones en que, frente a un potencial compañero sexual que no desea usar condón, optan por tener sexo penetrativo sin preservativo. Destaca que esta situación se atribuye a la actitud del compañero sexual y no a sí mismo.

Sujetos que viven con VIH

En los discursos de los sujetos que viven con VIH respecto a las experiencias en torno a la negociación del preservativo se observan dificultades. Por un lado, algunos sujetos reportan un repertorio discursivo que les permite negociar el uso del condón sin necesidad de develar el propio diagnóstico, lo cual les facilita el autocuidado, absteniéndose de prácticas penetrativas en el caso de no contar con condones.

“... tengo un discurso como estándar, porque digo que mira yo podría tenerlo porque mi conducta qué sé yo, es de riesgo, tú podrías tenerlo porque tu conducta...”

(Entrevista Bisexual, 49 años, VIH+)

[le dices] “... yo te vengo recién conociendo, yo no sé con quien has estado antes, le pasas la pelota a él ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

Pero por otro lado, aquellos sujetos que no han elaborado éstas estrategias se ven forzados a exponer su status serológico y -frente a lo amenazante de esta situación- pueden optar por tener sexo penetrativo sin condón o bien se abstienen de encuentros sexuales.

“...se produce la... como la duda, yo sé que voy a usar condón, pero no sé si la otra persona quiere, entonces eso ya te esta cuestionando la cuestión...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Es que si tú lo tienes y él no lo tiene, tú tienes miedo a decirle porque no sabes si te va a rechazar o no, es difícil...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Algunos sujetos que viven con VIH plantean como estrategia de negociación comunicarle a la potencial pareja sexual su estado serológico como una forma de depositar en el otro la decisión de usar o no preservativo:

“... yo si voy a tener relaciones con alguien le voy a contar... yo no soy promiscuo, soy más de pareja... pero si la otra persona no se cuida yo no voy a tener la responsabilidad porque la persona sabe lo que es ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

También un sujeto señala como estrategia aprovechar que su pareja sexual está excitada para ponerse el preservativo de modo que esto pase inadvertido:

“... siempre trato de poner a la otra persona como en situación de... de entrega, de... de dejarse ir, y me preocupo de eso, y trato de cachar al tiro como es, que... cómo es su gusto... esté como más en esa fiebre, en ese como vértigo y yo tengo más como facilidad pa’... de acción pa’ usar el preservativo sin que... sin que se note incluso...”

(Entrevista Bisexual, 49 años, VIH+)

Finalmente, en torno a la negociación cabe mencionar que tanto para los sujetos que viven con VIH como para los seronegativos, al interior de una relación de pareja considerada “estable” el uso o no uso del condón es un acuerdo que se resuelve tras un proceso de negociación en el cual se consideran factores como percepciones sobre el condón, estado de salud de cada uno, serodiscordancia, “intensidad del amor”, entre otros.

4. VIH/SIDA

4.1 Percepciones sobre el VIH/SIDA

Los significados que se asignan al VIH/SIDA varían entre los sujetos que viven con VIH/SIDA y los sujetos seronegativos, para ambos sin embargo, estos significados influirán en el modo en que se perciben o no en riesgo frente al VIH/SIDA.

Sujetos Seronegativos

El VIH/SIDA en los sujetos seronegativos es asociado a elementos de orden social tales como **soledad, discriminación, estigma y dolor por la pérdida de expectativas de vida**. En relación a significados de orden más médico, algunos sujetos señalan estar al tanto de que el VIH en la actualidad es una enfermedad crónica gracias a la existencia de medicamentos antiretrovirales.

“... una enfermedad que se discrimina en su forma de contagio (...) por el hecho que una persona tenga VIH piensan al tiro que la manera de contagio es porque prácticamente se andaba prostituyendo...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

“... muerte en todo sentido, muerte física, muerte social, muerte económica, en todas las áreas. Si me dicen eso, es muerte al tiro, independiente de los tratamientos ...”

(Entrevista Homosexual Macho, 24 años, VIH-)

“... yo por ejemplo en mi caso le tengo miedo al VIH/SIDA (...) lo que le tengo miedo sí es que ponerme en el caso de que yo tenga SIDA y llegar a sentir, no sé... estar en la soledad misma, al ser portador y estar solo y asumir que voy a estar solo ...”

(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-, no participan en ONG)

“... Ahora y antes para mi el VIH/SIDA es algo terrible, que lamentablemente hoy en día le gente que no se cuida está propensa a ser portador del virus ...”

(Entrevista Bisexual, 34 años, VIH-)

“... Para mí que alguien adquiriera el VIH, es catastrófico, no por el sentido de la muerte sino por el estigma que va a vivir esa persona. Eso es lo doloroso para mí...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH- no participan en ONG)

Sujetos que viven con VIH

En el caso de los sujetos que viven con VIH, éstos refieren el modo en que el VIH los ha afectado, señalando en muchos casos que su notificación los ha llevado a resignificar sus vidas dándole un sentido más positivo. La adquisición del virus aparece como **una oportunidad de “disfrutar más las cosas” y de “liberarse”**, esto último está especialmente presente en sujetos que antes de la notificación vivían su homosexualidad en la clandestinidad y que el diagnóstico se produjo en un momento de crisis de salud que implicó comunicar al entorno cercano la propia orientación sexual.

“... A mi me cambió la vida el VIH, lo tomé bien cuando me notificaron, ya sabía lo que iba a suceder, estoy feliz, disfruto la vida, a mis amigos, las agrupaciones, estoy feliz porque me liberé ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... Es por eso, por que me siento vivo, más que antes, con ganas de vivir más. Me cambió la vida, vivo el momento ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... para mi ha sido un ‘paralé’ y un detenerme y pensar que las cosas ya no son igual, que me ha significado ser mucho más responsable, ser más honesto conmigo mismo y con mi entorno ...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 36 años, VIH+)

“... Yo no veo al VIH como una limitación para mí, yo tengo que demostrarme a mí mismo de que el VIH es menos que yo... hay que seguir viviendo ...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

Por otro lado, para algunas PVVIH el virus aparece asociado a consideraciones de orden clínico que los ubican como **“enfermos”** y por lo tanto, **“incapacitados”** para llevar una vida “normal” en distintas esferas como la sexualidad, el ámbito laboral y familiar. Se percibe en estos sujetos una autolimitación especialmente en el ámbito de la sexualidad que los lleva a la abstinencia de tener relaciones sexuales penetrativas; puesto que los sujetos expresan insatisfacción con esta opción, esto podría implicar el riesgo de tener encuentros sexuales no planificados sin preservativo.

“... vida sexual no tengo, desde que hace dos años me diagnosticaron no he tenido pareja, no he tenido sexo tampoco ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... Me siento... tengo VIH, me siento como muerto en vida (...) sobretodo destruyó mi sexualidad ...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 33 años, VIH+)

“... Yo lo que... lo que me da la impresión es que para mi gira en torno a mortalidad... en relación a muerte en vida. Eso simplemente, para mi, en el caso mío, yo soy una persona muerta en vida. ¿Por qué?, porque ya no tengo... ya no hago las cosas que hacía antes... como el sexo con penetración ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

En este mismo sentido, se plantea que en algunos casos se desea olvidar que se vive con VIH/SIDA y por lo tanto, dejar de lado los cuidados necesarios como el uso del preservativo.

“... a veces uno trata de olvidar que vive con el virus y se lanza al mundo no más, como que nada le va a pasar, como que no le va a tocar la mala suerte...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

Sujetos alternativos

En el caso de los jóvenes alternativos, éstos asocian al VIH/SIDA a la muerte, señalando sentir miedo frente a la posibilidad de adquirirlo:

“es una enfermedad mortal”

(Alternativo 1, 21 años, VIH-)

“yo creo que para mi es fin, quizás podría llegar a estar viviendo con él, pero para mi como que contagiarme ya es el fin, como que le tengo demasiado miedo”

(Alternativo 2, 21 años, VIH-)

4.2 Percepción de riesgo frente al VIH/SIDA

Se detecta que los sujetos tienen una **percepción de riesgo “relacional”**, es decir, ésta depende del tipo de pareja con la que se va a tener un encuentro sexual. Así, los sujetos consideran que cuando se trata de una pareja ocasional se estaría en mayor riesgo que con una pareja estable.

De la misma forma que los sujetos categorizan los distintos tipos de encuentro sexual como más o menos deseables y valorados respecto al discurso dominante sobre la sexualidad, ellos también evalúan el riesgo de adquirir el virus de acuerdo a estas clasificaciones. Así, las relaciones sexuales al interior de la pareja se consideran menos riesgosas en comparación al sexo ocasional y más aún al sexo *express*.

Esto aparece tanto en los sujetos que viven con VIH como en los seronegativos. Incluso algunos sujetos que viven con VIH señalan haber adquirido el VIH con sus parejas estables, en este caso la confianza que implica la relación hizo que ellos no se protegieran. También otros sujetos refieren esta experiencia como algo que le ha ocurrido a otros.

“... a mi me dolió, porque yo nunca... porque para mi la sexualidad para mí es de dos, me dolió porque la persona que me contagió lo negó hasta el último, podría habérmelo dicho, por eso me dolió ...”

(Focus Grupo, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... he tenido personas que han caído un poco en este juego de decir: ‘sí, mira yo tengo una pareja estable durante años y nos juramos amor eterno y fidelidad eterna... y ya no usemos preservativos’, pero resulta que al tiempo después se separan y dicen este hueón me pegó el SIDA ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, no participan en ONG)

En el caso de los entrevistados en profundidad tanto seronegativos como aquellos que viven con VIH, la totalidad de quienes tienen pareja estable no usa el preservativo y por el contrario, aquellos que señalan no tener pareja, son quienes lo utilizan mayormente. Si bien no interesa cuantificar los resultados de este estudio, resulta interesante dar cuenta de este dato en la medida en que esta reflejando que la situación de pareja y el no uso del preservativo podrían ser fenómenos relacionados.

Por el contrario, se constata que los sujetos que tienen una valoración menos negativa del sexo ocasional y que señalan acudir a los lugares de encuentro sexual ocasional refieren el uso de preservativos en sus relaciones sexuales.

“... voy a la discotecas, me produzco un poco y de ahí si sale algo, bien, o si no, hay ocasiones donde he ido a un sauna ¿cachai?... eso... No se, conozco a tipos, paso la noche y bien po’, seguro ...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

“... me gusta mucho, muchas maneras de tener sexo, digamos, o sea, muchas... me refiero a en diferentes situaciones, juegos, diferentes actitudes frente al sexo pero siempre con los cuidados ...”

(bisexual, 49 años, VIH+)

“pa’ mi, la posibilidad de tener sexo es constante, entonces siempre ando con mis condones en la mochila, pa’ mi en cualquier momento puede ser válido ...”

(Focus Group, 18 –29 años, VIH-, participan en ONG)

Jóvenes alternativos

En el caso de los jóvenes alternativos, estos asocian el riesgo de adquirir el VIH al sexo ocasional, que generalmente se da en el contexto del carrete. Sin embargo, como se desarrollará más adelante, esto no lleva aparejada la utilización del preservativo.

“yo creo que por tener encuentros casuales, principalmente por eso”
(Alternativo 2, 21 años, VIH-)

“igual te da miedo, a veces hay un poco de distorsión, porque bebemos, se toma su copete, a las enfermedades de transmisión sexual ¿cachai? También hay gente loca, no sabes con qué persona te puedes encontrar”
(Alternativo 1, 21 años, VIH-)

Asimismo, este entrevistado percibe mayor riesgo en sus relaciones sexuales con hombres más que con mujeres:

“me da más miedo (los hombres) son más cara de palo y si no hay condón lo hacen igual”
(Alternativo 1, 21 años, VIH-)

4.3 Estrategias personales de prevención implementadas

Las indagaciones sobre el conocimiento e información en torno al VIH/SIDA indican que los sujetos manejan cierta información sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA y elaboran resignificaciones particulares de esa información, a partir de las cuales toman decisiones con respecto a cómo prevenir (primaria o secundariamente el VIH/SIDA) adoptando diversas estrategias que pueden o no estar basadas en información científica confiable y por lo tanto, pueden ser o no efectivas.

Tanto los sujetos que viven con VIH como los seronegativos dan cuenta de una serie de prácticas comunes relacionadas con sus encuentros sexuales que a su juicio previenen la adquisición o reinfección por VIH o reducen el riesgo en este sentido. También se identificaron algunas estrategias específicas para cada grupo las que fueron desarrolladas en otro apartado.

Algunas de las estrategias comunes en ambos grupos son:

Pareja estable: se señala que tener pareja estable constituye un modo de prevenir la adquisición del VIH/SIDA. Esto en los sujetos seronegativos, implica, en algunos casos, solicitar al otro realizarse el examen de ELISA antes de dejar

de usar preservativo o en ocasiones es suficiente que el otro diga que se ha realizado el examen con un resultado negativo. En otros sujetos, la sola percepción de que existe un vínculo consolidado basta para atribuir a éste un rol preventivo.

“[usamos condón] las primeras tres veces (...) porque después nos pusimos los anillos como por así decirlo y empezamos una cosa más estable”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 22 años, VIH-)

“... Hay gente promiscua y yo no soy promiscuo... ese es mi planteamiento, entonces, si yo no soy promiscuo... ¿Por que tengo que usar condón?... y yo espero estar con una persona que no sea promiscua...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... Me daba lo mismo no usar, porque era una entrega... y ahí coincido de que era una entrega mutua y era una confianza tanta en la otra persona y yo le comprobaba que podía confiar plenamente en mí, porque yo no tenía ninguna cosa, o que llevaba una vida solo para él ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... siempre, desde que maneje la información use condón, pero hasta... cuando ya formé una relación más estable y nos hicimos los exámenes y nos dimos cuenta que estábamos super bien, y ahí ya fue, optamos por no usarlo porque por un tema también de, como de entregarte mucho más a tú relación, sentirte más cerca y más amado ...”

(Entrevista Homosexual Macho, 24 años, VIH-)

“... no sé, llevamos seis meses y nos juramos amor eterno.. ahí si... entonces uno tiende a dejar el preservativo cuando tiene pareja... aunque siempre voy a querer usar preservativo ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, participan en ONG)

“... Es que lo pasa que yo para mi vida lo que quería era una pareja estable, porque ya he visto amigos que han muerto de SIDA ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, no participan en ONG)

Algunos que viven con VIH señalan que la pareja estable fue su estrategia preventiva antes de adquirir el VIH y que fue en ese contexto en que precisamente adquirieron el virus.

“... me pasó más encima con alguien que jamás me lo hubiese imaginado, yo siempre me cuidaba, me cuidaba y me cuidaba, y de repente un descuido con mi pareja y cooperé, así...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... yo me contagie el virus con mi primera pareja, a veces pasan cosas que uno no se da cuenta y al segundo año salí positivo, seguimos por cuatro años, después que supe...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Posteriormente a la notificación, la pareja estable es también una estrategia que se asocia al autocuidado y a dejar de usar el preservativo:

“... Es que hay una suerte de que si tú tienes una pareja sexual exclusiva, o pareja estable, a veces se puede transar el uso del condón, porque se supone que están los dos no más ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... Él me dice que ... a él le gusta el preservativo... soy yo el problema, es que a mí me irrita, pero mira... la verdad es que a veces no usamos preservativo, pero con la condición de que ninguno de los dos tuviera algo por fuera ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... él tenía con el virus; existen los pactos, porque yo me acuerdo que al principio, a veces uno actúa por amor, a veces, que yo lo conversé con él y decidimos seguir teniendo relaciones sexuales sin condón ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

Sexo no penetrativo: tanto los sujetos que viven con VIH como los seronegativos dan cuenta de una serie de prácticas no penetrativas como caricias, juegos eróticos, masturbación y masturbación mutua como prácticas alternativas al sexo penetrativo que se implementan cuando no es posible usar preservativo o cuando se desconfía de la otra persona.

“... porque si no hay plata, se puede perfectamente sin tener penetración, o sea, siempre he dicho que no es necesaria la penetración para tener sexo, con la otra persona, hay un juego muy grande erótico, que puedes jugar con tu pareja y sin la penetración ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... uno puede entregarse perfectamente a la otra persona a través de las caricias, a través del juego sexual y no necesariamente tiene que haber penetración ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

“... Yo creo que no sólo penetración, también puede ser masturbación mutua, no sólo llegar y penetrar ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... yo me podría complacer con simplemente cariño o podría acostarme con esa persona y nos hagamos cariño desnudos en la cama así... incluso sería mucho más excitante que estar con ese peligro en la mente de que a uno le pueda pasar algo con el sexo anal ...”

(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-)

Por otra parte, también se señala como alternativa preventiva el mantener conductas de tipo penetrativas pero sustituyendo el pene por otro elemento.

“...ocupar otras cosas, porque si tu ves que la otra persona necesita sentir el ser penetrado o tu penetrado... ocupai los deditos no ma'...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

Usar condón: algunos sujetos entrevistados tanto que viven con VIH como seronegativos señalan que su estrategia preventiva central es el uso del preservativo.

“... Siendo una pareja estable u ocasional uno tiene que estar prevenido, para que haya una relación tiene que haber un condón ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... El condón, bueno, siempre ando con condón y exijo el preservativo ...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

“... ¿Qué hago yo?, tratar en lo posiblemente de tener sexo con preservativo, para no reinfectarme yo y no dañar a mi pareja ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... si va a haber sexo y va a haber penetración digamos que las dos personas lo queremos, yo exijo el uso del condón...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

Higiene corporal: en ambos grupos aparecen referencias a la higiene corporal, el estar limpio o verificar que el otro esté limpio como una manera de reducir el

riesgo del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual. También se asocia a esto la estrategia de evitar el contacto con ciertas zonas del cuerpo o con fluidos corporales a los que se atribuye la facultad de transmitir el VIH (sudor, semen, heridas).

“...trato de asegurarme que la persona esté... se haga un aseo previo antes... lavarse el pene con agua... y que el glande también lo limpie con un jabón de glicerina o un jabón anti irritante...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“...limpiarse y no tener contacto con las cosas de la otra persona, con el semen...”

(Entrevista Bisexual, 48 años, VIH-)

Sujetos que no viven con VIH

Los sujetos seronegativos refieren algunas estrategias de prevención que no aparecen en el discurso de los sujetos que viven con VIH:

Sexo oral: se menciona como práctica alternativa al sexo penetrativo, pese a que los sujetos plantean al mismo tiempo sus dudas con respecto a si esta práctica es o no una vía de transmisión del VIH y plantean desconocer cual es exactamente el nivel de riesgo implicado en ella.

“... Usar preservativo y si no hacer sexo... de las otras cosas no más, te tocas, sexo oral o cuestiones así ...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 30 años, VIH-)

“... es como más complicado el asunto de la penetración, más que el sexo oral yo encuentro, igual es como re importante el hecho de que no está tan catalogado el sexo oral como infeccioso ...”

(Focus Group, 15 – 20 años, VIH-, no participan en ONG)

Grado de familiaridad atribuido a la pareja sexual: algunos sujetos señalan que su estrategia es “conocer bien a la otra persona”, de esta manera, queda implícito que el manejar algunos antecedentes sobre la forma de vida del otro sería suficiente para asegurar que esa persona no ha adquirido el VIH/SIDA.

“él es más tranquilo, parece niñita de campo...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 22 años, VIH-)

“... hay que conocer bien a la persona... yo con mi primera pareja que tuve estuvimos conociéndonos como cuatro meses y después recién empezamos a tener relaciones ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“...con mi primera pareja primero fuimos amigos y después llegamos al sexo (...) yo conocí a su familia y él no había tenido pareja hombre anterior y ahora es gay...”

(Entrevista Bisexual, 48 años, VIH-)

Sujetos que viven con VIH

Los sujetos que viven con VIH dan cuenta de una serie de estrategias específicas desarrolladas a partir de su conocimiento sobre el VIH y la evaluación del riesgo implicado en ciertas prácticas sexuales que ellos hacen.

Abstinencia sexual: es destacable el hecho que sólo los sujetos que viven con VIH refieren la abstinencia sexual como una práctica preventiva. Esto discursivamente aparece asociado al “trauma” de la notificación, al temor a transmitir el VIH o a reinfectarse o adquirir otra ITS y a la desconfianza en la efectividad del preservativo como método de prevención.

“... vida sexual no tengo, desde que hace dos años me diagnosticaron no he tenido pareja, no he tenido sexo tampoco ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“...he tenido sexo pero no con penetración y hasta ahí... y de hecho ya no practico la penetración, ese fue el cambio, conmigo no va la penetración ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

Coitus interruptus: Varios sujetos señalan que “acabar afuera” constituye para ellos una práctica que minimizaría el riesgo implicado en una relación sexual no protegida, en esto subyace la idea de que es el semen el líquido que transporta el VIH y que por lo tanto si no existe contacto con él esto no llevaría a una reinfección por VIH.

“... Si, en las cuales sí, no se acaba... una penetración que tampoco es profunda... como se dice la puntita (risas), ya eso, pero más allá no, y por períodos cortitos. Cosa de no que no acabe...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... Uno puede tener una relación pero le dice al tipo que acabe afuera, esa es una alternativa...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

Evaluación riesgo viral: esta práctica se despliega cuando se tiene relaciones sexuales con otra persona seropositiva, generalmente con una pareja estable.

Varios sujetos señalan realizar una serie de evaluaciones con respecto al riesgo implicado en una relación sexual no protegida, las que guardan relación con la carga viral propia y la de la pareja sexual y si se encuentra o no tomando tratamientos antiretrovirales. Cabe señalar que en este tipo de estrategia, la motivación principal parece ser la prevención de la reinfección por VIH del propio sujeto o de su pareja.

“... yo tengo más riesgo de reinfectar a mi pareja que él, porque el está indetectable, o sea, los medicamentos le han hecho bien, y los exámenes sale casi 0%, entonces yo tengo muchas más posibilidades de reinfectarlo yo a él que él a mí ...”

(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

“... Yo si tengo una carga viral baja y él está mal, yo ni cagando me voy a arriesgar. Es que yo creo... que uno sabe con quien se está metiendo y es una opción que se conversa entre los dos...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

“... muchas veces tomamos la decisión de no usarlo, el riesgo de contacto tiene que ver con el virus que tienes, con qué cantidad de cepas tienes y cuánta carga viral tiene la otra persona...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

Higiene bucal: en algunos casos se menciona la preocupación por la higiene bucal como una forma de prevenir la reinfección por VIH a través del sexo oral, así como la adquisición de otras ITS. Se señala por ejemplo el uso de antisépticos bucales como una forma de prevención.

“... igual que tengo... por cualquier cosa también ocupo un antiséptico, o cualquier cosa me lo aplico, para evitar... después cuando termino...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

5. LUBRICANTES

5.1 Tipo de lubricantes utilizados

En general, tanto los sujetos seronegativos como que viven con VIH refieren haber utilizado una serie de lubricantes para tener relaciones sexuales anales tales como saliva, vaselina, aceite emulsionado, *gel*, lubricante a base de agua, mantequilla, crema y aceite. Asimismo, se constata que el uso de lubricación siempre ha estado presente en las relaciones sexuales homosexuales.

En general se plantea el uso de lubricantes que contienen aceite como una situación anterior, ya que se conoce que en la actualidad existen lubricantes elaborados especialmente para el sexo anal. En algunos casos se constata el conocimiento de que los lubricantes que contienen aceite pueden dañar los preservativos, pero no se puede afirmar que se trata de una situación generalizada.

5.2 Acceso a los lubricantes a base de agua

En general los sujetos señalan conocer la existencia de este tipo de lubricantes, aunque no todos lo han utilizado alguna vez. Un grupo muy minoritario señala utilizarlo regularmente.

Asimismo, se constata que existe un menor conocimiento y uso del lubricante entre los entrevistados de la Región de Antofagasta.

Con respecto al modo en que los sujetos han llegado a saber sobre la existencia de los lubricantes destacan las mesas informativas de organizaciones sociales que trabajan en la prevención del VIH/SIDA, los *sex shops*, revistas y otros medios pornográficos y haber tenido una pareja con mayor experiencia que los introdujo en el uso de lubricantes.

“... Si, no, si tú vas a un sex shop los vas a encontrar o en la misma farmacia...”

(Entrevista Homosexual que no usa condón, 36 años, VIH+)

“... Yo, lo primero fue por avisos, por revistas... por los avisos, por la publicidad, porque yo también a veces compro revistas...”

(Entrevista Bisexual, 49 años, VIH+)

“... en una relación de sexo ocasional con un hombre mayor, supe los lubricantes sobre la base del agua... y estoy súper agradecido de él...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH-, participan en ONG)

“... ¿Que existían los lubricantes? sabes que a través de la... de un stand o de un panel de informaciones de una institución que trabaja con el tema del VIH, una que regalaba condones negros y preguntando me explicaron y me regalaron un sachet...”
(Entrevista Homosexual Macho, 24 años, VIH-)

Los sujetos señalan acceder a los lubricantes principalmente comprándolos en farmacias, sex shops y en algunos casos en las mesas informativas de organizaciones sociales que trabajan en la prevención del VIH/SIDA.

Con respecto a las barreras que limitan el uso de los lubricantes, se señala de manera categórica su precio elevado, el hecho que no estén disponibles en todas las farmacias y el que no sean entregados gratuitamente en consultorios y hospitales.

“... No es tan difícil, son un poco caros eso sí, pero... o sea, lo tenís que comprar en la farmacia ...”
(Entrevista Bisexual, 49 años, VIH+)

“... Pero es muy caro, porque la más recomendable es la vaselina a base de agua, que usan las embarazadas, es como los más barato...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... porque el preservativo uno va al hospital y te lo dan, pero el lubricante no te lo van a dar en el hospital ...”
(Entrevista Homosexual, 24 años, VIH+)

5.3 Percepciones sobre el uso de lubricantes a base de agua

Las percepciones que los sujetos tienen con respecto a los lubricantes pueden dividirse en aquellas de carácter positivo y otras que enfatizan sus aspectos negativos, ambas aparecen indistintamente en los sujetos que viven con VIH como en los seronegativos.

Percepciones positivas: estas percepciones guardan relación con su capacidad de **facilitar la penetración anal** reduciendo el daño de los tejidos y por lo tanto generar mayor placer en la relación sexual. Se señala que es anestésico, que

evita sangramiento, que no irrita, que facilita la penetración al ayudar a la dilatación anal. Se asocia al placer sexual y a los juegos sexuales.

“... es que depende del asunto, porque si me sale un tipo muy dotado, obligatoriamente tengo que usar... Porque el sexo te tiene que dar placer y no dolor...”

(Entrevista Homosexual Macho, 30 años, VIH+)

“... ahora trato de asegurarme bien de que haya una buena lubricación, mantener, comprar un lubricante y para que sea placentero... es que me da como nervio que me empiece a sangrar ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... lubricante a base de agua, es mucho mejor... y ese no te produce irritación, las cremas y vaselinas te van a producir siempre irritaciones, terminan haciéndote... que terminabai en la posta porque terminabai cocido realmente...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 19 años, VIH+)

“... es que el ano no tiene lubricación propia y uno aprende que la penetración en seco digamos es dolorosa, se puede, uno podría hacerse heridas y cosas así, entonces se usa lubricante para que haya menos fricción ...”

(Entrevista Homosexual Afeminado, 25 años, VIH-)

Percepciones negativas: se señala principalmente su **alto costo y difícil acceso**, lo que limita su uso. También se plantea que los lubricantes no son fáciles de portar por lo que sólo pueden ser utilizados en relaciones sexuales planificadas. En este mismo sentido se señala que puesto que su aplicación implica invertir un mayor tiempo, éste no sería factible para situaciones de sexo *express*.

“... Yo no, generalmente no uso lubricante, me pilla desprevenido, de repente ando con puros condones... no son tan necesarios a veces... yo diría que para una relación más preparada si, quizás, pero no sé de repente tengo sexo ocasional no ando con una mochila ni nada ...”

(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, participan en ONG)

“... es que si tu estas en la intimidad y dices: ‘espera voy a buscar el lubricante’. O sea, ¿qué pasa con el entusiasmo después? ...”

(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

Otro aspecto negativo que aparece reiteradamente mencionado, se relaciona con la posibilidad de que el lubricante se mezcle con las heces fecales, lo que genera una mezcla denominada “mostaza” que resulta desagradable para los sujetos, particularmente para aquél que penetra. En este mismo sentido se plantea que el uso del lubricante, por su rol estimulador y relajante podría generar un excesivo relajamiento del esfínter que lleve a que quien esta siendo penetrado defeque durante la relación sexual, lo que aparece como una situación desagradable.

“... es que hay algo con los lubricantes, es muy aceitoso...”
(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... es que con los lubricantes sale mostaza ...”
(Focus Group, 18 – 29 años, VIH-, no participan en ONG)

“... Yo he sabido de gallos que se han dilatado y se han hecho ...”
(Focus Group, 30 – 49 años, VIH+, no participan en ONG)

También se plantea que el lubricante usado en exceso puede quitar sensibilidad, lo que haría la relación sexual menos placentera.

5.4 Lubricantes y prevención del VIH

Es importante recalcar que en muy pocos casos el lubricante aparece asociado al uso del preservativo y que un grupo muy minoritario señala su importancia para evitar el rompimiento del preservativo en la relación sexual anal. Esto permite afirmar, por un lado, que existiría un desconocimiento con respecto a esta función del lubricante y, por otro lado, que el lubricante es usado de manera independiente al preservativo, destacándose su uso como facilitador de la penetración y como un artículo que puede hacer más placentera la relación, cuestión que no ocurre con el preservativo.

6. Experiencia de vivir con VIH

6.1 Uso del preservativo

Como se señaló anteriormente, se constata que entre los sujetos que viven con VIH, **la incorporación del preservativo es problemática**. En ese sentido, la abstinencia sexual aparece como la estrategia más privilegiada. Sin embargo, en algunos casos, se reconoce la práctica de relaciones sexuales desprotegidas.

“durante todo este tiempo que llevo contagiado, no me he cuidado, yo puedo haber contagiado”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, no participan en ONG)

En algunos casos además se plantea que la notificación podría incidir negativamente en las conductas preventivas cuando emerge el “deseo de venganza”.

“Yo a través de los años escuché gente que dice: si a mi me lo pegaron yo también”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, no participan en ONG)

“le entró la rabia, la ira con el mundo y el empezó a contagiar a medio mundo y cuando le conté lo mío, me dijo fácil: sácate la rabia y contagia al resto”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, no participan en ONG)

Otros sujetos consideran que cuando se ha adquirido en VIH ya no es necesario desarrollar autocuidado, esto debido al desconocimiento de la reinfección:

“cuando yo supe que tenía el virus dije ahora me puedo acostar con cualquiera total ya tengo el virus, no tenía idea que uno se infectaba más”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, no participan en ONG)

Aunque esto no fue enunciado por un sujeto que vive con VIH, nos parece importante consignar que uno de los entrevistados planteó que cuando se había adquirido una enfermedad de transmisión sexual existían menos posibilidades de adquirir el VIH. Se trata de un dato preocupante considerando que esta creencia establece exactamente lo contrario de lo que indica la información científica disponible. Asimismo, nos parece que esta creencia estaría obedeciendo al mismo principio que opera en el conocimiento lego o pseudocientífico que indica que cuando ya existe un daño a éste no puede superponerse un daño mayor.

“Yo creo conocer mucho más del VIH/SIDA de lo que conoce cualquier persona que camina en la calle, yo sé cuando es el período de ventana, se que cuando una persona tiene una enfermedad venérea tiene menores posibilidades de adquirir el VIH/SIDA que si no la tuviese”¹⁸
(Bisexual, VIH-, 35 años)

Por otro lado, uno de los factores que puede actuar en beneficio del uso del preservativo, es la percepción de que el VIH constituye un castigo a la promiscuidad sexual. Se trata, sin embargo, de un castigo individual que no debe ser traspasado a otros. De esta manera, algunos sujetos consideran como una responsabilidad propia el no transmitir el VIH a otras personas.

“se enferma un montón de gente por culpa mía, y no es justo, si la huevá me la agarré yo, no se la agarraron ellos, te fijas, es tu cruz, no tienes por qué crucificar a los demás”.
(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

“es responsabilidad mía no contagiar a otros”
(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, no participan en ONG)

Como se señaló anteriormente, una de las dificultades que tiene para las personas que viven con VIH el uso del preservativo, es el temor de evidenciar el status serológico al instalar el uso del preservativo. Se considera que esto puede poner en riesgo la realización del encuentro sexual:

“Porque ya la persona esta poniendo en duda si tú estas enfermo o no”
(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

“te dice ¿por qué vai a usar condón? ¿tu estai enfermo? Entonces a veces quita la magia”
(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

En general no distinguen grandes diferencias en los discursos en relación al uso del preservativo entre sujetos que participan y no participan en organizaciones. Tampoco la edad parece ser un factor relevante. Sin embargo, en el caso de los sujetos que no participan en organizaciones se constata un mayor reconocimiento de situaciones de no uso del preservativo.

¹⁸ Cabe señalar que en la entrevista esta información fue chequeada varias veces a fin de confirmar que el entrevistado había querido decir “menores posibilidades” en vez de “mayores posibilidades”.

Tanto en los sujetos que participan en organizaciones como en los que no participan se evidencia la necesidad de revisar el modo en que su sexualidad se ha transformado después de la notificación, pues en ambos grupos se detectan conflictos en relación al sentimiento de culpa por haber adquirido el VIH, la falta de confianza en el preservativo y la adopción de la abstinencia como estrategia preventiva.

6.2 Relación entre serodiscordancia y uso del preservativo

En general, los sujetos plantean que el uso del preservativo cuando se tiene una pareja serodiscordante **resulta más fácil puesto que ahí predomina el deseo de cuidar y proteger al otro**. Esto ocurre particularmente en el caso de las parejas estables, puesto que, como se ha planteado anteriormente, en el caso de las relaciones ocasionales operan otras dificultades en el uso del preservativo.

“más fácil porque la persona te quiere y sabe que tu vas a usar tu condón para protegerte”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

“más fácil porque estoy más preocupado de la otra persona, de la salud de la otra persona”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

En relación al uso del preservativo cuando ambos miembros de la pareja viven con el VIH, aparece una mayor diversidad de opiniones, que van desde el rechazo absoluto, hasta la consideración de que esto corresponde a una decisión de las personas donde lo importante es el acuerdo mutuo.

“tendría que ser enfermo del mate para decir los dos tenemos VIH así que acostémonos no más sin preservativo, no me cabe en la cabeza”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, no participan en ONG)

“Yo he tenido relaciones sin preservativos, incluso con una persona que ya falleció y no he tenido ningún rollo, cero rollo”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

“Es algo personal, se da”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

“Si es mutua está bien”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

6.3 Relación entre TARV y uso del preservativo

En general, cuando se le preguntó a los sujetos si consideraban que el tomar antoretrovirales hacía innecesario el uso del condón, estos expresaron su rechazo a esta asociación, considerando que no existía relación entre ambas situaciones.

“el riesgo es el mismo”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

“no podríamos justificar una cosa con la otra”

(Focus group HSH VIH+, 30- 49 años, participan en ONG)

Sin embargo, como se señaló en el apartado *estrategias personales de prevención*, muchos sujetos consideran que se puede prescindir del uso del preservativo cuando él o su pareja se encuentran con una carga viral indetectable. De este modo, podría existir una relación indirecta entre ingesta de TARV y uso del preservativo.

No obstante lo anterior, en algunos casos se constató que el inicio de la triterapia podía constituir más bien un hito regulador de la vida sexual. Es decir, se transforma en un acontecimiento de “borrón y cuenta nueva” en donde el autocuidado comienza a ser más importante. Esto tiene que ver con lo que hemos denominado “segunda notificación”, esto es, el proceso mediante el cual los sujetos realmente asumen su diagnóstico positivo e incorporan la idea de encontrarse “enfermos”, lo que puede llevar a un mayor autocuidado.

“fue por el asunto del seropositivo y la terapia donde dije ya no más, por un asunto de cuidado”

(HSH VIH+, 30 años)

“yo en poco tiempo más voy a empezar con mi triterapia, entonces ya voy a empezar de cero”

(HSH VIH+, 24 años)

XII DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Sexualidad

En relación a las percepciones sobre la sexualidad de los sujetos entrevistados, uno de los aspectos más destacables de este estudio, es la centralidad que tiene el amor romántico para ellos. La información recolectada indica que para los sujetos es altamente valorado tener una relación de pareja estable centrada en el amor, lo que permitiría tener relaciones sexuales plenas y satisfactorias.

Contrariamente a lo esperado por parte del equipo de investigación, esta expectativa romántica aparece más acentuada en los jóvenes menores de 20 años. Por otro lado, en los sujetos que participan organizaciones esta visión aparece relativizada, reflejándose una visión más positiva del sexo ocasional.

Por otro lado, esta centralidad del amor romántico genera expectativas en los sujetos que influyen en muchas de sus conductas. Así por ejemplo, destaca el hecho que algunos individuos plantean tener relaciones sexuales ocasionales como parte de una incesante búsqueda de pareja. Por otro lado, este ideal romántico y su materialización en la pareja estable lleva también a que los sujetos establezcan una jerarquización de relaciones en la cual el sexo ocasional y el sexo *express* son desvalorizados y estigmatizados como conductas irresponsables y promiscuas; ello a pesar que los sujetos reconocen tener estos tipos de encuentro sexual.

El sexo ocasional es censurado en sí mismo y el hecho que se use preservativo no parece ser relevante en estos juicios. Esta desvalorización de las relaciones ocasionales sustituye e invisibiliza las relaciones sexuales de riesgo dentro de la pareja en las que no se utiliza el preservativo. Ello porque de acuerdo a los sujetos cuando hay un componente romántico en el encuentro sexual, ya sea que se trate de una pareja o una potencial pareja estable, el riesgo es relativizado, en consideración al discurso dominante sobre la sexualidad donde el amor es aquello que hace aceptables, permisibles y seguras las relaciones sexuales, consideraciones que llevan a los sujetos a estar dispuestos a tener relaciones sexuales no protegidas.

En el caso de los sujetos que viven con VIH, encontramos que estas concepciones sobre el amor y la sexualidad no varían. Al contrario, la notificación por VIH viene a acentuar la condena hacia la promiscuidad y la censura hacia la sexualidad homosexual. Esto lleva a los sujetos a plantearse la abstinencia sexual y a la búsqueda de pareja estable, esto implicaría un cambio de vida hacia lo que se entiende como una sexualidad más “sana” y “decente”; características que estarían dadas en una relación con un componente afectivo y no necesariamente por el uso del preservativo.

Al analizar los discursos de los sujetos de acuerdo a las características consideradas en el estudio, resulta relevante subrayar que en el caso de los sujetos que participan en organizaciones homosexuales y que son de mayor edad, estas distinciones entre amor y pareja estable v/s sexo ocasional sin amor, aparecen más relativizadas, es decir, se constata la existencia de valoraciones más positivas sobre las relaciones sexuales ocasionales asociadas al uso más consistente del condón.

Esta idea del amor romántico y la expectativa de la construcción de pareja estable como forma de vivir la sexualidad plenamente se transforma en un elemento que interfiere en la identificación y evaluación del riesgo a adquirir el VIH/SIDA que realizan los sujetos. Esta creencia subyacente entra en contraposición con el conocimiento que los sujetos pueden tener sobre la prevención del VIH/SIDA.

Por otro lado, en el caso de los jóvenes alternativos entrevistados, se constata la ausencia de este modelo romántico de pareja estable, más bien la sexualidad aparece como un encuentro con el otro sin la expectativa de la construcción de pareja. En este encuentro lo más importante para estos jóvenes es el sentir y expresarse libremente y poder encontrarse con otro sin prejuicios ni barreras sociales.

2. Homosexualidad

Percepciones sobre la propia orientación sexual

En general los sujetos reconocen la orientación homoerótica de su deseo sexual, aunque en el caso de aquellos que se declaran bisexuales, esto es acompañado de su atracción por las mujeres.

Con respecto a los significados que los sujetos atribuyen a su orientación, se recogen calificativos que definen su orientación sexual como anormal y sucia. De esta manera si bien se reconoce el deseo homosexual éste no es aceptado ni legitimado sino que más bien aparece condenado, generando confusión y culpa en los sujetos.

Una excepción a este respecto la constituyen los jóvenes alternativos para quienes la homosexualidad aparece como algo más normalizado, que no conlleva juicios ni condenas morales. Asimismo, en el caso de los sujetos que participan en organizaciones, se constata una visión más positiva de la sexualidad homosexual.

Entre aquellos sujetos que vivencian la autocondena y culpa por su orientación homosexual se despliegan una serie de justificaciones y recursos que permiten

que esto pueda ser aceptado de mejor manera. Se menciona por ejemplo que sería el resultado de la voluntad divina o que lo importante es la existencia de amor y cariño entre personas del mismo sexo. De esta manera el amor es un elemento que permite legitimar y otorgarle valor a la orientación homosexual.

Percepciones sobre los homosexuales y homofobia

Cuando se analizan las percepciones que los sujetos entrevistados tienen sobre los homosexuales sobresale el hecho que las visiones negativas superan ampliamente a los aspectos positivos mencionados. En general se constata la desvalorización de las prácticas sexuales homosexuales que son consideradas promiscuas, desordenadas e irresponsables. Asimismo se condenan comportamientos sociales atribuidos a los homosexuales que dificultarían desarrollar vínculos de amistad con ellos, tales como, ser chismosos y/o desleales. También se critica su estilo de vida el que es catalogado de superficial y materialista.

Así, los sujetos dan cuenta de una serie de características de los espacios de encuentro homosexual que les resultan competitivos, estresantes y desagradables, pero en los que, sin embargo, aceptan participar, puesto que estos lugares constituyen la vía principal para llegar a tener encuentros homosexuales.

De manera muy limitada se mencionan aspectos positivos sobre los homosexuales tales como su capacidad de reconocer y expresar libremente sus emociones y de ser osados y audaces al momento de vivir su sexualidad.

Esta disconformidad con el mundo homosexual no implica un cuestionamiento sobre la propia orientación sexual. Es decir, existe en los sujetos un reconocimiento de su orientación homosexual pero se constata una resistencia de parte de ellos a ser considerados parte del mundo homosexual, ya que asumir esta identidad implica para ellos una carga negativa. De esta manera, resultaría necesario diferenciar el reconocimiento de la orientación homosexual y por lo tanto de la propia homosexualidad, de la existencia de un sentido de pertenencia a un grupo social que aparece como estigmatizado socialmente, desvalorización que es compartida por los sujetos entrevistados.

Percepciones sobre identidad sexual

Cuando se le pregunta a los sujetos sobre cómo se autodefinen en relación a su identidad, destaca el énfasis que ellos hacen en su masculinidad, lo que se acompaña de un fuerte rechazo hacia lo que se considera culturalmente como

femenino y por lo tanto desvalorizado. Los sujetos se autodefinen como “gay piola”, “gay normal” o “gay tradicional”. Estas calificaciones apuntan a su capacidad para pasar desapercibidos en el entorno social, ello debido a la ausencia de rasgos femeninos que delatarían su homosexualidad. Por el contrario, se considera que aquellos homosexuales “locas” son quienes distorsionan el ambiente social con su comportamiento anómalo y abiertamente afeminado, lo que genera burlas, menosprecio y violencia de parte del resto de la sociedad. Es la “loca” la que sería mayormente discriminada puesto que su homosexualidad es más visible. De esta forma el modelo “loca” se transforma en el “chivo expiatorio” de la masculinidad hegemónica y la homofobia, ya que es éste el que carga con todas las características negativas asociadas a la homosexualidad y como tal, es condenado. Así, la “loca” es considerada también peligrosa, puesto que en definitiva existiría una asociación entre el riesgo y las personas a las que se atribuye conductas no deseables socialmente.

En este mismo sentido, quienes se definen como homosexuales no evidentes, plantean la importancia de mantener su comportamiento homosexual relegado al ámbito de lo privado. Desde esta perspectiva, se considera como una señal de respeto hacia la sociedad el evitar la expresión pública de la homosexualidad, aunque en algunos casos se plantea que la expresión afectiva debiera ser aceptada socialmente. De este modo hay una relación entre la autodefinición como “homosexual no evidente” (y todos los sinónimos de esta definición) y la vivencia más o menos clandestina de la homosexualidad.

Se constata una dificultad en la construcción de una identidad grupal o comunitaria, lo que se evidencia en el modo en que los sujetos entrevistados se distancian de los otros homosexuales al hacer juicios sobre la homosexualidad. Si bien la identidad en los términos en que se ha discutido en el marco teórico, no parece tener una relación muy evidente con la prevención del VIH/SIDA, el modo en que los sujetos se autodefinen y clasifican a otros homosexuales puede influir en la evaluación de riesgo que hacen en el sentido de atribuir mayor riesgo a aquellos sujetos considerados más “afeminados” (y por lo tanto “locas promiscuas”) y suponer que aquellos sujetos considerados “tranquilos” tienen una menor probabilidad de haber adquirido el VIH. Esto da cuenta del arraigo que aún tiene en los sujetos la creencia de que el VIH tiene directa relación con la “promiscuidad” sexual.

3. Preservativo

Percepciones sobre el Preservativo

Al indagar en los significados que los sujetos le atribuyen al preservativo, destaca la gran variedad de significados negativos, que incluso son planteados por aquellos que dicen usarlo habitualmente. A nivel individual los sujetos plantean una serie de características que hacen que el preservativo sea considerado poco

grato y que guardan relación con las reacciones negativas que éste generaría y que alteran su propio goce sexual. También se mencionan características negativas del condón como producto que hacen que éste resulte desagradable para los sujetos.

En segundo lugar se da cuenta de la interferencia que el preservativo implica en la relación sexual. Es decir, se plantea que el preservativo es un elemento que establece una barrera con el compañero sexual, quitando naturalidad y profundidad al encuentro sexual, lo que es especialmente rechazado en el caso de encuentros sexuales con una pareja estable.

Un aspecto que resulta especialmente preocupante, es la falta de confianza en la efectividad del preservativo como método de prevención del VIH/SIDA, cuestión que emerge de manera reiterada en los grupos focales y entrevistas realizadas. Se señala que el preservativo puede romperse con facilidad por lo que no es seguro o incluso que puede ser traspasado por el VIH. A esto se agrega la mala opinión que en general los entrevistados que viven con VIH tienen con respecto a los preservativos entregados en hospitales y consultorios, los que son considerados de mala calidad, cuestión que sin duda ha influido en las opiniones que los sujetos tienen con respecto a los preservativos en general.

Esta desconfianza hacia el preservativo parece estar relacionada también con las contracampañas desarrolladas en torno al preservativo, particularmente la de la Iglesia católica y de los sectores conservadores de la sociedad chilena, que han puesto en duda su efectividad como método de prevención esgrimiendo incluso argumentos seudocientíficos que lo acreditarían. Estos mensajes parecen haber tenido un efecto en la población homosexual.

En relación al análisis que puede desprenderse de estos hallazgos, destaca en primer lugar la persistencia de opiniones desfavorables sobre el preservativo, a pesar de los intentos que se han desarrollado en relación a su promoción. Sin embargo, cuando se analiza caso a caso las opiniones expresadas por los sujetos en relación al preservativo y el nivel de uso que ellos declaran tener, destaca el hecho que el condón puede ser usado regularmente por quienes expresan opiniones negativas. Del mismo modo, hay quienes expresan opiniones positivas con respecto al preservativo pero que no lo utilizan debido a otros factores, por ejemplo, por encontrarse en una situación de pareja estable en la que no se percibe como necesaria su utilización. En atención a lo anterior, se debe tener en cuenta que las percepciones sobre el preservativo no son suficientes para fortalecer su utilización en esta población. Al parecer, es necesario analizar cómo otros factores estarían operando para motivar a los sujetos a utilizar el preservativo, factores a los cuales este estudio pretende ser una aproximación.

Acceso al preservativo

Con respecto al acceso al preservativo, la constatación central es que el mismo constituye un proceso, es decir, los sujetos van desarrollando la habilidad de acceder a los preservativos por distintas vías. En este sentido, es destacable el hecho que los sujetos de menor edad (15- 20 años) así como aquellos de la II Región señalan encontrarse con barreras subjetivas relacionadas a la vergüenza de comprar preservativos y al temor a evidenciar su homosexualidad por esta vía. Sin embargo, en el caso de los jóvenes menores de 20 años, se constató que ellos poseen un repertorio más amplio de vías de acceso al preservativo.

Factores situacionales que inciden en el uso del preservativo

En relación a los factores situacionales que inhiben el uso del preservativo, destacan el efecto de la excitación sexual, del consumo de alcohol y drogas, las características del lugar de encuentro sexual y el atractivo físico de la potencial pareja sexual. Estos factores se encuentran presentes indistintamente en todos los grupos estudiados y pareciera ser que éstos se potencian cuando actúan combinados. Con respecto a los lugares de encuentro sexual y sin obviar que en el sexo ocasional se usa más el condón que al interior de las relaciones de pareja, se estableció que hay ciertos lugares como el sauna y el cuarto oscuro en los que se usa menos el preservativo, debido a la dificultad de portarlo y ponérselo. En el caso del uso de alcohol y drogas, éste constituiría una forma de catalizar el deseo sexual, se trata de una forma de lograr una desinhibición sexual que en el caso de muchos individuos los lleva a manifestar y realizar sus deseos latentes, sobretodo en relación al contacto homosexual.

Otra característica de estos factores situacionales es el hecho que ellos se sitúan en el ámbito de lo que ha sido considerado “la irracionalidad de la sexualidad” es decir, estos factores se articulan con la creencia de que la sexualidad masculina es irrefrenable y no puede ser autorregulada por los sujetos. Por el contrario, el uso del preservativo parece estar ubicado en la esfera del comportamiento racional, por lo que resulta incompatible con las circunstancias de desenfreno sexual en las que los sujetos buscan el placer a través de la “liberación” sexual. Esto contrasta con el hecho que la mayoría de los mensajes preventivos han hecho hincapié en la importancia de la reflexión y acción conciente/razonada de los sujetos que los llevaría a incorporar el preservativo. De esta manera, resulta necesario analizar de manera más profunda las creencias culturales implicadas en esta forma de vivir la sexualidad y el modo en que estas creencias pueden ser intervenidas en función de un cambio social para la prevención del VIH/SIDA.

Por otro lado, se identificaron elementos que podrían facilitar el uso del preservativo en determinados contextos. Tal es el caso de la evaluación del aspecto físico de la potencial pareja sexual, ya que, en la medida en que ésta parezca sospechosa de estar enferma, puede llevar a los sujetos a usar

preservativo. En el caso de los sujetos que viven con VIH que han experimentado una seria crisis de salud o quienes han visto fallecer a una persona a causa del VIH/SIDA, se detecta una mayor motivación para usar el preservativo, lo que se asociaría directamente al autocuidado.

Resulta interesante notar que en ambos casos el concepto que sustenta la conducta preventiva es la enfermedad y el temor a sus consecuencias (la muerte); subyace la idea de amenaza y no se visualiza una visión positiva con respecto a la sexualidad, al uso del preservativo y a la noción de autocuidado en ese contexto. Esto puede guardar relación con la visión medicalizada de la sexualidad planteada y discutida en el marco teórico, que lleva a los sujetos a implementar el uso del preservativo de manera forzada, bajo el temor a la enfermedad y la muerte, lo que no implica un cambio de mirada en cuanto a una concepción más liberadora de la sexualidad.

Sin embargo, cabe considerar que cuando el sujeto otorga importancia a los factores asociados al condón que tienen relación con la gratificación inmediata, también aumentaría su uso, a modo de ejemplo, los sujetos que dan importancia a lo “higiénico” que puede ser el condón al evitar el contacto con las heces fecales, usan más consistentemente condón y también lo hacen quienes lo consideran parte de los juegos eróticos.

Negociación del uso del preservativo

En relación a la negociación del uso del preservativo, destaca el repertorio limitado de formas de negociación que se constata tanto en sujetos seronegativos como que viven con VIH en las relaciones sexuales ocasionales. Sólo en el caso de algunos sujetos que viven con VIH se recogen argumentos utilizados para negociar el preservativo.

En general, los sujetos señalan “no transar” el uso del preservativo, ya que si el sujeto quiere usarlo y su compañero no quiere, el encuentro sexual no se produce. Otra posibilidad frente a esta misma situación es que el sujeto acepte tácitamente tener relaciones sexuales sin preservativo. Sin embargo en ambos casos no existe negociación, es decir, no se busca llegar a acuerdo si no que se imponen posiciones de uno u otro lado.

A nuestro juicio, es necesario mirar el tema de la negociación sexual entre hombres de un modo distinto a como se ha analizado en el caso de las parejas heterosexuales; ya que, en el primer caso, la negociación se caracteriza por un enfrentamiento de posiciones que, generalmente, se encuentran en un nivel igualitario, lo que hace que ambas partes tengan recursos similares para intentar imponer su posición. Cuando no se impone una posición sobre la otra, no se realiza la relación sexual. En el caso de las parejas heterosexuales, esta situación parece resolverse en mayor medida a través de la violencia sexual del hombre sobre la mujer.

Sin embargo, el hecho que en la negociación entre hombres homosexuales operen posiciones más rígidas puede llevar a que la postura de “no transar” se rompa fácilmente si el sujeto que no quiere usar preservativo ejerce mayor poder sobre el otro, lo que puede relacionarse con características físicas, psicológicas, sociales-económicas etc. De este modo, el sujeto que está en una posición desfavorecida puede renunciar al uso del preservativo con mayor facilidad.

Cabe precisar, que este análisis de la negociación sexual para el uso del preservativo, se aplica fundamentalmente a las relaciones sexuales ocasionales, ya que en el caso de las parejas estables el uso o no uso del preservativo parece estar mediado por el diálogo y el acuerdo.

4. VIH/SIDA

Percepciones sobre el VIH/SIDA

Con respecto a las percepciones que los sujetos seronegativos tienen sobre el VIH, destaca el hecho que para ellos éste aparece asociado al aislamiento social, la soledad y al estigma, mientras que la asociación con la muerte y la enfermedad no aparece de manera inmediata. Es decir, lo que parece preocupar a los sujetos es el modo en que el VIH/SIDA podría dañar sus relaciones sociales y su participación en el mundo (trabajo, familia, amigos, pareja, entre otros). El hecho que no aparezcan elementos clínicos daría cuenta de que los sujetos entrevistados están viendo el VIH de manera distinta a la “población general” (heterosexual) puesto que manejan mayor información sobre el desarrollo de la infección y su tratamiento.

En el caso de los jóvenes alternativos, se percibe una visión mucho más lejana con respecto al VIH, lo que puede relacionarse con que su vinculación con el mundo homosexual y por lo tanto, con personas que viven con VIH es muy limitada; sobre todo en el caso del joven con prácticas bisexuales se perciben características compartidas con la “población general”. Esto puede interpretarse como un indicador de una baja percepción de riesgo, ya que al ser un problema lejano para ellos, no consideran que les puede afectar.

En el caso de los sujetos que viven con VIH, el VIH/SIDA aparece como un elemento que produce un cambio en sus vidas, determinando un antes y un después del VIH. Generalmente, como se mencionó antes, el período anterior es caracterizado por los sujetos como una vida sexual desordenada en la que no existía el autocuidado. Con posterioridad a la notificación, los sujetos señalan haber adquirido un nuevo sentido para sus vidas, en algunos casos valorando la importancia del autocuidado, pero siempre está presente el sentimiento de haber

perdido libertad, sobretodo en el ámbito sexual. Incluso algunos sujetos plantean haberse impuesto la abstinencia sexual como modo de vivir su nueva condición.

A nuestro juicio, el modo en que los sujetos que viven con VIH en general enfrentan la prevención secundaria después de su notificación, se caracteriza más por la limitación de su sexualidad que por la incorporación del uso del preservativo. Llama la atención que la abstinencia, el no tener relaciones sexuales penetrativas y la búsqueda de pareja estable aparezcan como recursos para enfrentar su condición serológica. Es decir, más que incorporar el preservativo lo que se produce es una propuesta de cambio en las conductas sexuales y en la forma de asumir la sexualidad de manera que se busca una transición desde el “desorden” de la vida anterior a la notificación al “orden” y regulación de la vida sexual actual.

Si bien algunos sujetos señalan utilizar el preservativo, en general su uso resulta problemático para ellos y no es consistente. Aunque el preservativo es más utilizado en sujetos que viven con VIH, esta incorporación aparece como una obligación y un cambio forzado. Así, a las características negativas que los sujetos le atribuyen al preservativo, se suma el hecho de que éste es significado como un elemento que forma parte de la limitación de su sexualidad tras la notificación.

Un contraejemplo de esta situación, es el caso de uno de los sujetos entrevistados, quien expresa una visión positiva sobre las relaciones sexuales ocasionales, y quien posteriormente a su notificación incorpora el preservativo sin que esto genere mayores cambios en sus prácticas sexuales. Esto hace que el uso del preservativo sea mucho más consistente en su caso, ya que no aparece asociado a la limitación de su sexualidad sino que más bien es un elemento que le permite seguir desarrollando su vida sexual como antes de la notificación.

Percepción de riesgo frente al VIH/SIDA

En relación a la percepción de riesgo, en el caso de los sujetos seronegativos, se constata que las relaciones sexuales al interior de la pareja estable se consideran menos riesgosas en comparación al sexo ocasional y al sexo *express*.

En el caso de los jóvenes alternativos la percepción de riesgo también es situacional ya que a relaciones de sexo ocasional con hombres se le atribuye un mayor riesgo.

También en el caso de los sujetos que viven con VIH, no se constató uso del preservativo entre quienes tenían relaciones de pareja.

De este modo, a pesar de que existe una concepción general del riesgo, éste no se centra en las prácticas penetrativas sin preservativo sino que en el tipo de

encuentro sexual, esto es, el riesgo está en el sexo ocasional y en el sexo *express* y el no riesgo está en la pareja y en las personas conocidas.

Estrategias de prevención frente al VIH/SIDA implementadas

Con respecto a las estrategias de prevención implementadas por los sujetos, algunos señalan el uso del preservativo y la abstinencia sexual como opciones recurrentes.

Por otro lado, tanto en los sujetos seronegativos como en los que viven con VIH, la pareja estable aparece como una forma de prevención. Esto es consistente con la información recolectada sobre las percepciones de riesgo de los sujetos frente al VIH/SIDA.

Es necesario precisar que el concepto de pareja *exclusiva* no aparece en el discurso de los sujetos entrevistados, de manera que cuando ellos hablan de relaciones de pareja se refieren a la estabilidad afectiva en la que se encuentran con una persona determinada y esto no necesariamente implica exclusividad sexual. En este contexto, la exclusividad sexual es más bien una aspiración de los sujetos, quienes muchas veces reconocen no confiar completamente en la fidelidad de su pareja. Esta desconfianza se relaciona con el modo en que ellos definen la sexualidad homosexual, la que estaría caracterizada como algo irrefrenable o no controlable por los sujetos.

Resulta interesante hacer notar que en el caso de los sujetos seronegativos el no uso del preservativo al interior de la pareja está asociado a la confianza y/o suposición del status seronegativo de su compañero. En general, los sujetos señalan que el no uso del preservativo es posterior a practicarse el examen de Elisa junto con la pareja o a indagar en el status serológico de ésta. Este proceso da cuenta del deseo de los sujetos de no utilizar el preservativo en la relación y de privilegiar la confianza en el otro como un elemento que consolida la relación de pareja. Así, la pareja estable y el uso del preservativo aparecen como cuestiones disociadas y no complementarias.

Por otro lado la higiene corporal aparece en algunos casos como una estrategia asociada a la prevención del VIH y otras ITS, lo que a juicio de los sujetos permitiría, por un lado, reconocer el posible riesgo de un compañero sexual no aseado y por otro lado, la higiene corporal aparece como un elemento que podría evitar la transmisión de enfermedades. Esto podría relacionarse con una visión salubrista instalada en el imaginario social de acuerdo a la cual existe una asociación entre suciedad e infección mientras que la limpieza aparece como un elemento preventivo. Sin duda esto conlleva riesgos en términos de que puede

conducir a los sujetos a suponer que no existe riesgo o que hay un riesgo más bajo de adquirir el VIH cuando el compañero sexual luce aseado y saludable.

En los sujetos que viven con VIH, aparecen dos estrategias particulares implementadas: el *coitus interruptus* y la evaluación del riesgo viral; éstas corresponden al resultado del modo en que los sujetos construyen conocimiento pseudocientífico sobre cómo el VIH puede transmitirse o como puede ser reducido el riesgo de transmisión. En ambas estrategias subyace la idea de que el VIH está radicado en el semen y que, por lo tanto, la prevención consiste en evitar el contacto con éste. Asimismo, se toma en consideración la carga viral de ambos sujetos, suponiendo que si los dos tienen una carga viral baja o indetectable existe menor riesgo de reinfección.

En el caso de los jóvenes alternativos, ellos señalan que el preservativo constituye una buena estrategia de prevención, sin embargo, en la medida en que su percepción de riesgo es baja y sus relaciones sexuales se producen en el contexto del “carrete” y bajo el efecto de alcohol y drogas, el nivel de uso del preservativo es muy bajo.

Al analizar la información recolectada sobre las estrategias de prevención, queda de manifiesto el hecho que los sujetos buscan de manera creativa estrategias de prevención alternativas al uso del preservativo. Esto hace suponer que existen una serie de dificultades y resistencias para implementar su uso. En general, las estrategias alternativas implementadas no garantizan la no adquisición o reinfección del VIH sino que pretenden controlar y/o reducir el riesgo. De esta manera los sujetos van desarrollando una falsa percepción de invulnerabilidad, cuestión que es necesario abordar en el diseño de intervenciones en prevención del VIH/SIDA.

5. Lubricantes

Con respecto al uso de lubricantes, se constata que los individuos han utilizado distintos lubricantes en su trayectoria sexual, en su mayoría en base a aceite y con el objetivo de facilitar la penetración. Se constata que éstos siempre han estado presentes en las relaciones sexuales homosexuales.

En general, los sujetos señalan conocer en la actualidad los lubricantes a base de agua. Sin embargo, un grupo muy minoritario lo utiliza regularmente debido a su alto costo, dificultad de acceso y de ser transportado para encuentros sexuales no planificados.

Con respecto a las percepciones de los sujetos sobre los lubricantes, se recogieron opiniones positivas vinculadas a su capacidad de hacer la penetración anal más placentera, más fácil y menos dolorosa. Sin embargo, el uso de lubricantes no aparece asociado directamente al preservativo y se ve como un

artículo vinculado al placer y juego sexual más que a la protección. De hecho, muy pocos sujetos entrevistados se refieren al lubricante como un elemento que impide la ruptura del preservativo.

Por otro lado, en relación a las percepciones negativas sobre el lubricante, destaca el temor de los sujetos a que éste se mezcle con las heces fecales generando suciedad. Esto podría impedir que muchos sujetos utilicen los lubricantes en sus relaciones anales. Esto guarda relación con el significado atribuido al sexo anal como algo sucio y anormal que debe ser limpiado.

Resultaría necesario analizar estrategias para modificar estas últimas percepciones a fin de promover el uso de los lubricantes. Con respecto a las percepciones positivas sobre el lubricante sería necesario aprovecharlas para promover su uso y que éste sea asociado al preservativo.

6. Experiencia de vivir con VIH y uso del preservativo

Cómo se ha analizado a lo largo de este texto, en los sujetos que viven con VIH la incorporación del preservativo es problemática. A nuestro juicio, la asociación entre promiscuidad y VIH como castigo merecido permite entender el sentido que los sujetos le otorgan a la notificación, a cómo construyen su experiencia de “vivir” con VIH y a cómo van desarrollando la prevención secundaria.

El hecho que la abstinencia sexual total (de todo tipo de contacto sexual) o parcial (de penetración anal) sea la estrategia más mencionada, da cuenta de que los sujetos no logran resolver la culpa por la adquisición del VIH, no confían en el uso del preservativo y carecen de herramientas para asegurar su utilización en sus relaciones sexuales ocasionales y de pareja estable.

Sin duda en este grupo se declara una mayor utilización y la mayoría de los sujetos lo señala como algo necesario. Sin embargo, en las entrevistas en profundidad los sujetos dan cuenta de las dificultades cotidianas que tiene para ellos su utilización.

Es necesario señalar que, en general no se distinguen grandes diferencias en los discursos en relación al uso del preservativo entre sujetos que participan y no participan en organizaciones. Tampoco la edad parece ser un factor relevante. Se constata que los sujetos siguen viendo el preservativo como una “obligación” o una “responsabilidad” y no como un elemento positivo asociado a una vivencia placentera de la sexualidad.

Por otro lado, en algunos casos se constató que el inicio de la triterapia podía constituir un acontecimiento que marca el inicio del autocuidado para los sujetos. A nuestro juicio resulta necesario indagar aún más en el modo en que lo que

hemos denominado “segunda notificación” beneficia la prevención secundaria y cómo esto podría ser utilizado para promover el autocuidado de los individuos.

XIII CONCLUSIONES

A continuación se exponen las principales conclusiones de este estudio. En ellas se intenta responder a los objetivos generales y específicos planteados en este estudio.

Sexualidad y uso del preservativo

El punto de partida de este estudio fue la consideración de que el uso del preservativo en la población homosexual y de otros hombres que tienen sexo con hombres, no puede ser estudiado ni entendido de manera aislada, sino que debe contextualizarse en una investigación sobre sexualidad, en la que se exploren los discursos sociales y los significados que los sujetos atribuyen a sus vivencias sexuales.

Uno de los hallazgos más relevantes de este estudio, guarda relación con el grado de conservadurismo encontrado en los discursos sobre sexualidad de los sujetos estudiados. A pesar de que la población homosexual, particularmente con posterioridad a la aparición del VIH/SIDA, ha sido caracterizada por la liberalidad de sus prácticas sexuales, los resultados de este estudio indican que ello no implica que exista un discurso más liberal sobre la sexualidad, por el contrario, se constata la persistencia de un discurso tradicional en que el amor y el compromiso afectivo están puestos en el centro de la vivencia sexual.

Esto, por un lado, habla de la profundidad cultural de un modelo de sexualidad que no logra ser contrarrestado por discursos innovadores. En segundo lugar, al igual que en otros grupos de la sociedad chilena, las prácticas sexuales que se distancian de un modelo tradicional no logran constituirse en discurso social legítimo sino que más bien son relegadas al ámbito de lo indecible y son vivenciadas por los sujetos con culpa. En tercer lugar, se identifica en este fenómeno el deseo y la aspiración de los sujetos de legitimar socialmente su orientación sexual a través de la adscripción a un modelo tradicional, proponiendo para sí mismos un modelo de vida caracterizado por la realización clandestina o reservada de su deseo homoerótico y la búsqueda de la monogamia, lo que se considera menos disruptor para la sociedad.

La persistencia de este modelo tradicional de la sexualidad es fundamental en dos sentidos: por un lado, implica que los sujetos homobisexuales hagan una valoración diferencial con respecto a cuáles serían las prácticas sexuales de riesgo para ellos y, por otro lado, los lleva a la no utilización del preservativo en el contexto de un proyecto de pareja estable.

Con respecto a la percepción de riesgo en los tipos de encuentro sexual, se constata que muchos sujetos seronegativos consideran innecesario el uso del

preservativo puesto que tienen pareja estable o “no son promiscuos”. Esto habla de la influencia que han tenido los mensajes preventivos que sitúan a la pareja como alternativa válida de prevención y también da cuenta de la creencia todavía arraigada en el sentido común de que, en último término, la verdadera causa del VIH/SIDA sería la “promiscuidad” sexual. De esta manera la pareja estable con compromiso afectivo (lo que no necesariamente implica exclusividad sexual) aparece como estrategia preventiva y por el contrario, se le asigna a las relaciones sexuales ocasionales un mayor grado de riesgo.

Por otro lado, cuando se analizan las estrategias preventivas implementadas por los sujetos, se concluye que ellos despliegan diversas estrategias alternativas al uso del preservativo basadas en conocimiento seudocientífico, muchas de las cuales tienen relación con la posibilidad de dejar de usar el preservativo al interior de la pareja estable. Esto estaría reflejando que los sujetos no quieren usar preservativo, especialmente en el contexto de sus parejas estables.

Cabe preguntarse entonces ¿por qué los sujetos consideran que la pareja estable es una estrategia preventiva que excluye el uso del condón, aún en un grupo social en el que se reconoce la recurrencia de relaciones sexuales ocasionales? Una primera interpretación se relaciona a los contenidos de los mensajes de prevención del VIH/SIDA que sitúan el uso del preservativo y la pareja única como alternativas excluyentes, lo que se sintetiza en el *slogan* “elige la que quieras pero elige una”. Esto lleva a los sujetos a suponer que al tener un compromiso afectivo están optando también por una forma de prevención.

Una segunda interpretación guarda relación con el deseo de legitimar la relación homosexual a través de un compromiso afectivo profundo, situación en la cual el uso del preservativo podría considerarse un elemento que es disruptor al instalar la desconfianza en la pareja. La asociación entre condón y desconfianza en la pareja no es novedosa y ha sido registrada también en el caso de las parejas heterosexuales (Palma, 1996). Lo que parece novedoso es que en el caso de la pareja homosexual no se trata de una confianza que se presupone en la relación amorosa en donde sugerir el uso del preservativo parece disonante, más bien se trata de un avance desde la desconfianza al compromiso cuestión que es representada por el abandono del uso del preservativo. Así, algunos sujetos entrevistados relatan haber dejado de usar el preservativo con sus parejas una vez que han percibido que su relación ha adquirido un grado de estabilidad que permite depositar confianza en el otro. De esta manera, el dejar de usar condón se transforma en un rito que simboliza la unión de la pareja, indicando de esta manera una distinción entre las relaciones ocasionales anteriores y la relación que se construye, lo que constituye una puerta de entrada a la legitimidad de la monogamia.

En tercer lugar, esta falsa sensación de protección puede verse reforzada por la arraigada creencia de que todo aquello que se vive en el contexto del amor y la pareja no puede ser significado como riesgoso o amenazante para el bienestar físico y mental del sujeto y, aún en el caso de concebir algún riesgo, éste es

desestimado por valoraciones de orden superior como el amor y la proyección que sólo es posible en las relaciones de pareja. Esto podría explicar por qué algunos de los sujetos entrevistados, a pesar de tener dudas con respecto a la fidelidad de sus parejas, optan por creer que nada malo va a ocurrir y que todavía la protección de la estabilidad de la pareja está operando.

Como contrapartida a esta visión que valora la pareja estable en el mundo homosexual, las relaciones sexuales ocasionales aparecen desvalorizadas y se les atribuye mayor riesgo en relación al VIH/SIDA. En las percepciones que los sujetos tienen sobre el sexo ocasional, subyace el modo en que culturalmente se ha significado la sexualidad masculina. De este modo, las relaciones sexuales ocasionales se explican en función del deseo masculino irrefrenable que requiere de satisfacción inmediata, lo que lleva a los sujetos a buscar el sexo ocasional como forma de desahogo.

Asimismo, los sujetos reconocen que existiría un mayor riesgo de adquirir el VIH/SIDA en el sexo ocasional, de hecho, muchos de ellos señalan usar preservativo en ese contexto. Sin embargo, en esta investigación se identificaron una serie de factores situacionales que hacen que los sujetos no utilicen preservativo en sus relaciones sexuales ocasionales, lo que dice relación con el lugar en que se produce el encuentro sexual (y si éste facilita o no su uso), el consumo de alcohol y drogas, entre otros. Todos estos elementos finalmente se asocian a la idea de que el deseo sexual se ubica en el ámbito de lo irracional y que por lo tanto, en situaciones en que se busca la liberación del deseo sexual la detención de éste actúa de manera represiva. Junto con esto, la prevención del VIH y el uso del condón se sitúan desde la racionalidad como elementos que interfieren en la vivencia sexual y que, por lo tanto, no son considerados en esas circunstancias.

De esta manera, cuando se analiza la sexualidad homosexual, se constata la existencia de un doble riesgo a adquirir el VIH. Por un lado, se identifica el riesgo implicado en las relaciones de pareja estable, en donde se abandona el uso del preservativo en función de consolidar un vínculo y por otro lado, en las relaciones sexuales ocasionales se identifica el riesgo implicado en relaciones no protegidas, lo que ocurriría en un contexto en el que se busca la "liberación" del deseo sexual. Así, se constata una tensión entre el modelo de sexualidad tradicional vinculado al amor romántico y el modelo tradicional de sexualidad masculina.

Prevención secundaria y uso del preservativo en sujetos que viven con VIH

En el caso de los sujetos que viven con VIH se constata también la valoración de la pareja estable como forma de autocuidado y como alternativa para reformar su vida sexual después de la notificación. La opción por la pareja estable constituye para los sujetos que viven con VIH un modo de marcar una transición desde el desorden de la vida anterior que se caracteriza por la "promiscuidad" sexual y el

nuevo estado de orden, proceso en el que se ha incorporado que el VIH es el castigo merecido por una conducta sexual desviada.

Para estos sujetos el no uso del preservativo resulta más problemático -tanto dentro de parejas estables como en relaciones ocasionales- puesto que se tiene mayor conciencia sobre su uso como estrategia de prevención secundaria y cómo modo de prevenir la transmisión del VIH a otros. De esta manera, los sujetos entrevistados despliegan una serie de estrategias alternativas que van desde la abstinencia sexual total, prácticas no penetrativas hasta la penetración sin eyaculación. En todas ellas queda en evidencia el deseo de no usar el preservativo, que en el caso de los sujetos que viven con VIH está más afincado en la desconfianza y en el temor de que éste pueda romperse.

Cuando se analizan los discursos de quienes si usan el preservativo, se constata también el efecto que las crisis de salud o el haber visto a alguien cercano fallecer a causa del VIH/SIDA, tiene en motivar a los sujetos a iniciar su autocuidado. Asimismo, los sujetos relatan que mientras no tuvieron una crisis de salud seria no aceptaron plenamente su condición serológica. En este sentido, el uso del condón parece tener sentido en tanto forma de autocuidado más que para evitar transmitir el VIH. Sin embargo, en el caso de los sujetos que tienen una pareja estable serodiscordante, en la que se ha planteado abiertamente el tema del VIH, parece existir un mayor uso del preservativo como forma de protección del otro.

En algunos casos se constató que el inicio de la triterapia podía constituir un acontecimiento que marca el inicio del autocuidado para los sujetos. Esto podría estar explicando la asociación entre uso del preservativo y triterapia encontrada por otros estudios (Sgombich et al. 2003) A nuestro juicio resulta necesario indagar aún más en el modo en que lo que hemos denominado “segunda notificación” beneficia la prevención secundaria y cómo esto podría ser utilizado para promover el autocuidado de los individuos.

Nos parece preocupante que, en general no se distinguen grandes diferencias en los discursos en relación al uso del preservativo entre sujetos que participan y no participan en organizaciones. Tampoco la edad parece ser un factor relevante. A nuestro juicio esto estaría indicando la poca problematización que el concepto de prevención secundaria ha tenido en las organizaciones de PVVIH, ya que se constata que los sujetos siguen viendo el preservativo como una “obligación” o una “responsabilidad” y no como un elemento positivo asociado a una vivencia placentera de la sexualidad. En ese sentido llama la atención que no se haya incorporado el concepto de “prevención positiva” (ver marco conceptual) como una forma de apropiarse de los contenidos médicos de la prevención secundaria para ponerlos al servicio del autocuidado y bienestar de las personas que viven con VIH.

En términos generales, los resultados de este estudio indican la necesidad de que las organizaciones de PVVIH incorporen y desarrollen una propuesta respecto a la

sexualidad homosexual y al modo de vivir la prevención secundaria en el contexto de la vida sexual de esta población. En ese sentido, el discurso público en torno a la categoría de “persona viviendo con VIH” la cual no menciona o relega a segundo plano la orientación homobisexual de la mayoría de esas personas, ha jugado en contra del desarrollo de acciones preventivas en estos sujetos. Esto porque se constata que los sujetos tienden a dessexualizar su identidad como personas que viven con VIH, lo que explicaría el considerable número de personas que dicen estar en abstinencia sexual o haber reducido considerablemente su actividad sexual.

Aceptabilidad del Condón

Con respecto a la aceptabilidad del condón, se indagó en las percepciones de los sujetos con respecto al preservativo, identificándose una serie de percepciones negativas que persisten a pesar de las campañas de prevención del VIH/SIDA y de la experiencia que los sujetos han tenido con la utilización del preservativo.

Se identificaron percepciones negativas similares tanto en los sujetos dicen usar regularmente el preservativo como en aquellos que no lo hacen. Lo que parece ser más determinante en esta diferencia es si los sujetos tienen relaciones sexuales con parejas estables o si se trata de relaciones ocasionales; en el caso de esto último, también debe considerarse si operan factores situacionales que reducen la posibilidad de que el preservativo sea usado.

Uno de los aspectos más preocupantes con respecto a las percepciones sobre el preservativo, tiene relación con los cuestionamientos sobre su confiabilidad. Se constata el efecto que las campañas anti-condón han tenido, así como el deterioro de la confiabilidad en los preservativos entregados a través de los servicios públicos de salud. Esto es aún más preocupante en el caso de los sujetos que viven con VIH -quienes además son los que adquieren mayormente este tipo de preservativos- pues se constata que muchos de ellos no logran reiniciar su actividad sexual penetrativa por desconfianza en el preservativo como método de prevención. Esto los lleva a optar por la abstinencia sexual y las prácticas no penetrativas, opción que sin embargo no es sostenible en el tiempo por los sujetos.

En relación a las percepciones positivas sobre el preservativo se identificaron algunas tales como su función preventiva e higiénica. El hecho que se considere que el preservativo es un elemento que aporta higiene a la relación sexual al evitar el contacto con las heces fecales, es un tema que podría ser explotado en la promoción del preservativo.

Riesgo y vulnerabilidad de los sujetos: el problema de la identidad homosexual

El concepto de riesgo se refiere al modo en que la vulnerabilidad es aplicada a la conducta del sujeto y opera a un nivel individual. Desde esta perspectiva podemos afirmar que en esta investigación las estrategias personales de prevención implementadas y los factores situacionales que inciden en el uso del preservativo, dan cuenta del modo en que el riesgo opera en situaciones determinadas por la acción de los sujetos.

Con respecto a la vulnerabilidad, ya se ha descrito un complejo marco sociocultural en el que la sexualidad como construcción sociohistórica aparece como un elemento que permite explicar el problema del uso o no uso del preservativo. Además de esto es necesario considerar el papel que juegan las percepciones que los sujetos tienen sobre la homosexualidad en la incorporación del preservativo.

Así, del mismo modo en que se constata una internalización de modelos tradicionales sobre sexualidad, también se identifica la influencia de la socialización de género en la construcción identitaria de los sujetos. Así, esta aspiración de legitimidad social referida anteriormente, se acompaña de una fuerte adscripción al modelo de género tradicional en donde lo masculino aparece altamente valorado mientras que las características de lo que culturalmente se ha considerado como femenino son despreciadas y enjuiciadas cuando están presentes en otros homobisexuales. La imagen caricaturizada de la homosexualidad y representada por la "loca" es ubicada como polo antagónico al modo en que se espera que los hombres vivan su sexualidad. En ella se depositan de modo más evidente y descarnado los prejuicios imperantes respecto a la homosexualidad. Así la figura de la "loca" se transforma en el chivo expiatorio de aquellos homobisexuales que no desean cargar con el estigma de la homosexualidad.

En estrecha relación a esto, se constata una fuerte resistencia de los sujetos a autclasificarse como parte del grupo social estigmatizado. Si bien hay un reconocimiento de su orientación sexual, no existe la intención de que esto los haga parte de "los homosexuales". Esto ocurre en todos los sujetos, pero se vislumbra con mayor fuerza en aquellos que adscriben a modelos genéricos más masculinos y en el caso de los bisexuales también se constata una resistencia a ser incorporados en este grupo.

Una de las hipótesis de este estudio era que la aceptación de la identidad homosexual era un factor que podía facilitar que los sujetos incorporaran el autocuidado, lo que también ha sido un supuesto en las intervenciones en prevención del VIH de las organizaciones homosexuales. Sin embargo, lo que se desprende de este estudio es que los sujetos pueden reconocer su orientación homosexual, vivirla clandestinamente o limitarla al ámbito de lo privado y aún así desarrollar la prevención del VIH a través del uso sostenido del preservativo. Esto parece estar más vinculado a sus proyectos de vida que los impulsan a protegerse en lo inmediato en función de sus planes futuros.

En los sujetos entrevistados en profundidad, quienes en su totalidad no tenían vínculos con las organizaciones homosexuales o de PVVIH, se detectó de manera particular una fuerte resistencia a considerarse parte del mundo homosexual o a asumir que su orientación sexual suponía una pertenencia a un determinado grupo. Independientemente de que esto pueda considerarse un efecto de la homofobia cultural, resulta importante considerar este antecedente a la hora de diseñar estrategias para implementar el uso del preservativo en estos sujetos.

La pregunta central parece ser cómo desarrollar estrategias inclusivas que entreguen un mensaje preventivo sin suponer que los individuos deben por esta vía adscribir a una identidad delimitada. Sin bien se reconoce la eficacia de la estrategia desarrollo identidad = prevención, todo indica que ésta tiene un efecto limitado, operando sólo en los sujetos que aceptan la construcción de una identidad homosexual que implica asumir un sentido de pertenencia al mundo homosexual.

Por otro lado, cuando se analizan los discursos de los sujetos que participaron en los grupos focales y que sí participan en organizaciones, se evidencia que ellos, junto con el reconocimiento de una identidad homosexual, incorporan una visión más positiva de la sexualidad en la que las relaciones sexuales ocasionales también se valoran y son vividas/observadas por los sujetos sin culpa y condena. De esta manera parte de la efectividad de la estrategia identidad = prevención, parece radicar en el modo en que la sexualidad es abordada, que permite que el preservativo sea incorporado como un elemento funcional al goce sexual y que no presupone represión o censura de la vida sexual. En este mismo sentido, se constata la existencia de un discurso emergente en que las relaciones ocasionales son planteadas como una alternativa válida y en donde el uso del preservativo aparece incorporado de manera positiva.

Así, una de las conclusiones centrales de este estudio es la necesidad de desconstruir el modo en que culturalmente ha sido significado el VIH y su fuerte asociación con comportamientos sexuales “promiscuos” o “desviados” y el rol que el preservativo ha venido a jugar en esas interpretaciones, en donde aparece como un elemento negativo, que coarta la sexualidad y que instala una etiqueta negativa “el ser sucio” o “promiscuo” en las relaciones sexuales.

Tipología del riesgo y la vulnerabilidad

Puesto que los factores de riesgo y vulnerabilidad descritos radican en elementos culturales, éstos no pueden ser adscritos a sujetos con características determinadas. Más que un determinado perfil sociodemográfico que haría a ciertos sujetos más vulnerables, se detecta un repertorio de situaciones que podrían hacer que los sujetos prescindieran del uso del preservativo poniéndose en riesgo.

Sin embargo, se identifican algunos factores que hacen que los sujetos utilicen más el preservativo, que podrían iluminar modos de abordar la prevención:

- Una visión positiva de la sexualidad homosexual, donde se valora el sexo ocasional y el deseo homoerótico es vivido sin culpa
- Percepción de riesgo frente al VIH independientemente del tipo de encuentro sexual que se tenga
- Manejo de información científica correcta sobre vías de transmisión y prevención del VIH
- Confianza en el preservativo como método eficaz de prevención
- Acceso al preservativo y conocimiento sobre uso correcto

Por otra parte, más que una tipología real de riesgo frente al VIH, lo que se detecta es que los sujetos perciben de manera diferencial el riesgo dependiendo del tipo de encuentro sexual de que se trate y de las características del compañero sexual. Mientras más conocimiento y compromiso exista con la pareja sexual, menor es la percepción de riesgo y mientras más “loca” o “promiscua” se considere a la pareja sexual, mayor percepción de riesgo. Esto último conlleva particularmente el riesgo de que aquellos homosexuales más viriles que se consideran “gay piola” o “gay tranquilo” sean considerados compañeros sexuales menos riesgosos por suponerse que son “menos promiscuos”. Este es un elemento que debe ser considerado en el diseño de campañas de prevención del VIH focalizadas en la población homosexual.

También en relación al riesgo y la vulnerabilidad, una mención especial en este análisis requieren los jóvenes alternativos. Si bien ellos dan cuenta de un discurso menos tradicionalista de la sexualidad, se identifica en ellos varios elementos de vulnerabilidad que los ponen en riesgo de adquirir el VIH/SIDA. Se trata de jóvenes que realizan ocasional o frecuentemente prácticas homobisexuales y que tienen una percepción de riesgo baja, similar a la que se encuentra en la población heterosexual. El preservativo no aparece incorporado en sus relaciones sexuales y su utilización es esporádica viéndose afectada por factores situacionales tales como el uso del alcohol y drogas y el no portar el preservativo.

A nuestro juicio resulta urgente diseñar estrategias de intervención específicas para este grupo que consideren su visión particular de la sexualidad, sus prácticas sexuales y sus formas de sociabilidad.

PROPUESTAS PARA LA PROMOCIÓN DEL USO DEL CONDÓN MASCULINO Y DE LOS LUBRICANTES EN LA POBLACIÓN HOMOBISEXUAL Y OTROS HSH

Los resultados del presente estudio, presentan un escenario respecto a la vivencia sexual y afectiva de la homosexualidad en Chile y la prevención del VIH/SIDA, el uso del condón y los lubricantes, que nos invita a revisar las estrategias implementadas hasta ahora en nuestro país para responder de manera adecuada a los desafíos presentes de la pandemia.

A continuación se presentan, algunos lineamientos que pueden contribuir a la elaboración de estrategias de promoción del uso del condón y de los lubricantes en la población homosexual y otros HSH y de este modo promover la prevención del VIH/SIDA en esta población.

CONCEPTUALIZACIONES

- **Visión integradora de la sexualidad:**

Es necesario transformar los significados asociados a la sexualidad incorporando una visión liberadora que permita a los sujetos reubicar el placer de forma independiente a la afectividad, es decir, generar estrategias que permitan a los sujetos contar con herramientas de orden cognitivo, conductual y social para validar el placer sexual como parte de la vivencia de la sexualidad, sin necesidad de asociarlo, en el discurso social, exclusivamente a la afectividad.

En la actualidad la vivencia afectiva de la sexualidad es una expectativa compartida por la mayor parte de los sujetos, sin embargo, ésta se ha transformado en el único modo de validar el deseo sexual y la búsqueda de placer. Así, el deseo homoerótico, que es objeto de mayor castigo social, se ha legitimado rígidamente en el amor, lo cual ubica a los hombres homosexuales en una situación de especial vulnerabilidad en tanto se enfrentan a una dicotomía entre sus prácticas, que generalmente incluyen el sexo ocasional y sus expectativas ancladas en relaciones de pareja. Como se ha planteado anteriormente, esto estaría incidiendo en que los sujetos no utilicen preservativos en sus relaciones de pareja estable.

En tal sentido, es prioritario potenciar contextos sociales que permitan a los sujetos legitimar el deseo homoerótico en sí mismo, de modo tal que la vivencia sexual homosexual sea incorporada a la cotidianeidad del desarrollo de los sujetos ampliando el repertorio socialmente permitido de prácticas sexuales.

En segundo lugar, promover nuevos modelos de relaciones afectivas que relativicen los mandatos sociales que establecen que el compromiso debe ser para siempre y debe trascender a través de la reproducción, de modo tal que puedan legitimarse otros modos de vivir la afectividad.

- **Reconocimiento de la propia orientación sexual homosexual y pertenencia a un grupo sociosexual:**

En directa relación a lo anterior, una visión integradora de la sexualidad ha de ser capaz de contener los distintos modos en que se expresa el deseo sexual, es decir, tanto el homoerótico como el heterosexual. De este modo, es necesario que los sujetos puedan incorporar a su subjetividad, la orientación sexual homosexual sin revestirla de valoraciones negativas y sin la obligación de adscribirse a un grupo sociosexual determinado. Esto permitiría ampliar el campo de acción de las estrategias preventivas al incluir a sujetos que, por ejemplo, tienen sexo con otros hombres pero no se adscriben a la población homosexual.

Por otro lado, los sujetos que han desarrollado un sentido de pertenencia a una identidad sociosexual homosexual, han vivenciado un proceso de reconocimiento de su orientación sexual que no ha estado ajeno a conflictos, entre los cuales la homofobia internalizada es uno de los elementos que atenta contra la construcción de un sí mismo autorrealizado y sobre la imagen que se tiene de los pares.

- **Deconstrucción de la homofobia internalizada:**

La homofobia internalizada puede ser abordada como un factor de riesgo que incide en la prevención del VIH/SIDA en la medida que los sujetos hacen una evaluación relacional del tipo de prácticas sexuales a realizar en función del potencial compañero sexual y las atribuciones que se hacen de éste, por lo tanto, la deconstrucción de la homofobia en todas sus expresiones ha de ser uno de los conceptos centrales de las estrategias implementadas por los distintos actores del sector público y de la sociedad civil.

- **Desconstrucción de los significados asociados al género: el sub valor asignado a la mujer y a lo que se considera “femenino” y la sexualidad masculina hegemónica:**

Se propone desarrollar modelos tendientes a transformar la desigualdad de poder aún presente en las construcciones sociales que se hacen de la diferencia sexual. De esta forma se espera que los sujetos con deseo homoerótico no sean adscritos a los modelos imperantes con respecto a la masculinidad o la feminidad y que a la vez, estos modelos no posean repertorios conductuales, actitudinales y relacionales tan rígidos y polares.

En este sentido se plantea la necesidad de vigilar que los contenidos abordados en las campañas no refuercen los estereotipos de género puesto que las intervenciones preventivas, al pretender impactos masivos, tienen el riesgo de perpetuar modelos que a la larga resultan contraproducentes para la prevención del VIH/SIDA. De este modo, resulta fundamental que los mensajes preventivos tengan sensibilidad de género, lo que implica no reproducir la desigualdad y la discriminación y promover mensajes que tiendan al reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres.

Asimismo, es importante considerar que, a pesar de que en el sentido común se encuentra arraigada la idea que las construcciones culturales son rígidas, desde una perspectiva antropológica se constata que en la actualidad éstas están en permanente transformación lo que se ve propiciado por el creciente intercambio cultural a nivel global (globalización cultural) y por la extensión de patrones de consumo asociados a nuevas formas de relacionamiento social en las que el mercado garantiza el acceso igualitario (a quienes pueden consumir) a determinados bienes. Desde esta perspectiva, se plantea el desafío de incorporar la búsqueda de la igualdad de género en los contenidos de los mensajes preventivos.

- **Resignificación del condón masculino y de los contextos asociados a su uso:**

En concordancia con el cambio en la sexualidad propuesto anteriormente, se plantea que el preservativo debe ser transformado en un elemento que contribuye al ejercicio pleno de la sexualidad más que a algo que limita a los sujetos. Es decir, se propone que el preservativo sea asociado a la libertad más que a la restricción de la sexualidad.

Asimismo, resulta necesario romper la asociación condón-promiscuidad sexual, por ejemplo, instalando la posibilidad de su uso en relaciones de pareja estable en el entendido que éstas no necesariamente son perdurables en el tiempo ni aseguran exclusividad sexual.

El proponer cómo alternativa el uso del condón en las relaciones de pareja puede contribuir a la desestigmatización del producto al incluirlo en el repertorio conductual que es esperado, en nuestra cultura, cuando el sujeto percibe estar en una relación mediada por el afecto. Es decir, se propone instalar el uso del condón en este contexto como un acto de amor, en el que se reflejaría el cuidado por el otro y el mutuo cuidado de la pareja. A nuestro juicio, mensajes como estos, pueden ser altamente efectivos en la medida en que incorporan contenidos altamente valorados socialmente como el amor y el cuidado del otro.

- **Revertir el impacto de los discursos vinculados a la afectividad que se proponen en las estrategias de prevención propuestas hasta ahora:**

En atención al escenario cultural en torno a la sexualidad, es necesario tomar acciones con respecto al efecto negativo que ha tenido el mensaje de que la pareja estable y el amor protegen contra el VIH/SIDA, instalando mensajes preventivos que deconstruyan esta relación.

Hasta ahora las campañas masivas han propuesto tres modos de prevenir el VIH/SIDA que se presentan de modo excluyente entre sí, esto, en un contexto cultural donde la pareja se presenta como una aspiración casi universal y más aún en sujetos que se sienten en la necesidad de validar su orientación homosexual mediante su expresión en contextos afectivos y no sólo de placer. Como se ha señalado ya, esto ha generado la necesidad de significar rápidamente una relación como algo “estable” y con ello abandonar el uso de condón, sin que ello asegure la seronegatividad de ambos ni se realice un compromiso real de exclusividad sexual.

Por lo tanto, es necesario, desde los resultados de esta investigación, abordar explícitamente, el proceso que debe recorrer una pareja para implementar como estrategia preventiva la pareja sexual exclusiva. Se propone promover la pareja sexual exclusiva como un proceso o recorrido que requiere de diversos pasos (acuerdo, examen posterior a período de ventana, uso del condón en caso de infidelidad etc.) reemplazando la arraigada creencia de que es suficiente una conversación en la que ambas partes declaran su seronegatividad y dejan de usar el preservativo.

- **Promover una nueva visión de la prevención como “estrategias situacionales”:**

En estrecha relación a lo anterior, resulta necesario hacerse cargo de los efectos que los mensajes preventivos han tenido en los sujetos, en particular en lo que se refiere a la opción por estrategias preventivas rígidas y excluyentes. Se propone instalar la prevención como una cuestión situacional en la que los sujetos, según sean las circunstancias a las que se enfrenten, puedan optar por el uso del preservativo o la abstinencia momentánea con o sin prácticas sexuales alternativas o por el uso del preservativo con sus parejas.

Si bien esta es una idea que se transmite en las intervenciones de prevención más profundas (tales como talleres y consejerías) especialmente a través del concepto de gestión de riesgo, se propone que este mensaje sea ampliado a la población en general que recibe información a través de las campañas masivas de prevención.

- **Transformar la visión medicalizada del VIH/SIDA y re-situar la prevención en el ámbito de la sexualidad y el placer:**

En el estudio se constata que el VIH/SIDA sigue siendo abordado desde un paradigma médico, que si bien intenta nutrirse con otras miradas de orden cultural, aún presenta limitaciones en términos de que no incorpora plenamente una comprensión de los factores socioculturales implicados en el uso del preservativo.

En este estudio se plantea que la promoción deserotizada del preservativo y desvinculada del contexto en el que los sujetos tienen relaciones sexuales, ha mantenido su uso en el ámbito de lo racional, imponiendo una serie de restricciones para uso.

- **Promover que el VIH/SIDA no sea asociado por los sujetos que viven con VIH como castigo a su sexualidad:**

Como se ha planteado anteriormente, las consideraciones de orden moral que asocian la adquisición del VIH/SIDA a un comportamiento “promiscuo” y no sólo al no uso de condón tienen efectos negativos en la sexualidad de los sujetos que viven con VIH/SIDA. Este estudio constata que los sujetos intentan “ordenar” su vida sexual circunscribiéndola a relaciones de pareja “estables” que no necesariamente incluyen el uso del condón.

Por ello es necesario promover nuevas visiones sobre el VIH/SIDA, que enfatizen la prevención desde el uso del condón y que deconstruyan la asociación entre VIH/SIDA y “promiscuidad sexual”. Se propone intencionar explícitamente una asociación entre Riesgo y No Uso de Condón, que deje fuera toda consideración de orden moral que llevan a las personas a pensar erróneamente que las relaciones sexuales con determinadas personas -aquellos considerados “normales”, no estigmatizados, que son considerados como iguales- o las relaciones sexuales en determinados contextos no implican ningún riesgo.

ESTRATEGIAS:

- Se reitera la necesidad de generar políticas públicas para el sistema educacional destinadas a incorporar en el currículum básico, medio, técnico y superior, en las áreas pertinentes, contenidos relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes y seguras.
- Incorporar en las campañas masivas de prevención del VIH/SIDA una visión integradora de la sexualidad, que sin confrontar directamente los valores dominantes aún presentes en nuestra cultura, sea capaz de levantar nuevos discursos que legitimen otras prácticas sexuales, que por lo demás los sujetos actualmente realizan.
- Crear, fortalecer y ampliar las acciones comunitarias que promueven discursos liberadores en torno a la sexualidad, donde se promueva el derecho a decidir sobre la vida sexual propia como un Derecho Humano, esto, en el marco del reconocimiento a los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Mejorar las capacidades de los agentes preventivos (Estado, equipos de salud, sociedad civil organizada, agentes pedagógicos y líderes de opinión, entre otros) en relación a comprensión de la sexualidad y el género, para que estas reconceptualizaciones sean incorporadas en su acción comunitaria.
- Reposicionamiento del condón como la estrategia preventiva frente al VIH/SIDA, mediante acciones destinadas a insertarlo en los significados asociados al placer y la afectividad.
- Generar propuestas comunicacionales que, desde distintos ámbitos, enfrenten el discurso de la ineficacia del condón como método de prevención del VIH/SIDA y reinstalen la confiabilidad en éste como método efectivo de prevención.
- Vincular conceptualmente el uso de lubricantes a base de agua al uso del condón masculino. Puesto que los resultados del estudio arrojan que los lubricantes son asociados al placer y que siempre han estado presentes en las relaciones sexuales anales, se propone generar estrategias que asocien este producto al uso de condón, abordando los beneficios de usar ambos productos para alcanzar el ejercicio de una sexualidad integral centrada en la libertad, el placer y la seguridad.
- Desarrollar nuevas investigaciones que exploren las sexualidades emergentes e identidades diversas (como los jóvenes alternativos y adolescentes gay) que indaguen en su vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA.

- Generar al interior de las organizaciones con trabajo en VIH/SIDA, espacios para abordar las dificultades que quienes trabajan en ellas tienen con respecto al uso del preservativo en las relaciones de pareja estable. Esto, porque si bien se detecta un discurso positivo sobre la sexualidad en este grupo, que permite la incorporación del condón, en el discurso de los sujetos en relación a la pareja estable se visualizan conflictos que parecen no haber sido abordados por las organizaciones.
- Generar al interior de las organizaciones de PVVIH reflexiones sobre la sexualidad homosexual que permitan a los sujetos resignificar su orientación sexual, atribuyendo a ésta significados positivos para potenciar el autocuidado, la valoración de sí mismos y la búsqueda real de la autorrealización. Asimismo se constata la necesidad de revisar el modo en que la prevención secundaria ha sido incorporada en las organizaciones PVVIH, en el sentido de evaluar en qué medida ésta está ofreciendo respuestas a las dificultades que los sujetos enfrentan en la práctica para implementar el autocuidado y el uso del preservativo.

ACCIONES:

Las acciones que a continuación se proponen son sólo un esfuerzo en la búsqueda de materializar las conceptualizaciones y estrategias antes presentadas, por lo tanto, se ofrecen a los equipos técnicos que deben tomar decisiones concretas.

1. Revisar los contenidos de la formación de consejeros en prevención primaria y secundaria del VIH/SIDA

Revisar la formación de consejeros de los equipos de salud, las organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA y las personas viviendo con VIH/SIDA, resguardando que se entreguen herramientas conceptuales y prácticas para transformar la visión que estos tienen respecto a la sexualidad y para la comprensión de la relación entre significados de género y vulnerabilidad.

En este sentido es necesario considerar que las personas que realizan la labor de consejeros no están ajenos a lo significados culturalmente asignados a la sexualidad y el género, por lo tanto, la deconstrucción de los mismos debe ser entendida como un proceso que requiere permanente monitoreo y perfeccionamiento.

2. Intervenciones en espacios de sociabilidad homosexual

Realizar intervenciones creativas y culturales en espacios de socialización homosexual dirigidas a deconstruir ideas erradas, culturalmente arraigadas, como mitos y prejuicios asociados a la sexualidad homosexual, el riesgo, el VIH/SIDA, el

uso de condón y la consejería. Se sugiere por ejemplo realizar intervenciones teatrales y performances que hagan uso de la parodia y el humor para reflejar las creencias y prácticas erróneas de los sujetos en relación a la prevención del VIH.

Pensamos que la población chilena y especialmente la población homosexual es permeable a intervenciones de orden humorístico puesto que el humor ha sido una de las estrategias aprendidas a lo largo de su vida para enfrentar la discriminación. Además el chiste y la parodia en sí mismos, como técnica de revelación de contenidos inconscientes culturalmente arraigados, tiene la potencialidad de promover visiones críticas en la medida que hace de espejo de situaciones no reflexionadas previamente.

Asimismo, este tipo de intervenciones permitiría soslayar la resistencia de los dueños y administradores de los espacios de entretenimiento homosexual, que consideran que la promoción del preservativo es un tema demasiado “serio” que limita la diversión de los consumidores y que por lo tanto resulta contraproducente para sus intereses.

Posibles contenidos de una intervención de este tipo:

- a. Deconstruir la práctica del examen como estrategia preventiva, en la actualidad muchos sujetos se realizan periódicamente el Test de Elisa haciendo de éste su estrategia preventiva, sin que ello implique la incorporación de técnicas de autocuidado.
- b. Hacerse cargo de los efectos no esperados de la consejería que en definitiva funciona como “rito de confesión” tras el cual se mantiene la misma conducta con un grado menor de culpa (Sacerdote = Consejero/a).
- c. Desconstruir la idea del “gay piola” como no riesgoso. Esto considerando que este estudio refleja una evaluación de riesgo relacional, en la cual los sujetos homosexuales considerados “tranquilos” gozan de atribuciones de menor riesgo y por lo tanto, se considera menos necesario usar condón con este tipo de sujetos.

3. Estrategias para reposicionar la pareja sexual exclusiva

Respecto a la pareja sexual exclusiva, se concluye que los mensajes entregados hasta ahora en las campañas masivas no son suficientemente explícitos, además de nombrar la estrategia preventiva como “pareja única”, no se hace referencia al proceso que requiere ésta forma de prevención y en consecuencia los sujetos, a partir de interpretaciones particulares y sin mucha información, adoptan lo que cada uno entiende como “pareja única” como su estrategia de prevención del VIH/SIDA. A continuación se detallan algunas de las propuestas concretas de intervención.

a. El mapa de la prevención:

Se propone construir un mapa visual del recorrido de la prevención con pareja exclusiva, en el cual se explicita el camino que ha de transitar una pareja para adoptar la exclusividad sexual como estrategia de prevención para el VIH/SIDA. Esto puede contribuir a instalar en la población que esto constituye un proceso y no una cuestión inmediata mediada por una conversación. Se sugiere que éste sea parte del material educativo que se entrega en cartillas y afiches.

En mapa de este tipo debiera contener los siguientes pasos:

- **Primera estación:** Usar condón en las relaciones sexuales.
- **Segunda estación:** Evaluar en conjunto que se está en una relación de pareja estable o con alguna proyección en el tiempo.
- **Tercera estación:** Explicitar el deseo de dejar de usar condón.
- **Cuarta estación:** Tomarse el Test de Elisa tras un periodo de ventana de tres meses en los que no se han tenido relaciones sexuales desprotegidas (sin condón).
- **Quinta estación:** Tras verificar empíricamente que ninguno de los dos vive con el virus, comprometerse a la exclusividad de relaciones sexuales sin condón sólo al interior de la pareja.
- **Sexta estación:** Explicitar que en la decisión se está depositando la mitad de la responsabilidad de prevenir el VIH/SIDA en el otro.

b. Spots que deconstruyan la asociación VIH-promiscuidad sexual y se centren en el uso del condón

Se propone, por ejemplo, presentar dos trayectorias de vida, ya sea en formato audiovisual, radioteatro o comics, en las cuales dos sujetos tienen una conducta sexual multipareja (“promiscuos”) a lo largo de una etapa de sus vidas, luego ambos se realizan el test de Elisa. Sólo uno de ellos resulta positivo y al retroceder la historia se muestran imágenes, palabras o fotos en las cuales uno de ellos uso condón en todos sus encuentros sexuales: aquél que resultó negativo en el examen.

4. Involucrar a otros agentes de socialización

Se propone desarrollar campañas que dirijan explícitamente mensajes a los padres tendientes a promover su rol educador en la sexualidad y de promotor de estrategias eficaces de autocuidado. Se propone involucrar a los padres en el proceso de incentivar el uso de condón en sus hijos e hijas.

Esto se fundamenta en la información recogida por este estudio, los sujetos más jóvenes presentan un mayor repertorio de formas de acceder a los

preservativos entre las cuales se incluye a la familia, sus padres actúan como agentes preventivos en la medida que estimulan el uso del condón e incluso en algunos casos abastecen a sus hijos del producto.

A fin de evitar que este tipo de campañas resulten contraproducentes, se propone una distinción entre el condón como norma impuesta o *normativización* del condón y la *normalización* del condón. En el primer caso, el condón impuesto como norma que podría generar resistencia por parte de los jóvenes (como rebeldía hacia los padres), sin embargo, en el segundo caso, la normalización del condón se desarrolla en el contexto del reconocimiento y el respeto hacia las opciones sexuales de los hijos/as. Esto podría generar condiciones altamente favorables para el autocuidado y el uso del preservativo.

5. Abordar la homofobia internalizada

El estudio entregó información respecto al efecto de la “Marcha del Orgullo” en los hombres homosexuales y otros HSH, los sujetos entrevistados hablan de éste evento como un referente frente al cual necesitan tomar una posición; para un número importante de ellos, surge la necesidad de diferenciarse de las personas que se muestran ahí ya que no se sienten identificados con ellas. Esto es el resultado del tratamiento que hacen los medios de comunicación de esta actividad ya que se resalta sólo la vivencia homosexual de trasgéneros y transformistas.

En las organizaciones homosexuales y de prevención del VIH, es necesario reflexionar respecto a estos efectos puesto que en definitiva esta visión puede tener consecuencias negativas en el modo que los sujetos se relacionan con la prevención del VIH. Así, se constata la necesidad de:

- a. Desarrollar acciones focalizadas que se dirijan a la homofobia entre pares que opera en los espacios de relacionamiento homosexual, promoviendo el respeto y la valoración de la diversidad de sexualidades, desde una perspectiva de derechos humanos.
- b. Continuar con el trabajo de sensibilización de los medios de comunicación que insisten en mostrar visiones sesgadas en las que la homosexualidad es retratada de manera estereotipada y discriminatoria, a través de imágenes que intentan asociarla al desorden y a la inmoralidad, reforzando los prejuicios sociales en torno a ésta.

6. Intervenir los espacios comerciales de sexo *express*

Las organizaciones en conjunto con el gobierno pueden generar una aproximación concreta con los privados que ofrecen servicios de consumo sexual para la

población homosexual, de modo tal que se asegure la disponibilidad de condones en lugares como por ejemplo, moteles, saunas, cuartos oscuros de discoteques y otros espacios de encuentro sexual.

Concretamente el estudio recoge el malestar de los hombres homosexuales y otros HSH que frecuentan saunas, evidenciando la dificultad de portar condones al interior de esos lugares por no disponer de un lugar apropiado para ello (en estos espacios las personas están desnudas y se cubren sólo con una toalla). Se plantea por ejemplo, la necesidad de proponer a los dueños de los saunas incorporar a las toallas un bolsillo que permita transportar los preservativos o poner a disposición preservativos en lugares estratégicos de fácil acceso.

XIV. INFORME PLAN DE GESTIÓN PARTICIPATIVA

El presente estudio se enmarcó dentro de lo que se ha denominado investigación social participativa, en ella las organizaciones sociales involucradas en la problemática del estudio son convocadas a participar en su formulación y ejecución.

Así, el consorcio MUMS-SIDACCION como generador de la propuesta, involucró en distintas fases del proyecto a otras organizaciones sociales con experiencia en el tema.

El plan de gestión participativa fue viable dado la trayectoria, al vínculo de trabajo y la colaboración mutua establecida con anterioridad a la propuesta, por parte de las organizaciones ejecutoras. Ello permitió además un apoyo concreto a la realización del trabajo de campo, particularmente la producción de los grupos focales y entrevistas que precisaba la investigación.

Evaluación del plan de gestión participativa

Región Metropolitana

En la Región Metropolitana las organizaciones que participaron fueron: SIDACCIÓN, Mums, Vivopositivo y Centro de acción social La Pintana. Se efectuaron cuatro reuniones durante el proceso, en los meses de agosto, septiembre, noviembre y enero. En ellas se presentó la investigación a los actores relevantes, posteriormente se les informaba con respecto a los avances del trabajo. Es importante señalar el aporte que tuvieron las organizaciones mencionadas al momento de constituir los grupos focales y entrevistas en profundidad.

Aspectos negativos:

- En el proceso no se vieron involucradas dos organizaciones que originalmente se habían comprometido a participar. La organización CEGAL no pudo ser contactada debido a la falta de recursos de comunicación de ésta (teléfono, internet etc.). Asimismo, la organización Vida óptima fue convocada a todas las reuniones no obstante, el exceso de trabajo de sus dirigentes imposibilitó la participación directa. Sin embargo, en el proceso se realizaron visitas y contactos telefónicos para involucrar a esta organización, lo que no se tradujo en una participación directa por parte de ésta.

- La sobre carga de compromisos de las organizaciones participantes mermó la asistencia a todas las reuniones establecidas.
- En relación al apoyo de las organizaciones para el trabajo de campo, se constató que la baja participación en las organizaciones de jóvenes que viven con VIH (menores de 30 años), imposibilitó la producción de un grupo focal con sujetos de este perfil.

Aspectos positivos:

- Los vínculos establecidos antes de la investigación, que otorgaron credibilidad y validación ante las organizaciones.
- Canales comunicacionales óptimos, que permitieron mantener informados a los actores relevantes con respecto a los avances de la investigación por medio de resúmenes periódicos; los que posteriormente eran discutidos en las reuniones.
- Se destaca el compromiso adquirido por las organizaciones que participaron activamente en el proceso, lo que se reflejó principalmente al momento de apoyar la producción los grupos focales.

V Región

En la V Región las organizaciones convocadas a participar fueron: Cecusayet (Vale tu vida) y SIDACCIÓN Valparaíso; sin embargo, a petición de las propias organizaciones se hizo extensible la invitación a Cuenta Conmigo y Volver a Nacer. Se efectuaron tres reuniones formales, en las que se presentó la investigación y se llegó acuerdos de trabajo. Asimismo, en el proceso de recolección de información, se realizaron encuentros periódicos con Mauricio Rojas (SIDACCION) para facilitar la convocatoria a los grupos focales.

Por otro lado, antes de llevar a cabo los grupos focales se efectuaron reuniones informales y contactos con otros actores de la Región tales como Alexandra Corail (psicóloga del servicio de salud de Viña del Mar) y Juan Fernández de la Seremía de Salud de la V Región.

Aspectos negativos:

- Se constata como un elemento negativo el hecho que no hubieran vínculos pre-establecidos entre las organizaciones y los miembros del equipo encargados del trabajo en la V Región. Si bien existían compromisos institucionales involucrados, se constató que fue el desarrollo de un vínculo más directo y personal entre las personas involucradas lo que permitió que la colaboración hacia el proyecto se materializara.
- La distancia geográfica impuso límites concretos al contacto permanente y directo con los actores relevantes de la V Región. En ese sentido se evalúa como una desventaja el que no se hubiera involucrado directamente en el equipo ejecutor a alguien de la región.
- En los últimos meses del proyecto se desarrolló un conflicto interno de la organización Cuenta Conmigo, que motivó que la directiva de la organización fuera cuestionada y se limitara su capacidad de representar a la organización. De este modo, las personas de la directiva con las que había desarrollado un vínculo de trabajo no pudieron asistir a la jornada de trabajo final con los actores relevantes, puesto todos estaban vetados para representar en actividades externas a la organización. Con todo, se invitó a participar a la jornada a uno de ellos en calidad de persona natural, sin embargo, dado el conflicto mencionado no puede establecerse que sus aportes en ella representan a la organización Cuenta Conmigo.

Aspectos positivos:

- La validación y reconocimiento de SIDACCIÓN en la V región fue un factor que facilitó el trabajo de campo en la región y el contacto con otros actores relevantes.
- La colaboración de las organizaciones posibilitó el desarrollo de las entrevistas y grupos focales.
- La incorporación de la organización Católicas por el derecho a decidir, quienes facilitaron un espacio físico, el cual contribuyó a la confidencialidad y seguridad a los participantes, puesto que se trataba de un lugar no vinculado ni a la homosexualidad ni al VIH/SIDA.
- Es destacable el interés de las organizaciones participantes en los avances de la investigación, quienes solicitaron de mutuo propio periódicamente información con respecto a los avances del proyecto.

II Región

En la II Región las organizaciones participantes fueron: Crea Luz, Agrupación Nueva Aura (PVVIH), Agrupación ARPEVIH (PVVIH). En dicha región se trabajó de manera distinta puesto que, debido a la distancia geográfica, no se realizaron reuniones periódicas. Sin embargo, se mantuvo contacto telefónico y a través del correo electrónico. En el mes de octubre, una de las investigadoras del equipo viajó a la II Región, pudiendo llevar a cabo una reunión con los actores relevantes de ella. Cabe destacar que en esa oportunidad asistieron 28 personas pertenecientes a las distintas organizaciones.

En dicha reunión, se entregó una visión general del proyecto incluyendo una discusión exhaustiva del marco teórico desarrollado. En general, el proyecto y el plan de gestión participativo se evaluaron positivamente, planteándose por parte de los actores relevantes de que el estudio lograra reflejar las particularidades de la II Región.

Aspectos negativos:

- La distancia geográfica es un factor que limitó la participación de las organizaciones, a pesar del interés manifestado por estas.
- El presupuesto limitado restringió la participación de actores relevantes de la II Región en la Jornada final realizada en enero.

Aspectos positivos:

- La existencia de un vínculo pre-establecido entre la investigadora a cargo de la II región y las organizaciones involucradas, facilitó considerablemente el trabajo en el período en que se realizó el trabajo de campo.
- Se destaca el interés y compromiso de todas las organizaciones por colaborar con el estudio, especialmente en relación a la producción de las entrevistas realizadas.

Comentarios generales en relación al plan de gestión participativa

- En general, se evalúa positivamente el plan, especialmente considerando que se logró incorporar la experiencia de las organizaciones sociales que ya tienen una reflexión sobre los temas de la investigación. Se considera que esto enriqueció ostensiblemente los resultados del estudio.
- Del mismo modo, los actores relevantes valoraron el haber sido involucrados de manera real en la investigación, sobre todo aquellos que pudieron constatar el modo en que sus aportes fueron incorporados en el estudio.
- En general las organizaciones se comprometieron con el estudio y apoyaron la ejecución del trabajo en terreno.
- Se presentaron problemas de participación debido a las agendas recargadas en el contexto del Fondo Global. Esto limitó especialmente la participación de aquellos actores que ocupan cargos de mayor relevancia en las organizaciones sociales y cuyo aporte hubiera enriquecido aún más el estudio.
- Se constata la existencia de una brecha entre las organizaciones que han desarrollado reflexiones y las organizaciones que más pequeñas que no han desarrollado capacidades para aportar en este tipo de procesos. Por lo tanto queda en evidencia la necesidad de desarrollar capacitaciones destinadas a habilitar a las organizaciones más pequeñas para participar en este tipo de procesos, de un modo que ellas puedan beneficiarse directamente de los resultados de las investigaciones.

Propuestas específicas para mejorar este tipo de iniciativas en el futuro

- En el caso de las investigaciones que abarquen otras regiones, se considera necesario involucrar a investigadores locales que estén involucrados en los temas de VIH/SIDA y tengan vínculos desarrollados con los actores relevantes.
- Los presupuestos elaborados y aprobados para este tipo de estudios deben garantizar una efectiva participación en términos de cubrir los costos de viaje y otros gastos que permitan acercar efectivamente al equipo de investigación y a los actores relevantes.
- Resulta necesario capacitar a las organizaciones sociales a fin de mejorar su conocimiento en relación a la investigación social, al aporte que ésta puede hacer en la lucha contra el VIH/SIDA y al modo en que las organizaciones sociales pueden beneficiarse de sus resultados.

- Se recomienda promover que otras instancias que desarrollan investigación social incorporen la participación de organizaciones sociales, no de un modo utilitario como se ha hecho generalmente, sino también incluyendo la mirada de las organizaciones en el curso de los estudios.

Informe sobre la jornada de trabajo final con los actores relevantes

El día 7 de enero del 2005, se realizó la jornada de presentación y discusión de los resultados del estudio. Se trató de una jornada de ocho horas de trabajo, en la que, en una primera parte, se presentaron y discutieron los resultados del estudio, para posteriormente discutir las posibles estrategias de acción para promover el uso del preservativo en la población homobisexual y otros HSH.

A la Jornada de trabajo se convocó a: SIDACCIÓN Santiago, SIDACCIÓN Valparaíso; Vale tu Vida (ex-Cecusayet) , Cuenta Conmigo, Vivopositivo, el Centro de acción social de La Pintana e invitados Asosida

A la jornada asistieron las siguientes personas:

Mums

Héctor Núñez
Rodrigo Ferrada

Vivopositivo

Francisco Vidal
Antonio Benavides

SIDACCION Santiago

Paolo Berensend

Centro de acción social de La Pintana

Ricardo Santos

Otros

Juan Abarca (ex presidente de Cuenta Conmigo)

SIDACCION Valparaíso se excusa de asistir por exceso de trabajo y poco personal disponible, puesto que la jornada se superponía con otras actividades.

La organización Vale tu vida (ex Cecusayet) también se excusó de asistir oportunamente puesto que no había representantes disponibles para viajar.

En relación a la organización **Cuenta Conmigo**, como se señaló anteriormente, ésta está imposibilitada de ser representada.

Invitados de Asosida

Julio Palma
Leo Arenas

Las Organizaciones de la II Región no fueron invitadas a esta reunión debido a la falta de presupuesto para su traslado, estas son:

II Región: Agrupación de PVVIH “ARPEVIH” , “Nueva Aura” de Antofagasta, “Unidos por la Vida” de Calama. Organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA “Crea Luz “ y “Liberación Arcoiris Traves Antofagasta”.
Discusión desarrollada en la jornada

1. Resumen de los comentarios en relación a los resultados del estudio:

- Se propone como idea a destacar en la elaboración de intervenciones la articulación entre ciudadanía, derecho y libertad sexual, lo que le daría mayor impulso a la idea de promover la libertad sexual como derecho.
- Uno de los puntos que toma relevancia en la discusión, es cómo la mirada de género se debe instalar al momento de intervenir. Se discute cómo desarrollar intervenciones que no refuercen los patrones normativos de la sexualidad masculina hegemónica.
- Se hace la precisión de que hacerse cargo que libertad sexual no es sinónimo de libertinaje; se sugiere combatir el mito de que el condón sólo es usado para la promiscuidad, muy por el contrario se plantea que es sinónimo de una sexualidad libre, segura y que puede ser ejercida de la manera que el sujeto quiera, dentro de los propios valores de individuo.
- Una idea que destaca, es cómo el lubricante no requiere ser instalado, puesto que siempre ha estado presente, vinculándose al placer. Por el contrario, el condón es un factor ajeno que necesita instalarse en la sociedad.
- Se discute la idea de cómo sujetos que utilizan condón, se toman el examen cada seis meses, esto hablaría de la poca confianza en el condón. Asimismo se señala que esto es reforzado por los proveedores de salud, quienes le practican el examen de Elisa a los consultantes aún cuando éstos declaren usar sostenidamente el preservativo. Con estas acciones ellos estarían reforzando el mensaje de que el condón no es 100% confiable.
- Se debate en relación a si las organizaciones promueven una visión liberadora de la sexualidad o no. Se señala que si bien se ha puesto énfasis en el desarrollo de una identidad homosexual positiva, esto ha incluido una mirada positiva hacia la sexualidad.
- Se discute sobre la necesidad de desarrollar nuevas investigaciones que indaguen en la situación de otros grupos que no fueron incluidos en el estudio,

como los hombres homosexuales rurales. Asimismo, se plantea que es necesario profundizar en muchas de las temáticas que el estudio aborda.

2. Resumen de los aportes de los actores relevantes en relación a intervenciones que promuevan el uso del preservativo:

- Se plantea la necesidad de un vuelco de lo puramente informativo hacia una intervención más profunda. Se señala que la falta de recursos para implementar estrategias más complejas es una limitante para las acciones que se puedan desarrollar.
- Positivizar la expresión de la sexualidad como algo bueno y conveniente para los seres humanos independientemente de las identidades sexuales, pero haciéndolo de una manera no confrontacional para evitar conflictos con los grupos sociales que se resisten a esta mirada.
- En este mismo sentido se plantea asociar estos mensajes también a valores, tales como el respeto por la diversidad, por la vida, la autonomía y la felicidad. Debe romperse la dicotomía campaña con valores (de la Iglesia) v/s antivalores de los grupos progresistas.
- Se señala que es necesario romper el mito de la pareja estable como estrategia preventiva, ya que no son pocos los casos donde la transmisión se ha producido a través de ella.
- Al existir un grupo de HSH que no se define como homosexual, se sugiere estandarizar el discurso preventivo.
- Hay supuestos en las campañas que no necesariamente son reales ni válidas, se repite un mensaje aprendido. Se asumió que los sujetos conocían las formas de prevención, pero esto no se sabía exactamente. Asimismo, puede haber errores en el modo de uso del preservativo.
- Es necesario preguntarse si la información produce cambios conductuales y si una campaña es meramente informativa o debe tender a que los sujetos modifiquen sus conductas.
- Puesto que con esta investigación podemos saber por qué los sujetos no se cuidan, cuáles son los factores implicados cabe hacerse preguntas con respecto al mercadeo del condón ¿la mayor presencia del condón es una respuesta a la prevención? ¿qué pasa si los sujetos no saben usarlo? ¿basta con poner condones en los lugares de encuentro sexual?

- En relación a las PVVIH, se señala que en la consejería aparecen mitos y prejuicios contra el condón, poca erotización del condón en las relaciones sexuales y hay personas que dicen “ya estoy infectado, así que da lo mismo usar condón” . Se debiera apuntar resolver estas dificultades.
- Es necesario incorporar el uso del preservativo en la educación sexual desde la infancia, para que no exista temor o vergüenza de usarlo.

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Abarca, H. (1995) Entre Apolo y Dionisos: Masculinidad en el Discurso Homosexual Urbano, Clase Media - Baja y Baja. Tesis para optar al título profesional de Sociólogo, Universidad de Chile.
2. Aguirre S. & Valenzuela M^a V. (2002) Aprender a Vivir con VIH: Estudio Descriptivo en Adolescentes y Jóvenes que viven con el Virus de de la Inmunodeficiencia Humana desde una Perspectiva Individual y Familiar. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología.
3. Amorós, C (1985) Hacia una Crítica de la Razón Patriarcal. Barcelona: Anthropos
4. Aracena, B. Y Villar, N. (1996) *"Identidad de Género en Personas de orientación Homosexual"* Tesis para optar al título de Psicóloga. Universidad Central. Santiago, Chile.
5. Ardila, H; Stanton, J. & Gauthier, L (1999) *Estrategias y Lineamientos para la Acción en VIH/SIDA con HSH*. Editado por ONUSIDA y Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Bogotá.
6. Barrientos, J. (1998) *Modernidad y Riesgo, Implicancias en la Gestión de Riesgo Respecto del VIH-SIDA, en la Población Chilena*. Tesis para optar al Grado de Magíster en Ciencias Sociales, Escuela de Sociología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
7. Bartolotto, M. (1996) *Aspectos Subculturales y Psicosociales y la Homosexualidad Masculina*. Tesis para optar al título de Socióloga. Escuela de Sociología, Universidad de Chile.
8. Becerra, M. (2002) "Vistiendo Encuentros: Prevención del VIH en Hombres Homobisexuales Y HSH". En: *Cuerpo y Sexualidad*. Francisco Vidal y Carla Donoso editores. Universidad ARCIS, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH (VIVO POSITIVO). Lom Ediciones, Santiago de Chile.
9. British Columbia Persons with AIDS Society (2004) *What is positive prevention?* Extraído el 16 de junio de 2004 en: www.bcpwa.org/prevention.php <<http://www.bcpwa.org/prevention.php>>
10. Bolton, R (1998) "Rethinking Anthropology: The Study of AIDS". En: *The Art of Medical Anthropology Readings*. Sjaak van der Geest y Adri Rienks editores. Het Spinshuis Publishers. Amsterdam. Pp 369-382.
11. Bonder G (2001) Género y Subjetividad: avatares de una relación no evidente.
12. Briones, G. (1995) Metodología de la Investigación Cualitativa. (Sin Fuente)
13. Bucarey, G. & Delgado, I. (2000) *Coming Out en Hombres Homobisexuales en Santiago: Existir entre Lo Público y Lo Privado*. Tesis para Optar al Título de Psicólogo Universidad de Santiago de Chile, Escuela de Psicología, Santiago de Chile.

14. Burín, M (1996) *Género y Psicoanálisis: Subjetividades Femeninas Vulnerables*. En Burín, M y Dio Bleichmann, E (comp.). Género, Psicoanálisis y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós
15. Bustos T (1997) *Las moradas de la histeria*. En Pérez F; Raurich C & Bustos, T. Psicoterapia y Género. Santiago: Ed. La Morada.
16. Calderón, P. (2004) *20 años de SIDA en México: Apuntes Sobre la Generación del Miedo*. Extraído el 21 de junio de 2004 de: <http://www.gaymexico.com.mx/20years.html>
17. Carrero, N. (Sin Año) *Chanceros: El laberinto del oprobio. Escenarios hetero - homobisexuales chanceros y las prácticas sexuales de alto riesgo*. Extraído el 02 de junio de 2004 de: <http://www.isisweb.com.ar/ney.htm>
18. Caro I. y Guajardo G. (1997) *Homofobia Cultural en Santiago de Chile. Un Estudio Cualitativo*. Editorial FLACSO, Santiago de Chile.
19. Caro, I. (1997) "Homofobia Cultural en Chile: Percepciones sobre Sexualidad y Homosexualidad Masculinas" ILADES.
20. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - Prevención de VIH/SIDA (sin año) *Condomes de látex para hombres y enfermedades de transmisión sexual*. Extraído el 27 de mayo de 2004 de <http://www.cdc.gov/spanish/vih/pubs/facts/condoms.htm>
21. CES/MUMS (2003) Informe de Avance Proyecto: Desarrollo de capacidades para enfrentar la vulnerabilidad grupal e individual frente al consumo de drogas en jóvenes homobisexuales de la Región Metropolitana y su impacto en la transmisión del VIH/SIDA.
22. Chaya & Amen (2002) Los Preservativos cuentan - condoms count: Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de Population Action Internacional (PAI), Estados Unidos.
23. Coleman, L. (sin año) *El Intercambio sexual por INTERNET en la comunidad gay latina*. Universidad de Massachusset. (Sin Fuente).
24. Comité País Chile: Proyecto Profundización de la respuesta al VIH/SIDA (sin año) *Introducción del Condón Femenino en la Prevención del SIDA*. Extraído el 26 de mayo de 2004 en: http://www.vihsidachileresponde.cl/desplegue.asp?id_articulo=127
25. CONASIDA (2001) Boletín Epidemiológico Semestral N° 14, VIH/SIDA, Diciembre 2001.
26. CONASIDA (2002) *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual: Síntesis de Información Seleccionada*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Comisión Nacional del SIDA/ANRS, Francia.
27. CONASIDA (2003) Resumen Epidemiológico SIDA N° 15 - Diciembre del 2003.
28. CONASIDA (2004) Términos de Referencia: Bases de Licitación para el Estudio de Aceptabilidad del uso del Condón Masculino en Población HSH. Santiago de Chile.
29. CONDONLAND (sin año) *Lubricantes*. Extraído el 26 de mayo de 2004 de: <http://www.condonland.com/lubricantes.htm>
30. CONDONLAND (sin año) *Uso Correcto del Preservativo*. Extraído el 26 de 2004 de: <http://www.condonland.com/usopreserv.htm>

31. Conell, R. (1993) "Avery straight gay: masculinity, homosexual experience and dynamics of gender" U of California American Sociological Review. USA.
32. Corby, N. & Wolitski, R. (1996) Condom use with main and other sex partners among high-risk women: Intervention outcomes and correlates of reduced risk. Drugs and Society, Massachussets.
33. Córdoba, C. (1999) *Documento de Trabajo: VIH/SIDA: La Mirada de los Jóvenes*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE), Santiago de Chile.
34. Corporación Chilena de Prevención del SIDA (1997) De amores y de sombras. Poblaciones y culturas homo y bisexuales en hombres de Santiago. Santiago.
35. Curtis, S. et al. (2000). "Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health" en: Social Science and Medicine. 50 1000-10014
36. De Barbieri, T. (1993) "La categoría de género: una introducción teórica-metodológica". En: *Revista debates en sociología*. Pontificia Universidad católica del Perú. N° 18. Lima.
37. Delgado, J. & Gutiérrez, J (1995) Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial Síntesis, Madrid.
38. Díaz, M. (2003) *Masculinidad y Derechos Sexuales: Una Ecuación por Completar*. Extraído el 10 de julio de 2004 de: www.genie.ids.ac.uk/forumdocs/si20031210080259.doc <<http://www.genie.ids.ac.uk/forumdocs/si20031210080259.doc>>
49. Díaz, P. (1995) Identidad, Genero y Cultura (en) *Ensayos, Monografías y Artículos, Cuaderno de Terreno N 2*. Universidad de Chile, Facultad de Cs. Sociales. Programa Interdisciplinario de Estudios de Genero.
40. Díaz, R. (1996) "Hombres Latinos Gays/Bisexuales: Barreras Socioculturales para la Práctica de sexo más seguro". Psychology and AIDS Exchange", Issue 21.
41. Donoso, Carla. (2001) "*Cuerpos Masculinos y Sexualidad: Una Interpretación de los Martes Femeninos*". Tesis para optar al título de Antropóloga Social. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.
42. El condón en la prevención de la infección por VIH (sin año) Extraído el 24 de mayo de 2004 de: <<http://www.salud.gob.mx/CONASIDA/preven/condon.htm>>
43. Engendered Health (2004) *Sexuality and Sexual health*. Extraído el 14 de junio de 2004 de: <<http://www.engenderhealth.org/res/onc/sexuality/understanding/pg2.html>>
44. Errazuriz, P (s/f) *Esa hormona llamada deseo*. En Nomadias N°5, Santiago: Programa Género y Cultura Latinoamericana, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile
45. Foucault, M. (1999) Historia de la Sexualidad. Volumen I. La Voluntad de Saber. Siglo XXI Editores. Madrid.

46. Fagalde M. & Saez P. (1997) *Momentos y problematizaciones en el discurso de género*. En Pérez F; Raurich C; Bustos T Psicoterapia y Género. Santiago: Ed. La Morada
47. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) (sin año) Declaración de la Organización Mundial de Salud (OMS) sobre la Protección Dual: Los condones masculinos y femeninos y los espermicidas. Extraído el 11 de junio de 2004 de: http://www.ippfwhr.org/publications/serial_article_s.asp?PubID=20&SerialID=140&ArticleID=299
48. Fernández, M (1996) *Filosofía y debates feministas*. On line www.uca.edu.ni/ellacuria/17merced.htm
49. Finger, W. (2001) *El Condón Protege Contra las ITS*. Extraído el 24 de mayo de 2004 de: <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v20-4/ns2045.html>
50. Freda, R; Durán, J; Quast, A & Vázquez, E (1999) *Informe Diagnóstico de la Epidemia VIH entre Hombres que Hacen Sexo con Hombres en Argentina: Recomendaciones de Prevención*. Editado por Sociedad de Integración Gay - Lésbica Argentina (SIGLA), Buenos Aires.
51. Freud, S. (1979) *El Malestar en la Cultura*. Alianza Editorial, Madrid.
52. Freund, P (1982) *Civilized body: Social domination, control and health*. Temple University Press. Philadelphia.
53. FUNVERSION: Ocio y Cultura Universitaria (sin año) *La Trayectoria del Preservativo*. Extraído el 26 de mayo de 2004 de <http://funversion.universia.es/curiosidades/preservativo.htm>
54. Gardner, R., Blackburn, R.D. y Upadhyay, U.D. (1999) *Condomes: cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad*. *Population Reports*, Serie H, No. 9, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. Extraído el 24 de mayo de 2004 de: <http://www.inforhealth.org/pr/prs/sh9edsum.shtml>
55. Goldstein, E. (2002) "Algunos Resultados de la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual". En: *Cuerpo y Sexualidad*. Francisco Vidal y Carla Donoso editores. Universidad ARCIS, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH (VIVO POSITIVO). Lom Ediciones, Santiago de Chile.
56. Gomariz E (1992) Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas ; periodización y perspectivas. En Flacso: Estudios Sociales. N°38
57. Gómez, M. (2000) *Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología*. Revista Ciencias Humanas. Extraído el 16 de junio de 2004 de: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
58. Grau, O.; Riet, D; Brito, E.; Farías, A (1997) *Discurso, Género y Poder. Discursos Públicos: Chile 1978 - 1993*. Lom Editores, Santiago de Chile.
59. Guzmán, V. & Pinzás, A. (1991) *Sociología Comprensiva y Metodologías Cualitativas*. Editorial Centro Flora Tristán, Lima.

60. Hardom, A. Et al. (2001) Applied Health Research. Anthropology of Health and Health Care. Amsterdam. Het Spinhuis Publishers.
61. Helman, Cecil.G. (2000) *Culture, Health and Illness*. London: utterworth Heinemann Publishers.
62. Honorato, C (2002) “ *Manual curso básico de voluntarios de SIDACCION*”. Corporación Chilena de Prevención del SIDA. Santiago. Chile.
63. Hopman, J. (2003) Culpa, Cristianismo e Identidad Homosexual. Una Tarea para Toda la Vida de los Excluidos Dentro de los Excluidos. Una Investigación Cualitativa de Cuatro Miembros de CEGAL. Tesis para optar al grado de Magíster de Estudios en Género, Universidad de Chile.
64. Ibáñez, J. (2002) El Regreso del Sujeto. La Investigación Social de Segundo Orden. Amerindia Estudios, Santiago.
65. INJUV (2002) Salud Joven y Sexualidad Juvenil Cuadernillo Temático: Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación Nacional, Santiago de Chile
66. Izazola, J., Calderón, J., Stanton, J. & Freda, R. (2003) *Guía de Incidencia Política en VIH/SIDA, Hombres Gay y otros HSH*. Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina (ASICAL) y Proyecto Política, Bogotá, Colombia.
67. Jacobs, J. y Reyes, S. (sin año) Gestión de riesgo de contagio de VIH-SIDA en alumnos de la Universidad Católica del Norte, IIª Región de Antofagasta, Chile. Revista Psicología 2000, extraído el 16 de junio de 2004 de <http://www.monografias.com/trabajos6/geri/geri.shtml>
68. Kleincsek, M. (1996) *ETS - SIDA: Discursos y Conductas Sexuales de las Chilenas y los Chilenos*. Corporación Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida (EDUK), Santiago de Chile.
69. Lamadrid, S. y S. Muñoz (1996) *La investigación en sexualidad en Chile (1984-1994)*. PIEG Universidad de Chile. Santiago.
70. Lamas, M (2000) *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género*. On line: www.presen.htmlpresen.htmlsso.htmlmasso.html
71. Landry, R. (1998) “*L’analyse de contenu*”. Extraído el 16 de junio de 2004 de: www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
72. Leap, W. (1990) *Language and AIDS. en: AIDS and Culture*. D. Feldman Editor. New York. Praeger.
73. López, O. (sin año) *Propiedades físicas de los lubricantes* Extraído el 19 de mayo de 2004 de: <http://www.monografias.com/trabajos10/filu/filu.shtml>
74. Madrigal - Pana, J. (1998) El Condón y los Hombres que tienen Sexo con Hombres: Encuesta en América Central. Editorial ILPES, San José de Costa Rica.
75. Marcuse, H. (1983) *Eros y Civilización*. SARPE. Madrid.
76. Matus, C. (2002) *De la Blondie a Bellavista: Dos Aproximaciones a los Rituales del Consumo Juvenil Nocturno*. Extraído en 5 de Julio de 2004 de: www.ubolivariana.cl/publicaciones/biblio/cristian.doc <http://www.ubolivariana.cl/publicaciones/biblio/cristian.doc>

77. McFarland & Cáceres, en Cáceres, Pecheny & Terto (2002) SIDA y Sexo entre Hombres en América Latina: Vulnerabilidades, Fortalezas y Propuestas para la Acción. Perspectivas y Reflexiones desde la Salud Pública, las Ciencias Sociales y el Activismo. Editado por Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina y ONUSIDA, Perú.
78. MERCOP (1994) Actualización del Proyecto de Investigación sobre los Efectos de la Campaña del SIDA en Chile y los Perfiles Sociodemográficos y Psicológicos de los Grupos con Conductas de Riesgo. Informe Final: Fase Cualitativa. Santiago de Chile.
79. MINSAL/OPS (2002) *Conversemos de Salud Sexual: Manual para el Trabajo con Equipos de Salud de Establecimientos de Atención Primaria*. Gobierno de Chile. División de Rectoría y Regulación/ División Gestión de la Red Asistencial Santiago de Chile.
80. Montecinos, S. (1996) " Identidades de Género en América Latina: mestizajes, sacrificios y simultaneidades" Rev. Persona y Sociedad: Ilades.
81. Montecinos S (1998) *Concepto de Género y Desarrollo*. Santiago: Programa Género y Desarrollo. Universidad de Chile.
82. Muñoz, F.; Castro, F.; Salinas, I.; Cid, G.; Ramírez, N. & Ruiz, M. (2003) *Trabajo Sexual Masculino Hombres Más Allá de lo Casual*. Editado por CES/MUMS, con apoyo de CONASIDA y la SEREMI de Salud de la R.M., Santiago de Chile.
83. Muñoz F (2003) Identidades Homobisexuales Fragmentadas. Dialogo hacia la construcción de sentidos. Texto inedito.
84. Núñez, G. (1994) "Sexo entre Varones: Poder y Resistencia en el Campo Sexual." Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Autónoma de México: Miguel Angel Porrua.
85. Ojeda, A. (2001) Adulto Mayor y Orientación Sexual: Perfil Sociocultural del Hombre Adulto Mayor de Clase Media con Orientación Homosexual. Estudio Exploratorio de Identidad tesis presentada para obtener el grado de Magister en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
86. Olabuénaga, J. (2003) *Metodología de Investigación Cualitativa*. Tercera Edición, Universidad de Deusto, Bilbao.
87. ONUSIDA (sin fecha) *Grupos De Mayor Vulnerabilidad*. Extraído el 16 de Junio de 2004 de <<http://www.onusida.org.co/vulnerabilidad.htm>>
88. Organización de las Naciones Unidas - Organización Mundial de la Salud (2002) Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. Extraído el 17 de mayo de 2004 de <http://www.onusida.or.co/>
89. Pérez, G. (1994) *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Volumen I: Métodos, Editorial La Muralla, Madrid.
90. Prevention Definition. John Hopkins AIDS Service (sin año) Extraído el 19 de mayo de 2004 de: www.hopkins-aids.edu/prevention/prevention1.html <<http://www.hopkins-aids.edu/prevention/prevention1.html>>
91. Puleo, A. (1992) Dialéctica de la Sexualidad. Género y sexo en la filosofía contemporánea. Colección Feminismos. Ediciones Cátedra. Madrid.

92. Quitogay: Revista en línea de la Comunidad GLBTT del Ecuador (2004) *Gaycionario: el manual de las diversidades sexuales*. Extraído el 17 de mayo de 2004 de: <<http://quitogay.net/gaycionario/gaycionario.htm>>
93. Rajevic, P (2002) "Goces privados, Públicos Castigos". En: *Cuerpo y Sexualidad*. Francisco Vidal y Carla Donoso editores. Universidad ARCIS, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH (VIVO POSITIVO). Lom Ediciones, Santiago de Chile.
94. Reich, W. (1985) *La Revolución Sexual. Para una Estructura de Carácter Autónoma del Hombre*. Ed. Planeta de Agostini. Barcelona.
95. Riffo, H. & Veloso., A. (2004) *Invisibilidad e Identidad Forzada: Emplazamientos Discursivos en dos Organizaciones que Trabajan con Minorías Sexuales: Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) y El Salón de las Preciosas (Trabajo y Estudios Lésbicos)*. Tesis para optar al Grado académico de Licenciado en Psicología y Título de Psicólogo. Universidad Bolivariana, Escuela de Psicología, Santiago.
96. Rodríguez G. & García E. (1998) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. (Sin Fuente)
97. Rubin, G. (1989) "Reflexionando sobre sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". En: Carol Vance (comp.) *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Ed. Revolución. Madrid.
98. Ruiz, M. (1997) *Preservativo Masculino: Hoje, Mais Necessário Do Que Nunca!* Ministerio de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília
99. Sánchez, C & Ruiz, M. (2000) *La Identidad Sexual y de Género en Nuevo Siglo o La Identidad Sexual Como Fenómeno de Integración Social y Política Hacia Cambios Culturales*. Extraído el 16 de Junio de 2004 de: <<http://www.subversion.uchile.cl/Docs/Mums.doc>>
100. Sgombich, X.; Souteyrand, Y.; Bahamondes, L.; Cid, C.; Labrin, M. & Damianovic, N. (2003) *El Proceso de Expansión de Acceso a Tratamientos Antiretroviral es en Chile: Una Aproximación Interdisciplinaria*. Informe de Resultados de la Iniciativa ONUSIDA CONASIDA de Acceso a Fármacos. Grupo NOUS, Gobierno de Chile, Santiago.
101. Sharim, D & Silva, U. (1996). *Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad*. Ediciones SUR. Santiago.
102. Streefland, P. *Epidemics and Social Change*. (S/f)
103. Trabajadores Digital (2004). *Los Jóvenes de Hoy, ¿Generación SIDA?* Extraído el 16 de junio de 2004 de: <http://www.trabajadores.cubaweb.cu/fijos/salud/sexualidad/textos/los_jovenes.htm>
104. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research on Human Reproduction. (sin año) *The Female Condom: A Review*. Geneva: World Health Organization.
105. UNILATEX (2004) *La Historia del Preservativo*. Extraído el 17 de mayo de 2004 de: <http://www.unilatex.com/historia-preservativo.htm>
106. Vance, C. (1991) "Anthropology Rediscovered Sexuality: a Theoretical Comment". s/f

107. Vidal, F.; Zorrilla, S. , Donoso, C. Hevia, A. & Pascal, R. (2002) *Situaciones de Discriminación que Afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile*. Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH (VIVO POSITIVO) y Centro de Investigación en Bioética y Salud Pública (CIBISAP), Lom Ediciones, Santiago de Chile.
108. Vidal, F (2002) "Sexualidad y Modernidad en Chile una relación espúrea". En: *Cuerpo y Sexualidad*. Francisco Vidal y Carla Donoso editores. Universidad ARCIS, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH (VIVO POSITIVO). Lom Ediciones, Santiago de Chile.
109. Vitar, M (1997) *La constitución del sujeto femenino en la obra de Celia Amorós*. En Construyendo Saberes. VI Seminario Interdisciplinario de Estudios de Género
110. Weeks, J (1995) Los valores sexuales en la era del SIDA en: debate feminista, abril 1995. pp 157-182.

XV ANEXOS

CATASTRO DE FUENTES BIBLIOGRAFICAS

Autor: Abarca Humberto	Ubicación: CEDOC MUMS	
Título: Entre Apolo Y Dionisos: Masculinidad en el Discurso Homosexual Urbano, Clase Media-Baja Y Baja	Cota	
<i>Tesis optar titulo sociólogo</i>	Año. . 1995	

Autor Abarca Oscar; Letcher Reimond	Ubicación Universidad Bolivariana	
Título Análisis del discurso masculino en adultos jóvenes con estudios superiores de al región metropolitana.	Cota Tub , psi, all 8 a	
Tesis	Año 2003	

Autor Abraham Claudia , Bobadilla Paola	Ubicación Universidad ARCIS, Casa Central Huérfanos 1710 Biblioteca	
Título Historia de la lucha homosexual en Chile . Reportajes de investigación "mes de la patria Gay"	Cota T/PE/ABR/2001	
Tesis	Septiembre 2000	

Autor: ASICAL y El Proyecto POLÍTICAS.	Ubicación: CEDOC MUMS.	
Título De Incidencia Política en VIH/SIDA Hombres Gay y otros HSH.	Cota	
	Año. 2003	

Autor: <i>Badinter Elisabeth</i>	Ubicación: Universidad Diego Portales. Escuela de Psicología	
Título: XY: La identidad masculina	Cota CEG 155.33 b136	
Tesis Madrid Alianza 254 paginas 1ª edición	Año 1993	

Autor:	Ubicación: . Universidad Diego
---------------	---------------------------------------

Barrientos Jaime	Portales Escuela de Psicología. <i>Santiago Chile.</i>
Título. Representaciones Sociales del SIDA: Estudio exploratorio sobre una Muestra de Funcionarios de Salud del Servicio Metropolitano Sur de Santiago.	Cota TES UDP 1996 B 276
Tesis para optar al título de Psicólogo.	Año. 1996

Autor: Becerra Marco , Bresler Judith y Navarrete Soledad.	Ubicación: CEDOC MUMS.
Título. Homosexualidad: De Lo INDIVIDUAL A LO COLECTIVO.	Cota
<i>Tesis para optar al Título de Asistente Social</i>	Año. 1998

Autor: Bonança Paulo	Ubicación: CEDOC MUMS
Título. El VIH/SIDA entre los Homosexuales. El Relato de la Confesión de la Seropositividad al Interior de la Familia	Cota
Tesis para Grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo. U. Bolivariana	Año.. 2001

Autor: Bucarey Gabriela, Delgado Ivonne	Ubicación: CEDOC MUMS
Título: Coming Out en Hombres Homosexuales en Santiago: Existir entre lo Público y lo Privado.	Cota
Tesis	Año 2000.

Autor: Daigre María L. , Olivares Pedro, Pezoa, Franklin Marcela.	Ubicación: CEDOC MUMS.
Título. Sistema de Información de Respuestas Nacionales contra el VIH/SIDA indicadores Financieros	Cota
	Año 1999- 2000

Autor: Cabrera Mariana , Campuzano , Loreto Escobedo, Garrido Ana, Norambuena Pablo y Gutiérrez Omar .	Ubicación: CEDOC MUMS.
--	-------------------------------

Título. Una Aproximación de algunas Posturas sociales Hacia Los homosexuales, desde Ambitos Influyentes en Chile	Cota
	Año 1996

Autor Delgado Patricia	Ubicación Universidad Humanismo Cristiano
Título Cambio Social, Mujer y V.I.H / SIDA	Cota Ttraso 103
Tesis	Año 2004

Autor Díaz Ana M, Rodríguez Marcela	Ubicación Universidad ARCIS Sede Libertad, Erasmo Escala 2728, Biblioteca.
Título Discriminación laboral Gay: Una aproximación a los significados que prevalecen en el discurso homosexual	Cota T/TS/DIA/2000
Tesis	Año 2000

Autor: Freda Rafael, Duran Javier, Quast Alberto y Vásquez Eduardo.	Ubicación: CEDOC MUMS.
Título. Informe Diagnostico de la Epidemia VIH entre Hombres que hacen Sexo con Hombres en Argentina	Cota
Informe	Año. 1999

Autor Fuentes Maria E., Quezada zenalda; Vaccaro Eva	Ubicación Universidad Humanismo Cristiano
Título Cuerpo sexuado, lectura de los femenino: en algunas mujeres adolescentes que estudian en la comuna de Santiago.	Cota TPsico
Tesis	Año 2004

Autor: Fundación Margen de Apoyo y Promoción de la Mujer	Ubicación: CEDOC MUMS
Título Estudio Diagnostico. Percepción de riesgo Del VIH/SIDA en hombres clientes de sexo comercial	Cota

femenino adulto en locales Topless de la comuna de Santiago Centro	
<i>Auspicio de Conasida – MINSAL.</i>	Año. Santiago 2002 – 2003
Autor: García Enrique.	Ubicación: <i>Universidad Diego Portales. Escuela de Psicología</i>
Título SIDA: Apoyos en el entorno personal , familiar y laboral	Cota CUN 616.979. g 216
<i>Tesis</i>	Año. 1993
Autor: Gazitua Maria T.	Ubicación: <i>Universidad Diego Portales. Escuela de Psicología</i>
Título Los que llegaron tarde a todo: Estudio descriptivo asociativo de la calidad de atención. Los sentimientos , la información y las conductas, implicadas en la situación del examen de VIH/SIDA, en seis hospitales del servicio de salud publico y seis clínicas privadas de Santiago de Chile	Cota TES udp 1994 g289 q
<i>Tesis</i>	Año. 1994
Autor Gómez Alejandra	Ubicación Universidad Bolivariana
Título Mujeres Con V.I.H /SIDA : El impacto psicosocial de un diagnóstico.	Cota tub,Psi,G643m
<i>Tesis</i>	Año 2003
Autor Gómez Verónica	Ubicación Universidad Humanismo Cristiano
Título SIDA y trabajo social una propuesta de intervención bajo lineamientos de un gobierno local	Cota Ttraso 86
<i>Tesis</i>	Año 2002
Autor González Patricio	Ubicación Universidad Humanismo Cristiano
Título Construcción discursiva de la identidad de género al interior del movimiento unificado de minorías sexuales	Cota Tantr 17

M.U.M.S	
Tesis	Año 2002

Autor: Henry Ardilla, Jeffrey Satont, Luis Gauthier	Ubicación: CEDOC MUMS
Título Estrategias y Lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH	Cota
<i>ONUSIDA Liga Colombiana de Lucha contra el Sida</i>	Año. Bogotá 1999

Autor: Herrera Florencia	Ubicación: CEDOC MUMS
Título: Construir Familia: La Perspectiva de Gays y Lesbianas.	Cota
Tesina para Diploma de Estudios Avanzados	Año. Barcelona , Junio 2002.

Autor: Izazola José A.	Ubicación: CEDOC MUMS
Título. El Sida en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria.	Cota
Auspicio de Conasida – MINSAL	Año. Ginebra – Suiza 1998

Autor Lagos Rodrigo	Ubicación Universidad Humanismo Cristiano
Título El sentido de la acción de los jóvenes ejecutores de proyectos de prevención del V.I.H/SIDA residentes en la comuna de Recoleta	Cota Tsococ54
Tesis	Año: 2002

Autor: Masters Williams	Ubicación: . Universidad Diego Portales.Escuela de Psicología
Título. El Sexo En Los Tiempos Del SIDA	Cota

Documento de Trabajo	Año 1996
----------------------	-----------------

Autor: McNeill John J	Ubicación: CEDOC MUMS
Título. La Iglesia Ante La Homosexualidad	Cota
	Año. 1976

Autor Montecinos Erika	Ubicación Universidad ARCIS, Casa Central Huérfanos 1710 Biblioteca
Título Discursos periodísticos sobre la homosexualidad en la prensa chilena	Cota T/PE/MON/98
Tesis	Año 1998

Autor: Movimiento Homosexual de Lima	Ubicación: CEDOC MUMS
Título. ¿Jugando a la Ruleta Rusa? Investigación respecto a los Hábitos y actitudes en el uso del Preservativo.	Cota
estudio	Año. Lima , Junio de 1993

Autor: Ministerio da Saude. Secretaria de Asistencia a Saude. Programa Nacional de DST/AIDS.	Ubicación: CEDOC MUMS
Título. PRESERVATIVO MASCULINO. Hoje, mais necesario de que nunca	Cota
	Año Brasilia - Brasil 1997

Autor: MUMS.	Ubicación: CEDOC MUMS
Título: Percepción de Riesgo y Población Travesti una Aproximación Reveladora	Cota
Cuadernillo Travesti	Año. 2002.

Autor: MUMS.	Ubicación: CEDOC MUMS
------------------------	------------------------------

Título. Trabajo Sexual Masculino, Hombre más allá de lo Casual	Cota	Año.. Marzo 2003.
Autor: MUMS.	Ubicación: CEDOC MUMS	
Título. Cuadernillo N° 1 Prevención Primaria del VIH/SIDA	Cota	Año 2001
Cuadernillo		
Autor: MUMS.	Ubicación: CEDOC MUMS.	
Título. Cuadernillo N° 2 Sexualidad Género y otras Cosas.	Cota	Año 2001
Documento de trabajo		
Autor: Nicolás Jean	Ubicación: CEDOC MUMS	
Título. La Cuestión Homosexual.	Cota	Año. Primera edición 1978 . Barcelona España
Autor: Ojeda Alejandra	Ubicación: Biblioteca de Ciencias sociales , U.de Chile	
Título. Cuadernillo N° 1 Prevención Primaria del VIH/SIDA	Cota Mag Antrop.039 C2	Año 2001
Tesis Para optar al grado de Magíster en Antropología y desarrollo.		
Autor: Perlongher Néstor	Ubicación: CEDOC MUMS	
Título. La Prostitución Masculina	Cota	Año. 1993 Venezuela.
Autor: Riffo Helen, Veloso Alicia	Ubicación: CEDOC MUMS.	
Título Invisibilidad e Identidad Forzada.	Cota	

Tesis para optar al título de Psicólogo.	Año. Febrero 2004
--	--------------------------

Autor Robles Víctor	Ubicación Universidad ARCIS, Casa Central Huérfanos 1710 Biblioteca
Título Historia política del movimiento homosexual	Cota T/PE/ROB/2000
Tesis	Año 2000

Autor: Roemer Andrés	Ubicación: CEDOC MUMS.
Título. . Sexualidad, Derecho y Política Pública.	Cota
	Año 1998

Autor: Rossetti Josefina	Ubicación: CEDOC MUMS.
Título. Sexualidad Adolescente Un desafío para la Sociedad Chilena.	Cota
	Año 1997.

Autor: Ruitenbeek Hendrik	Ubicación: Universidad Diego Portales. Escuela de Psicología
Título. La homosexualidad en la sociedad moderna	Cota CUN 306.766 r934
Documento de trabajo	Año 1973

Autor: Sepulveda Jaime.	Ubicación: Universidad Diego
-----------------------------------	-------------------------------------

	<i>Portales.Escuela de Psicología</i>	
Título. SIDA: Su prevención a través de la educación , una perspectiva mundial	Cota <i>CUN 616.979.g216</i>	
Documento de trabajo	Año 1992	
Autor: Vidal Francisco, Donoso Carla.	Ubicación: <i>CEDOC MUMS</i>	
Título: Cuerpo y sexualidad.	Cota	
<i>FLACSO _ Chile; Universidad ARCIS; VIVO POSITIVO</i>	Año. 2002.	
Autor: Vidal Francisco, Zorrilla Sergio , Donoso Carla, Hevia Adriana y Pascal Rodrigo	Ubicación: <i>CEDOC MUMS.</i>	
Título. Situaciones de Discriminación que Afectan a las Personas Viviendo con el VIH/SIDA en Chile	Cota	
	Noviembre de 2002	

MAPEO DE PROYECTOS

A continuación se entrega la información correspondiente a los proyectos de intervención e investigación acción, ejecutados por SIDACCION (ex CCHPs) y el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales en los períodos 1990 – 1998. Esta información es complementaria con la información recolectada en el proceso de sistematización de los proyectos con Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) del período 1998- 2002 que realizó CONASIDA.

La información recopilada constó básicamente del nombre del proyecto la organización ejecutora, el período de ejecución y en algunos casos, la fuente de financiamiento. En los casos en que fue posible obtener información adicional de los registros, como por ejemplo los objetivos del proyecto, ésta es incluida.

PROYECTOS EJECUTADOS POR SIDACCION (CCHPs)

1) Nombre del Proyecto: Imagen corporativa: promoción de servicios institucionales. Tríptico de la corporación chilena de prevención del SIDA.
Período de Ejecución: Enero de 1998 – Marzo de 2001

2) Nombre del Proyecto: Orientación para la intervención en Trabajadores Sexuales
Período de Ejecución: 1998
Objetivo: Capacitar monitores en prevención del VIH/SIDA, para desarrollar actividades educativas con hombres que se dedican al comercio sexual.

3) Nombre del Proyecto: Intervención en reclusos viviendo con VIH/SIDA, sus familiares y gendarmes.
Período de Ejecución: Octubre de 1997 – Septiembre de 1998.

4) Nombre del Proyecto: Campaña Educativa para la Reducción de la Transmisión de ETS y VIH/SIDA entre Hombres con Conducta Homosexual.
Período de Ejecución: 1996 – 1997
Financiamiento: Ministerio de Salud

5) Nombre del Proyecto: Investigación de Poblaciones y Culturas Homo Bisexuales entre Hombres de Santiago
Período de ejecución: 1995 y 1996
Financiamiento: Fundación Ford

6) Nombre del proyecto: Formación de Animadores Comunitarios. (DIAKONÍA)
Período de Ejecución: 1993 – 1994 – 1995 – 1996

7) Nombre del Proyecto: Estrategias de Prevención Integrales para Hombres Homo/bisexuales de la región Metropolitana
Período de Ejecución: 1995-1996
Financiamiento: Red Hot Aids Charitable Trust

8) Nombre del Proyecto: Seminario, talleres, Movilización y Reuniones Regionales de Trabajo de la Comunidad y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA.
Período de Ejecución: 1995
Financiamiento: AIDSCAP

9) Nombre del Proyecto: Elaboración de arpilleras como material educativo para la promoción de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA.
Período de Ejecución: Junio de 1995 – Diciembre de 1995
Financiamiento: Fondo de Apoyo a Iniciativas Culturales Regionales. Secretaría de Comunicación y Cultura. Ministerio Secretaría General de Gobierno

10) Nombre del Proyecto: Galerías Culturales: Una Muestra Artística

Comunitaria desde el VIH/SIDA en el año internacional de la Tolerancia y la No – Discriminación en dos comunas de la región Metropolitana Período de Ejecución: 1995 Financiamiento: Fondo de Apoyo a Iniciativas Culturales Regionales. Secretaría de Comunicación y Cultura. Ministerio Secretaría General de Gobierno
11) Nombre del Proyecto: Intervención educativa a través de talleres de sexo mas seguro para hombres gay de Santiago y otras regiones. Período de Ejecución: 1992 – 1994
12) Nombre del Proyecto: Elaboración de arpilleras como material educativo para la promoción de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Período de ejecución: Junio de 1993 – Marzo de 1994
13) Nombre del proyecto: Talleres de Sexo más seguro. Período de Ejecución: años 1992 – 1993 - 1994 Financiamiento: OPS/ CONASIDA
14) Nombre del proyecto: Sistematización y Desarrollo del trabajo voluntario para la Reducción de Infección por VIH. (Misereor) Período de Ejecución: 1994
15) Nombre del proyecto: Elaboración de un teatro de títeres para la diseminación de la información sobre el VIH/SIDA. (Colectivo de Atención Primaria) Período de Ejecución: 1993
16) Nombre del proyecto: Diagnóstico de la Actividad Homosexual en Lugares Públicos para el Diseño de una Intervención de Prevención de ETS y SIDA. (Colectivo de Atención Primaria) Período de Ejecución: año 1993
17) Nombre del Proyecto: Seminario SIDA y Acción Comunitaria I y II (PANOS Institute) Período de Ejecución: 1991

PROYECTOS EJECUTADOS POR EL MOVIMIENTO UNIFICADO DE MINORIAS SEXUALES (CES)

- 1) Nombre del Proyecto:** Estrategia integral sobre derechos ciudadanos y prevención del SIDA en la comunidad homosexual no organizada de cinco ciudades del país
Período de Ejecución: 1998
Organismos Ejecutores: MUMS – Centro Lambda
Financiamiento: Embajada Países Bajos
- 2) Nombre del Proyecto:** Cápsulas de Prevención del VIH/SIDA, en programa radial “Triángulo Abierto”
Período de Ejecución: 1996
Organismo ejecutor: MUMS
Financiamiento: Conasida

