

“La solución es la tijera”: Experiencia de intervención para la prevención del VIH dirigido a mujeres homosexuales de Cali, Colombia^{1*}

Mesa N° 8 Experiencias, aprendizajes y reflexiones sobre la protección, promoción y ejercicio de los derechos de las infancias y juventudes en América Latina y el Caribe

Diana Marcela Palma García²; Linda Teresa Orcasita Pineda

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Introducción

En América Latina y el Caribe, la población joven de 10 a 24 años representa el 30% del total de la población total. Actualmente, el 40% de las personas que conviven con el VIH pertenecen a personas jóvenes entre los 15 y 24 años (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2013). Diariamente, se reportan 2.400 nuevos casos de VIH en esta población y las mujeres constituyen el 50% de la población afectada a nivel mundial. Estos datos sugieren que la epidemia ha aumentado sus cifras en la población joven y femenina. Específicamente en Colombia, se desarrollan acciones para reducir la transmisión del virus y se tiene como prioridad abordar la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, diferencial, de género y de ciclo de vida, según el Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Sin embargo, no se encuentran iniciativas en términos de políticas públicas e intervenciones dirigidas hacia las mujeres homosexuales en Colombia, en relación con la problemática del VIH.

En el año 2011, UNAIDS (2011) declaró que la razón por la cual las mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero y otras MSM no son incluidas dentro de los programas de prevención y protección frente al VIH/Sida se debe a la baja percepción del riesgo de transmisión en esa población, así como prejuicios de género y heteronormatividad. Esto ha generado que existan

¹ Trabajo derivado del proyecto Tramas de Acción y de Sentido de las Prácticas Preventivas frente al VIH/Sida en jóvenes universitarios de Cali-Colombia. Código del proyecto 125156935126

² Correspondencia: dmpalma@javerianacali.edu.co

dificultades de acceso a la información en esta población acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las formas de prevención (Sandfort, Baumann, Matebeni, Reddy y Southey, 2013) aunque las probabilidades de transmisión de ellas no sean significativamente menores a las de otras prácticas sexuales (UNAIDS, 2011).

Investigaciones previas que han estudiado las prácticas sexuales de las mujeres homosexuales en relación al VIH/Sida evidencian que las mujeres homosexuales realizan estas prácticas sin conocer que se están exponiendo al riesgo (Dolan y Davis, 2003). Lo anterior, se suma a un vacío importante en la población alrededor de los conocimientos de las prácticas sexuales de riesgo y de las prácticas preventivas que también ha sido identificado por distintos autores a nivel mundial y latinoamericano (Bauer y Welles, 2001; Lindley, Nicholson, Kerby y Lu, 2003; Matarazzo, Coffey y Bingham, 2005; Mora y Monteiro, 2010; Pinto, 2004)

Tal como señalan Herrera y Campero (2002) entre el individuo y la sociedad existen condiciones que generan vulnerabilidad en ciertas poblaciones. Estos autores proponen que las condiciones sociales estructurales de desigualdad social son el principal factor de vulnerabilidad para las mujeres en relación a la epidemia del VIH y que esa vulnerabilidad es de carácter biológico, epidemiológico, social y cultural (Herrera y Campero, 2002). Es decir, que se también se relacionan con de acceso a la educación y a la salud (Orcasita, Palma y Munévar, 2013). Desde lo anterior, se evidencia que la inclusión de las mujeres homosexuales en las agendas de intervención y prevención del VIH/Sida es un asunto prioritario a nivel mundial que se relaciona, indiscutiblemente con la garantía de los derechos humanos. Especialmente en Colombia, en donde según Jaime (2013) el tema ni siquiera aparece en el debate público. la salud sexual y reproductiva de las mujeres homosexuales a nivel nacional y mundial.

Es por esta razón que el presente artículo presenta una propuesta piloto de intervención que tuvo como objetivo general generar estrategias de autocuidado para la prevención del VIH en mujeres homosexuales de Cali, Colombia. Teniendo en cuenta la necesidad diseñar intervenciones que se apoyen en un abordaje cualitativo para escuchar las voces y significados que las personas le otorgan a sus sexualidad y a sus prácticas sexuales, así como la urgencia de crear intervenciones ajustadas a las necesidades y características particulares de la población mencionada (Palma, Munévar y Orcasita, 2014).

Metodología

El programa de intervención “La Solución es la TIJERA”: I taller para la prevención de VIH dirigido a mujeres homosexuales” se desarrolló a través de tres sesiones encaminadas a: (a) permitir que las mujeres identificaran qué tan en riesgo se percibían y sus conocimientos en relación al VIH; (b) promover el conocimiento de las prácticas sexuales de riesgo y preventivas frente al VIH atravesado por un discurso que reconocía el placer y el erotismo en el ejercicio de la sexualidad; y (c) facilitar estrategias para la negociación en pareja y el reconocimiento de las personas e instituciones a las que se puede acudir para la atención en salud. Además, se incluyeron metodologías y actividades participativas en donde el participante tiene la posibilidad de expresarse, de construir, de reflexionar sobre su propio proceso en la intervención.

En este programa participaron 12 mujeres entre los 18 y los 24 años que adelantaban sus estudios en tres universidades de la ciudad de Cali, Colombia. Estas tres universidades presentan entornos con características sociales y culturales diversas. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico y la estrategia de contacto fue por bola de nieve, dadas las características de la población (Estrada y Vargas, 2011)

Resultados y Reflexiones

Sesión 1: ¿VIH? esto no tiene que ver conmigo: percepción de riesgo, estereotipos y creencias.

Se encontró que la percepción del riesgo de las participantes estaba atravesada por tres ideas principales: (a) invulnerabilidad percibida, es decir, que algunas percibían que no estaban en riesgo por el hecho de ser mujeres homosexuales y no tener relaciones sexuales con hombres, (b) la concepción de pareja única y exclusividad, es decir, que no se percibían en riesgo porque tenían una pareja estable en la que se había creado un lazo de confianza, (c) el desconocimiento de formas de transmisión del VIH en parejas homosexuales femeninas. Estas características de la percepción de riesgo ha sido ya descrita por Richardson (2000) y Palma et al. (2014) siendo este uno de los ejes principales en los que debe centrarse la intervención frente al VIH en mujeres homosexuales, desde la comprensión de que esta percepción está conformada por conocimientos, estereotipos y actitudes que son constituidos a lo largo de la vida y en interacción con los otros (pares, amigos, familia, prestadores de servicios en salud).

Durante las conversaciones grupales que surgieron a lo largo del taller, se reflexionó acerca de los estereotipos que las participantes tenían alrededor del VIH, como por ejemplo, asociar el diagnóstico únicamente a personas promiscuas, a personas con poca higiene, hombres homosexuales o que no es posible adquirirlo en la primera relación sexual. También, se encontraron estereotipos relacionados con el género, por ejemplo, se encontró una imagen altamente estereotipada acerca del rol de género masculino

En relación a los conocimientos, se encontraron creencias erróneas en relación al VIH, por ejemplo, existía la idea de que el VIH podía ser transmitido por medio de relaciones zoofílicas o por medio de la picadura de zancudos o mosquitos. Además, existía la creencia errónea de que el SIDA correspondía a una manera de denominar a aquellas personas que habían adquirido el VIH mediante transmisión vertical.

Todo lo trabajado en esta primera sesión señala la importancia de fortalecer los conocimientos frente al VIH en la población, no solamente en temas específicos como las prácticas sexuales de riesgo desde su orientación sexual sino desde las generalidades del virus dado que se identificó una gran falencia en este sentido. Vale la pena resaltar que, en esta población es prioritaria la sensibilización frente al tema del VIH y la prevención.

Asimismo, es necesario comprender que los conocimientos no son el único componente que se debe trabajar en la prevención del VIH sino que hay otros factores que median la vulnerabilidad y la exposición frente al mismo. Por esta razón, es necesario trabajar desde los estereotipos y las creencias porque están relacionados con mensajes que han sido escuchados e internalizado desde los medios, los pares, las familias e incluso campañas de prevención dirigidas hacia otras poblaciones (Gómez, 2007; Sevilla y Sevilla, 2004).

Se resalta, que esta primera sesión resultó vital para crear empatía y cohesión grupal entre las participantes. Esto permitió el desarrollo de las actividades de los módulos siguientes porque facilitó la expresión de sentimientos, vivencias y preocupaciones ante el grupo. Por esto, es necesario que futuras intervenciones retomem actividades que permitan crear vínculos entre las personas para movilizar, a través de esos lazos, el empoderamiento de su sexualidad, que incluye, sus prácticas sexuales y preventivas.

Sesión 2: La solución es la tijera: la relación entre el placer y las formas de cuidado mutuo.

En la segunda sesión se abordaron las prácticas de riesgo y las prácticas preventivas frente al VIH en mujeres homosexuales. Todo esto, enmarcado en una mirada que reconociera el placer y el erotismo como aspecto importante de la vivencia de la sexualidad. Las definiciones grupales de sexualidad, placer y cuidado fueron:

“una sexualidad saludable es tener una sensación de plenitud en el encuentro con el otro con responsabilidad. Conociendo mi cuerpo y sintiéndome cómoda con la expresión de mi misma”

“El placer es una sensación agradable que se alcanza a través de todos los sentidos y ocurre de manera distinta en todas las personas”

“el cuidado es protegerme a mí y a mi pareja, es reconocer mis límites, mis recursos, mis conocimientos, mis habilidades y también los de ella (pareja)”

Estas definiciones anteriores permiten evidenciar que están construidas desde un lenguaje que vela por el cuidado del otro y desde la idea de una sexualidad que trasciende la práctica sexual y se resalta su función erótica y afectiva. Por otro lado, en cuanto a los conocimientos de las prácticas sexuales se encontró desconocimiento alrededor de las formas de transmisión en una relación entre mujeres. Por esto, es importante implementar actividades que les permitan identificar las prácticas sexuales de riesgo en una relación homosexual femenina de una manera gráfica. Asimismo, en cuanto a las prácticas preventivas, las participantes concebían que el condón era de uso exclusivamente masculino y que no se ajustaba a su anatomía femenina. Sin embargo, cuando se interactuó con ellos y se les explicó la manera de usarlos en sus prácticas, la respuesta fue positiva. Señalaron que su textura y elasticidad podrían permitir que se ajustaran a las prácticas bucogenitales como un cuadrado de latex. Además, señalaron que era higiénico usarlo en los dedos para penetrar a su pareja.

Por el contrario, usar plástico de cocina y la tela de caucho para endodoncia (materiales que son sugeridos en algunas guías de prevención) como método de barrera fue valorado negativamente por que el material era muy grueso y limitaría sentir placer en las prácticas sexuales.

En ese sentido, se evidenció la necesidad de trabajar con empresas del sector privado en la creación de productos como el cuadrado de látex. De manera que sea de fácil acceso para toda

la población y permita ejercer prácticas bucogenitales sin riesgo. Además, es importante empezar a crear recursos informacionales en donde se consigne información alrededor del VIH en la población homosexual femenina, incluyendo datos alrededor de las prácticas sexuales de riesgo y las prácticas preventivas tal como lo señala UNAIDS (2011). Es importante señalar que lo trabajado y encontrado en esta sesión sugiere que es necesario realizar intervenciones desde una mirada positiva del sujeto y que aproveche y potencialice los recursos que tiene la población intervenida. Pues en este caso, se notó un gran sentido de cuidado por el otro y de higiene, esto facilitó el interés en el tema, el diálogo constante, la vinculación, desde el inicio de la intervención, de parejas interesadas en la salud sexual y reproductiva de ellas.

Un aspecto muy importante que surgió en la evaluación cualitativa de la intervención, fue encontrar que las mujeres habían valorado positivamente la oportunidad de poder hablar sobre sus vivencias, sus preocupaciones, experiencias en pareja y dudas en relación a la salud sexual, en un espacio libre del prejuicio que usualmente sienten en otros espacios de atención en salud o de la sociedad misma. Lo anterior, invita a la reflexión acerca del lenguaje con el que se construyen las intervenciones, los programas de prevención en las entidades prestadoras de servicio y las estrategias que deben utilizarse para incluir a esta población dentro de la población objetivo de intervención.

Sesión 3. Quererte es cuidarte: fortaleciendo apoyos y comunicación en pareja

En cuanto a lo encontrado alrededor de la negociación de las prácticas preventivas se encontró que estos diálogos no sucedían por que las participantes no conocían los materiales para prevenir ITS en una relación homosexual femenina.

Por otro lado, en cuanto al acceso a la salud se encontró que ninguna participante conocía instituciones o programas que trabajaran por la salud sexual de las mujeres homosexuales. Se encontró que las mujeres habían recibido atenciones enmarcadas desde una concepción heteronormativa de la sexualidad y en las que la comunicación entre el prestador de servicio y ellas no era bidireccional. El siguiente relato expresa lo descrito anteriormente:

“pues primero el rechazo digamos o la sorpresa del prestador de servicio de salud ante la realidad de que uno es gay entonces es primero eso y segundo digamos la ignorancia que tenga la persona con relación al tema o lo que yo estoy consultando porque es que yo siento que igual

así hablemos de esto hay muchos profesionales de la salud que ni saben o que no les interesa decírtelo bien. Entonces una barrera sí, es ese temor”

Otro espacio en donde se reportó violencia fueron las universidades, por ejemplo, en las clases donde se generaban debates alrededor de la homosexualidad, las mujeres reportaron haber escuchado opiniones hostiles sobre su orientación sexual y en su mayoría preferían no participar en estos debates para no exponerse por miedo a ser juzgadas. Asimismo, reportaron que en los pasillos, cafeterías y clases, habían escuchado comentarios negativos sobre ellas y sus amigas por parte de otros compañeros y profesores.

Esto sugiere que es importante crear espacios para intervenir y prevenir esta violencia. Pero también, para permitir la expresión y resignificación de lo que eso significa para las personas que la viven. Ante esas situaciones de violencia, se encontró las mujeres participantes tenían miedo de no tener la capacidad de enfrentar situaciones de discriminación más “profunda” y, teniendo en cuenta que era una población de mujeres universitarias, tenían miedo del ingreso al sistema laboral. En este punto, les generaba incertidumbre no saber si debían revelar o no su orientación, cómo actuar ni qué hacer si eran discriminadas. Este tema se relaciona estrechamente con los derechos. Sin embargo, en relación a los derechos sexuales y reproductivos se encontró que las mujeres preferían no revelar su orientación sexual en los servicios de salud por temor a ser discriminadas y desconocían que era un derecho recibir una atención adecuada a su orientación sexual y recibir un buen trato tras la revelación de ella en el servicio de salud. Esto evidenció un vacío importante en relación al conocimiento de los derechos, no sólo sexuales y reproductivos sino también de los derechos fundamentales que tienen como ciudadanas.

Tras lo expuesto anteriormente se generan unas necesidades importantes que deben seguir siendo abordadas en futuros trabajos de intervención, siguiendo los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], 2009) . Por ejemplo, es prioritario trabajar el tema de derechos y construcción de ciudadanía. Esto desde un lenguaje que no genere segregación sino que sea incluyente y acorte la distancia social entre los grupos poblacionales. Desde allí, es importante mencionar que estas intervenciones no deben ser dirigidas únicamente a las personas con orientación sexual distinta a la heterosexual sino que incluyan a todas las diversidades sexuales.

Otro aspecto importante que puede ser trabajado desde los entornos universitarios es abordar esos temores que tienen los jóvenes en relación al ingreso al sistema laboral, sobre todo, aquellos que pertenecen a la comunidad LGTBI. Entonces, se debe velar por enseñar herramientas que aseguren que un efectivo ingreso al sistema laboral y un mantenimiento adecuado dentro de él. También, es prioritaria la intervención sobre la discriminación y al estigma que viven las personas que tienen una orientación distinta a la heterosexual. Este contexto es importante porque, junto con el sector de la salud, es donde más ocurren estas situaciones de violencia. En este sentido, debe acompañarse a la población que ha sido violentada pero también generar acciones dirigidas para toda la población con el objetivo de prevenir las situaciones de discriminación.

Finalmente, debe capacitarse a los profesionales de la salud, no sólo en relación a conocimientos sino en las actitudes de la atención con una perspectiva de derechos, género y ciclo vital. Todo lo anterior, debe realizarse desde una perspectiva que comprenda que, aunque la población LGTBI ha tenido una historia que los coloca en ocasiones en situaciones de vulnerabilidad, también son poblaciones que tienen unos recursos importantes en relación al cuidado, en relación al aprendizaje a través de sus vivencias particulares, en la empatía por el otro (Colombia Diversa, 2010). Estos recursos deben ser resaltados y valorados en las intervenciones para aportar bienestar individual y social:

“este programa fue importante para mí, porque me mostró que no estoy sola, que hay otros que comparten lo mismo que yo, que hay otros que se preocupan por mí, por mi salud. Fue bonito tener un espacio para hablar abiertamente de lo que me pasa con mi novia, de lo que siento, de expresarme tal como yo soy sin tener que esconderme” (Participante 10)

Referencias

American Psychological Association (2009). *Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

- Colombia Diversa (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGTB (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)*. Bogotá: Colombia Diversa.
- Bauer, G. y Welles, S. (2001). Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex with Women. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1282-1286.
- Dolan, K. y Davis, P. (2003). Nuances and Shifts in Lesbian Women's Construction of STI and HIV Vulnerability. *Social Sciences & Medicine*, 57, 25-38.
- Estrada, J. H. y Vargas, L. (2011). Invisibles y excluidos: la infección del VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres (HSM). En M. Arrivillaga y B. Useche (Eds.), *Sida y Sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (p.115-151). Bogotá: Ediciones Aurora.
- Gómez, A. (2007). Estereotipos. En J. Morales (Coord.), *Psicología social* (pp. 2013-266). Madrid: McGraw-Hill.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564
- Jaime, M. (2013). *Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública. Demandas de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Buenos Aires: CLACSO
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2011). *Woman Who Have Sex With Woman, in all their diversity: putting their needs and right on the HIV agenda. Community Innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2013). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- Matarazzo, J., Coffey, P. y Bingham, A. (2005). Sexual practices, risk perceptions and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspectives on Sexual And Reproductive Health*, 37(1), 6-12.

- Lindley, L., Nicholson, T., Kerby, M. y Lu, N. (2003). HIV/STI Associated Risk Behaviors Among Self-identified Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender College Students in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 15(5), 413-429.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública: dimensión sexualidad y derechos reproductivos*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>
- Mora, C., y Monteiro, S. (2010). Vulnerability to STIs/HIV: Sociability and the Life Trajectories of Young Women Who Have Sex with Woman in Rio de Janeiro. *Culture, Health & Sexuality*, 12(1), 115-124.
- Orcasita, L. T., Palma, D. M. y Munévar, J. (2013). Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), 63-79.
- Palma, D. M., Munévar, J. y Orcasita, L. T. (2014). Percepción de riesgo frente al VIH/Sida en mujeres homosexuales: retos y desafíos actuales desde la investigación. En E. Soriano, A. González y V. Cala (Eds.), *Retos actuales de educación y salud* (vol 2). Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Pinto V. M. (2004). *Aspectos Epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de São Paulo, Brasil.
- Richardson, D. (2000). The Social Construction of Immunity: HIV Risk Perception and Prevention Among Lesbians and Bisexual Women. *Culture, Health & Sexuality*, 2(1), 33-49.
- Sandfort, T., Baumann, L., Matebeni, Z., Reddy, V. y Southey, I. (2013). Forced Sexual Experiences as Risk Factor For Self Reported HIV Infection Among Southern African Lesbian and Bisexual Women. *Plos One*, 8(1), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0053552
- Sevilla, E. y Sevilla, T. (2004). Álgebras y tramas en el cálculo de riesgos. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 13-60.