

Serie 2007:6



“No se puede tapar el sol con un dedo por los demás”

Sexualidad y Comportamiento de Riesgo en Hombres que tienen
Sexo con Hombres (HSH), en León, Nicaragua.
Un abordaje Cualitativo.

Dr. William José Ugarte Guevara. MD.

Tesis de Maestría en Ciencias con mención en Epidemiología
Centro de Investigación en Demografía y Salud
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León
2007

“No se puede tapar el sol con un dedo por los demás”

Sexualidad y Comportamiento de Riesgo en Hombres que tienen
Sexo con Hombres (HSH), en León, Nicaragua.
Un abordaje Cualitativo.

Dr. William José Ugarte Guevara. MD.

Tesis de Maestría en Ciencias con mención en Epidemiología

Tutores:

Dra. Eliette Valladares Cardoza. MD., PhD., ObG.

Dr. Robert Dubrow. MD., PhD.



Centro de Investigación en Demografía y Salud
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León
2007

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA - LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA Y SALUD
CIDS – UNAN LEON**



**Monografía para optar al título de
MASTER EN CIENCIAS – EPIDEMIOLOGIA**

Título:

“No se puede tapar el sol con un dedo por los demás”

**Sexualidad y Comportamiento de Riesgo en Hombres que tienen Sexo
con Hombres (HSH), en León, Nicaragua.
Un abordaje Cualitativo.**

Autor: Dr. William José Ugarte Guevara. MD.

Tutores: Dra. Eliette Valladares Cardoza. MD., PhD., ObG.
Dr. Robert Dubrow. MD., PhD.

León, Enero 2010

ÍNDICE

Contenido	Pag
GLOSARIO DE TERMINOS.....	3
INTRODUCCION.....	4
ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACION.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	11
MARCO TEORICO.....	12
MATERIAL Y METODO.....	20
Tipo de estudio	20
Área de estudio	20
Población de estudio	20
Muestra y muestreo.....	20
Instrumento de recolección de datos.....	21
Recolección de la información.....	21
Procesamiento de la información y control de calidad.....	22
Análisis.....	22
Consideraciones éticas.....	23
Diseminación y utilidad de los resultados	24
Limitantes.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
ANEXOS.....	50

GLOSARIO DE TERMINOS

CAPS: Centro de Estudios para la Prevención del SIDA.

ECAP: Encuestas de Conocimiento, Actitudes, y Prácticas (Knowledge, Attitudes and Practices Surveys)

CDC: Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention)

CIDS: Centro de Investigación en Demografía y Salud.

CIRA: Centro para Investigación Interdisciplinaria sobre SIDA (Center for Interdisciplinary Research on AIDS)

CNLCSSC: Comisión de Lucha Nacional de Lucha Contra el Sida desde la Sociedad Civil.

CONSIDA: Comisión Nicaragüense del Sida.

DSM-IV: Manual de Diagnóstico y Estadísticas sobre Desordenes Mentales (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders).

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

HSH: Hombre que tiene Sexo con otro Hombre (Men who have Sex with others Men)

Ixchen: Organismo No Gubernamental que trabaja el tema de la salud sexual y reproductiva. Tiene experiencia en trabajo con HSH sobre todo en lo que respecta a la prevención del VIH y promoción de prácticas sexuales seguras.

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud (World Health Organization)

ONG: Organización No Gubernamental.

ONUSIDA: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA.

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences).

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana (Human Immunodeficiency Virus).

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con ONUSIDA el termino “Hombre que tiene sexo con Hombre” describe un comportamiento mas que a un grupo de personas, eso incluye a hombres identificados así mismos como homosexuales, bisexuales o heterosexuales que en su mayoría no se consideran a si mismos como homosexuales o bisexuales. Numerosos estudios han demostrado amplia evidencia de que el sexo entre hombres ocurre en la mayoría de las sociedades y que es comúnmente estigmatizado [1, 2]. Frecuentemente el sexo entre hombres involucra el sexo anal. El sexo anal sin protección trae consigo un alto riesgo de transmisión del virus del Sida, especialmente para el compañero receptor, y un riesgo significativamente menor para el compañero penetrador. Además, el compañero que juega el rol pasivo esta más expuesto a estigma y discriminación. [3-5]

Recientemente varios estudios han demostrado otros factores de riesgo relacionados a una mayor susceptibilidad de infectarse por VIH, tales como el uso de drogas y el tener múltiples parejas sexuales [6-8]. Más aún, los HSH con antecedente de abuso sexual durante la niñez han mostrado mayor riesgo de contraer VIH (relaciones sexuales no seguras, abuso de drogas) o de presentar otros resultados negativos en salud como intentos de suicidio [9, 10]. La experiencia de abuso sexual durante la niñez ha sido reportada mayormente en HSH latinos que HSH no latinos. [9]

Muchos países en Latinoamérica tienen sub-registros en relación a la epidemia del VIH y carecen de programas dirigidos a la población de HSH [11, 12]. El monitoreo de la epidemia del VIH en Latinoamérica se basa usualmente en estudios repetidos de prevalencia de VIH en poblaciones específicas, generalmente poblaciones de alto riesgo, y los sistemas de información de país consisten en un reporte de los casos de VIH y Sida que se atienden en los servicios de salud con la descripción de sus características epidemiológicas. [11]

Tomando a los países como unidades de comparación, una pieza clave de la respuesta social a la epidemia del VIH ha sido la importancia relativa que en cada contexto se ha dado a la situación específica de la epidemia entre HSH.

Consecuentemente, los países de América del Sur y México han demostrado una mayor respuesta comparado con Centro América y el Caribe [4]. La falta de conocimiento y de conciencia sobre los riesgos de las relaciones sexuales entre hombres, además la estigmatización y la discriminación son fuertes obstáculos para el trabajo preventivo en VIH. [2, 5, 13-16]

En Nicaragua como en muchos países Latinoamericanos una gran proporción de HSH, tiene además sexo con mujeres y no se identifican a si mismos ni como Homosexual, ni como Bisexual, representando una importante fuente de transmisión para las mujeres [1, 17]. Los mensajes sobre VIH y SIDA dirigidos a los HSH son elaborados inadecuadamente para alcanzar a estos hombres, quienes pueden tener mayor dificultad para adquirir conocimientos acerca del Sida y practicar relaciones sexuales seguras. [18]

El presente estudio esta dirigido a profundizar en la sexualidad y las prácticas sexuales de Hombres que tienen sexo con Hombres en el departamento de León, en el contexto social y cultural, y además determinar los factores de riesgos relacionados a las relaciones sexuales sin protección.

ANTECEDENTES

Antecedentes Históricos de la Homosexualidad [19]:

- La Homosexualidad en la Grecia Antigua era practicada sobre todo en las clases intelectuales y dominantes. En Roma, los jóvenes (esclavos en general) eran objeto de gran demanda con fines homosexuales.
- De acuerdo a descripciones en el Antiguo Testamento, inspirador en gran parte de las ideas del cristianismo sobre el tema, todas las manifestaciones homosexuales fueron consideradas como indeseables, sucias y como residuos del despreciable paganismo anterior.
- En los primeros años del cristianismo, no se sancionó con fuertes penas ni castigo a muerte a los que cometían sodomía o las adúlteras; sin embargo, con el establecimiento del cristianismo, el emperador romano Justiniano (482-565 D.C.) castigó la homosexualidad y el adulterio con la muerte.

- La Alta Edad Media fue relativamente tolerante con la homosexualidad; sin embargo, en la Baja Edad Media, la dureza contra la homosexualidad fue ejemplar.
- La Santa Inquisición dictó, en la época de los Reyes Católicos leyes en contra de los practicantes de Sodomía y la Bestialidad, calificándolos de herejes y criminales, siendo merecedores de las mayores penas posibles.
- En el Renacimiento, la homosexualidad se extendió ampliamente en las ciudades renacentistas italianas.
- En el siglo XVII, la homosexualidad empezó a ser considerada como un delito cometido por “dementes y pecadores”.
- En el siglo XVIII, pregonó la libertad sexual y un culto al hedonismo exacerbado, pero solo para la nobleza, ya que se publicaron leyes y decretos para moderar la vida del pueblo. En la América colonial, inicialmente los homosexuales eran ajusticiados, pero para mediados de siglo era frecuente enviarlos a prisión para que expiaran sus culpas.
- En el siglo XIX, se marca un hito del devenir homosexual. Un médico húngaro llamado Benkert defiende el comportamiento homosexual. Siendo la primera vez que la medicina se ponía a favor de la homosexualidad, aunque en algunas consideraciones de otros autores ya la habían introducido entre las enfermedades Psiquiátricas.
- En 1897, se formó en Alemania la primera organización en la historia en pro de la liberación Homosexual llamada Comité Científico y Humanitario de carácter reformista. Sin embargo, este primer movimiento quedó exterminado entre 1933 y 1935 por los nazis en Alemania y por los estalinistas en la Unión Soviética.
- A finales de la década de los sesenta, la prestigiosa “American Psychiatric Association” no borró de su lista de enfermedades psíquicas a la homosexualidad, que la medicina y concretamente la psiquiatría, retiró oficialmente de sus estudios sobre patología mental y homosexualidad. A pesar de ello siguen en otras esferas médicas.
- En 1969 en Estado Unidos, por primera vez en la historia, los homosexuales a través de confrontaciones con las autoridades y de todo tipo de demostraciones

se expresan públicamente. Extendiéndose a todo el continente e incluso a Europa.

Antecedentes científicos que establecen la relación entre el comportamiento Homosexual y comportamiento de riesgo:

Muchos estudios han documentado la situación entre los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y la infección del VIH desde los inicios de la epidemia del SIDA. Los primeros casos de SIDA identificados fueron entre hombres homosexuales saludables residentes de California, Estados Unidos, en el período del primero de Junio al doce de Abril de 1982, en el momento en que el agente infeccioso no había sido todavía identificado; había sido relacionado a una inmunodeficiencia celular adquirida que apareció en estos pacientes. [20]

En la mayoría de los países desarrollados y en algunos países en desarrollo tales como Indonesia, las Filipinas y México, los primeros casos detectados de VIH y SIDA ocurrieron en HSH. [1]

Actualmente, luego de la disminución de los índices de infección de VIH en los Estados Unidos de América entre HSH, a fines de los años 80 e inicios de los años 90, reportes indican un resurgir en la diseminación del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre HSH para fines de los años 90, con una alta prevalencia de VIH entre hombre jóvenes. [21]

Un estudio de 155 hombres latinos bisexuales y homosexuales conducido en las ciudades de Washington DC y New York en el 2004, encontró que cerca de la mitad de la muestra había establecido relaciones anales sin protección en el transcurso de los pasados 12 meses y esto fue más probable cuando el compañero era además VIH positivo. [3]

Otro estudio en el mismo año que incluyó hombres jóvenes latinos homosexuales y bisexuales en la ciudad de New York, Estados Unidos, encontró que los hombres auto-identificados como bisexuales eran “más probables a reportar múltiples parejas sexuales masculinas en los últimos 3 meses y menos probables a reportar estar

involucrados con un compañero masculino regular”. Los hallazgos sugieren que los programas de prevención necesitan dirigirse a los patrones sexuales de riesgo particulares de los jóvenes latinos HSH en lo que respecta tanto a la infección como a la transmisión por el VIH. [5]

Kerr-Pontes y colaboradores en un estudio de 400 HSH en Fortaleza, Brasil en 1999 encontró que el 44% de los participantes reportó tanto sexo anal insertivo como receptivo sin protección. Sumado a esto, dos tercios de los participantes quienes reportaron relación vaginal sin protección con una mujer tuvieron sexo anal con un hombre en los 6 meses previos al estudio, esto significó un alto riesgo de transmisión del VIH a las mujeres. [18]

En Centro América, donde la epidemia esta todavía concentrada a grandes áreas urbanas, el numero de infecciones de VIH ha estado incrementándose en varios países. El sexo entre hombres es uno de los mayores factores de riesgo de la epidemia en la región, dramáticamente en Costa Rica más de la mitad de los casos de SIDA entre 1998-2002 fueron entre HSH. Por otro lado, los países de Guatemala, Honduras y Panamá presentaron una prevalencia de VIH en HSH entre el 9 al 13%. [22]

En el 2002 un estudio multicéntrico conducido en Centro América encontró que la prevalencia de VIH entre HSH en la capital de Nicaragua, Managua, fue 9.3%, dando signos de una epidemia concentrada. [23]

En el 2003 una encuesta realizada por CID Gallup en Centro América incluyendo Nicaragua, reflejó la presencia de grandes niveles de estigmatización y discriminación hacia grupos vulnerables a la infección por el VIH como HSH y trabajadoras sexuales. [2]

De acuerdo con diferentes estudios realizados entre el 2003 al 2005, muchos HSH usan drogas psicoactivas y una significativa relación ha sido encontrada entre el uso de ellas y el comportamiento sexual de riesgo, tanto para el sexo anal insertivo como para el receptivo. [7, 9, 13, 24]

Al examinar la construcción de la homosexualidad masculina y el estigma en Nicaragua, Lancaster reportó en 1986 que “claramente existe estigma en las prácticas homosexuales en Nicaragua, donde es el compañero con rol anal pasivo el que es estigmatizado, generando desconfianza de los HSH hacia las instituciones gubernamentales, investigadores y proveedores de servicios, lo que a su vez genera barreras a la investigación social, a la vigilancia en Salud Pública y a los programas de intervención sobre VIH”. [17]

Miguel Orozco en el 2006 mencionó que “la participación del gobierno nicaragüense para afrontar el problema del incremento de los casos de SIDA en prevención, atención, diagnóstico y tratamiento ha sido débil sobre todo en grupos vulnerables, y destaca la importante participación de los organismos de la Sociedad Civil”. [25]

De acuerdo a un estudio realizado por Green y colaboradores en 8 departamentos de Nicaragua en el 2004, dirigido a identificar conductas y prácticas de riesgo para el VIH/SIDA en HSH, existe falta de conocimiento y debilidades acerca de los riesgos que implica el sexo entre hombres, además de poca confianza en los servicios de salud. [13]

JUSTIFICACION

Diversos estudios cuantitativos y cualitativos realizados a HSH han demostrado que existe un alto riesgo en este grupo especial. El sexo anal implica un alto riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de carácter sexual. A pesar de esto, muchos HSH presentan dificultades para tener “prácticas sexuales seguras”.

El uso de drogas psicoactivas, la carencia de conocimientos y habilidades de negociación acerca del VIH sobre todo en edades más jóvenes y el antecedente de abuso sexual principalmente en la infancia incrementan el riesgo para el VIH (relaciones sexuales no seguras) y otros resultados negativos en salud (suicidio e intentos de suicidio) para los HSH. Otro aspecto importante a considerar es que muchos hombres que tienen sexo con hombres lo tienen también con mujeres (bisexuales), lo que aumenta el riesgo de infección y transmisión del VIH a las mujeres.

Como en muchos países Latinoamericanos, Nicaragua cuenta solo con una vigilancia epidemiológica pasiva de la epidemia, y los datos epidemiológicos oficiales se basan en el reporte de casos atendidos en los servicios públicos. Además, se carece de programas apropiados de prevención y atención de SIDA dirigidos a los HSH, sumado al hecho de que es conocido el estigma y la discriminación que sufre este grupo.

Dado lo anterior y el hecho de que existen pocos datos sobre la sexualidad y comportamiento de riesgo de los HSH en el contexto social y cultural nicaragüense, es esencial profundizar en el entendimiento de esta población, para mejorar la prevención y atención del VIH y encontrar nuevas formas de intervención para disminuir el estigma y la discriminación que sufre este sector de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la sexualidad de los HSH en el contexto social y cultural del departamento de León, Nicaragua?

OBJETIVOS

Objetivo General

Entender la sexualidad de hombres que tienen sexo con otros hombres, y evaluar el papel que juegan los factores psicológico, social, económico, político, religioso y cultural en el patrón de sexualidad, en especial los comportamientos de riesgo relacionados al VIH y SIDA que mantiene este sector de la población en León, Nicaragua.

Objetivos específicos:

Entender la naturaleza de las relaciones sexuales entre hombres, el porque ellos establecen comportamientos de riesgos, y el contexto social y cultural que implica ser un HSH en León, Nicaragua.

MARCO TEORICO

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como:

"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales". [26]

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría en el Tratado de DSM-IV [27], en el capítulo sobre Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual, presenta la siguiente información:

SEXO Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL:

Establece que el sexo genético de un individuo se determina en el momento de la concepción, pero su desarrollo está influenciado por muchos factores.

In utero depende de la presencia o ausencia de los andrógenos fetales, independientemente de su procedencia, por tanto, si una mujer genéticamente determinada aparece el andrógeno fetal (p. ej., hiperplasia suprarrenal) desarrollará genitales masculinos, incluso en presencia de ovarios. Por otro lado, si no hay andrógenos fetales (p. ej., en deficiencia enzimática) o si los receptores androgénicos son defectuosos (p. ej., feminización testicular), se desarrollarán genitales femeninos incluso, aunque el individuo posea un cromosoma Y y testículos.

En la *vida postnatal* el desarrollo dependerá de la conducta sexual. Según el DSM-IV la conducta sexual está compuesta por diferentes elementos:

- La *identidad sexual*: es la percepción y autoconciencia que tiene el individuo de ser varón o mujer.
- El *rol sexual*: es el comportamiento del individuo que lo identifica ante los otros como hombre o como mujer (p. ej., llevar faldas o maquillarse).
- La *orientación sexual*: es la atracción erótica que siente un individuo (p. ej., excitación por los hombres, las mujeres, los niños, los objetos, etc.).

La identidad sexual se desarrolla en los primeros años de vida y se establece a los 3 años de edad. Depende del sexo con el que se educa al sujeto, independientemente de los factores biológicos. Por ejemplo en el caso de una niña genéticamente determinada con genitales ambiguos a causa de una hiperplasia suprarrenal congénita desarrollará una identidad sexual masculina si se le educa como a un niño; si se le educa como a una niña, el individuo desarrollará una identidad sexual femenina.

La identidad sexual una vez que se ha establecido con firmeza es resistente al cambio. Por ejemplo, si a un neonato del sexo genético femenino se le educa como a un niño (p. ej., debido a la exposición a andrógenos fetales) y de repente en la pubertad desarrolla mamas y otras características secundarias femeninas, su identidad sexual seguirá siendo masculina y deseará corregir los cambios. Si embargo, si el aspecto físico de un niño es ambiguo o si las personas que lo educan no coinciden en cuanto a considerarlo como hombre o como mujer, la identidad sexual no se desarrollará de forma clara, y en una fase posterior de su vida podrá darse un posible “cambio” o confusión relativos a su identidad sexual.

Según el modelo teórico del aprendizaje, la identidad sexual comienza a desarrollarse cuando el niño imita o se identifica con modelos de su mismo sexo. El niño es reforzado entonces por esa identificación y por comportarse de una manera “apropiado” al rol sexual. En la teoría psicoanalítica, la identidad sexual se desarrolla como parte de la formación general de la identidad, en la fase de separación e individualización, y depende en gran medida de la calidad de la relación materna filial. Posteriormente, en la fase edípica, se determina el rol y la orientación sexual.

La Enciclopedia de la Sexualidad [19] en su capítulo 17, “Ser Diferentes”, aborda el tema de la Homosexualidad, Bisexualidad y el Transexualismo”. La **homosexualidad** se define como la tendencia y la conducta a reaccionar preferentemente con parejas del mismo sexo. Este termino es aplicable tanto a hombres como a mujeres, aunque a estas ultimas, en honor a la poetisa Safo y su isla Lesbos se les llama también lesbianas.

De acuerdo con Alfred C. Kinsey en su publicación sobre la “*Conducta Sexual en el Hombre*”, da a conocer en sus estudios sobre sexualidad el concepto de “*Continuum*”, estableciendo una continuidad entre los dos extremos, el heterosexual y el homosexual exclusivos, a lo largo de lo cual se sitúan los diferentes individuos; elaborando una escala, dividida en seis puntos (mas un grado cero), que es útil para hacer una clasificaron practica según la biografía sexual que presentan los individuos en un momento determinado de sus vidas. Ver figura 1.

Figura 1. El continuum de Kinsey

Grados	Heterosexual
0	Exclusivamente heterosexual, sin rasgos homosexuales
1	Predominio heterosexual, aunque circunstancialmente puede reaccionar hacia el mismo sexo
2	Predominio heterosexual, aunque responde a estímulos homosexuales y tiene experiencias homosexuales más que ocasionales
3	Heterosexual y Homosexual por igual (bisexual en su actitud)
4	Reacciona mas a estímulos homosexuales que a heterosexuales
5	Predominio homosexual en su reacción psicológica y, en la práctica con contactos ocasionales muy casuales
6	Exclusivamente homosexual
	Homosexual

Patrones de Vida de los Homosexuales:

Un significativo estudio (Bell y Weinberg, 1978) identificó los siguientes seis tipos de vida homosexual, que, de hecho no se diferencian excesivamente de los patrones de vida de las personas y parejas heterosexuales.

- ✦ Homosexuales en pareja cerrada: viven una relación similar a la del matrimonio o pareja convencional de tipo heterosexual, implicando esta un alto grado de exclusividad, mas frecuente en las lesbianas.
- ✦ Homosexuales en pareja abierta: Aunque viven en relación de pareja no están completamente satisfechos y buscan otras relaciones. Representan el colectivo de homosexuales que mas se esfuerzan por establecer nuevos contactos con

intereses sexuales. Suelen tener una intensa y variada vida sexual, y aunque por lo general muestran un buen ajuste social, no aceptan también como los anteriores, su identidad. Esta es la forma de vida más habitual en el caso de los homosexuales.

- ✦ Homosexuales funcionales; no están emparejados, comparten su amplia experiencia sexual con un gran número de compañeros, se consideran con alto atractivo sexual y tienen escasos problemas de este tipo. No lamentan su condición. Suele tratarse de individuos más jóvenes que los pertenecientes a grupos anteriores, y son los que tienen más problemas sociales, como arrestos o discusiones, debida a su intensa búsqueda de nuevos compañeros.
- ✦ Homosexuales disfuncionales: Se aproximan a la imagen tradicional del homosexual atormentado. Son personas que encuentran escasa gratificación en su vida, tienen más problemas sexuales que los otros grupos, se lamenta de su condición y suelen ser víctima de la mayoría de las extorsiones sociales y conflictos de toda índole, especialmente laborales. Es frecuente que ellos, en especial las mujeres, acudan en busca de ayuda psicológica.
- ✦ Homosexuales asexuales: muestran poco interés por el sexo y escasa actividad, relacionándose con muy pocos compañeros sexuales. Constituyen el grupo que con menos frecuencia se muestran exclusivamente homosexual y soy muy reservados.
- ✦ Homosexuales casados: con miembros de sexo opuesto. Suele tener más problemas debido a un mayor índice de culpa, vergüenza o ansiedad con respecto a su homosexualidad. Su constante doble vida le llega a atormentar tanto que acaba produciendo un conflicto psicológico que se lleva inexorablemente a la consulta de un profesional.

La **Bisexualidad** se define como la orientación mediante la cual una persona consigue la satisfacción sexual y emocional con miembros de ambos sexos. La pueden presentar tanto los hombres como las mujeres y se trata de una orientación de carácter permanente, aunque el hecho de relacionarse con personas de ambos sexos puede estar limitado a un periodo determinado.

Existen muy pocos estudios científicos sobre este tema. La mayor parte de la información se basa en estudios realizados con personas de orientación homosexuales que tienen alguna experiencia heterosexual. Tomando este hecho como punto de partida, el Dr. Fred Klein clasificó la bisexualidad en tres categorías:

- ✦ *Transitoria*: persona que esta pasando de la heterosexualidad a la homosexualidad.
- ✦ *Histórica*: persona con orientación exclusivamente homosexual o heterosexual, pero que en algún momento ha tenido alguna relación con alguien del sexo contrario a su tendencia.
- ✦ *Secuencial*: persona que tiene una relación con una persona de un sexo y, a continuación, con una del otro sexo, con igual compromiso en ambos casos.

Según ONUSIDA en su reporte sobre “Violaciones a los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH [28], aporta los siguientes conceptos y comentarios.

¿Qué es el estigma?

El estigma se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que “desacredita significativamente” a un individuo ante los ojos de los demás. Los atributos que justifican el estigma pueden ser totalmente arbitrarios; por ejemplo, color de piel, manera de hablar o preferencias sexuales. Dentro de culturas o contextos particulares, ciertos atributos se magnifican o son definidos por los demás como deshonrosos o indignos.

El estigma relacionado con el VIH es un fenómeno multi-estratificado que tiende a aprovechar y reforzar connotaciones negativas por medio de la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos ya de por si marginados, como el comercio sexual, el consumo de drogas y las practicas homosexuales y transexuales. Se considera a menudo que las personas que viven con el VIH se merecen su estado VIH-positivo porque han hecho algo “malo”. Al atribuir la culpa a individuos y grupos “diferentes”, los demás pueden eximirse a si mismos de reconocer su propio riesgo, afrontar el problema y cuidar a los afectados.

El estigma esta profundamente arraigado y opera dentro de los valores de la vida cotidiana; se entremezcla con las desigualdades sociales y contribuye a reforzarlas. Esas desigualdades se relacionan particularmente con el sexo, la raza y etnia, y con la sexualidad. La inculpción de las personas homosexuales y transexuales se suma a la estigmatización que sufren desde hace mucho tiempo a causa de suposiciones sobre su modo de vida y sus prácticas sexuales. Ver figura 2

Figura 2. El círculo vicioso de estigmatización y marginación

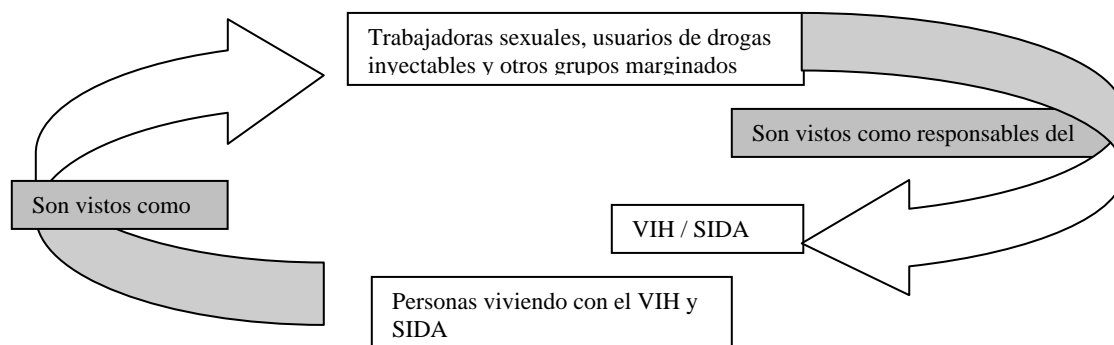


Figura tomada de ONUSIDA: Estigma, Discriminación y violaciones a los derechos humanos relacionados al VIH: estudio de casos de programas exitosos 2005.

¿Qué es la discriminación?

Cuando el estigma se instala el resultado es la *discriminación*. Esta consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigida contra los individuos estigmatizados. Es cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona generalmente, pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto. Ver figura 3.

Existe discriminación en los contextos familiar y comunitario, lo que se conoce a veces como “estigma declarado”. Con ello se denota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para dañar a otros o negarles servicios o derechos. Además, hay una discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, sobre todo en el lugar de trabajo, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social.

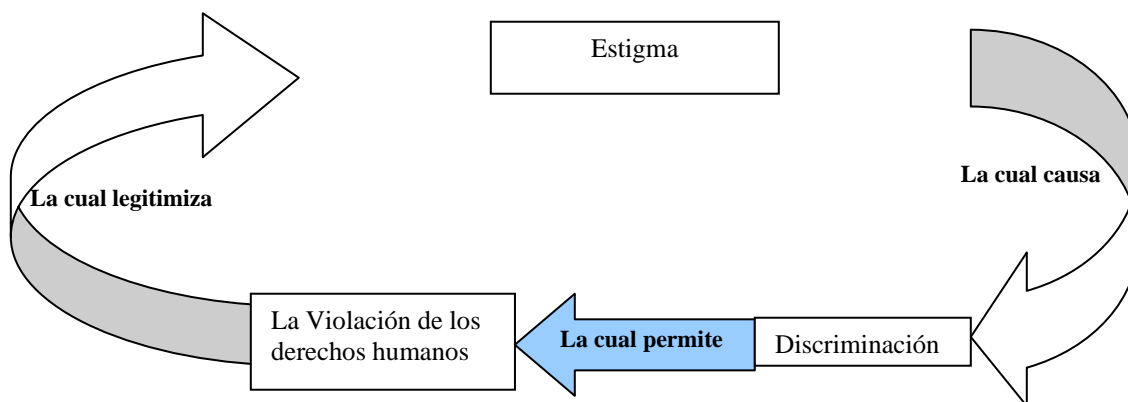
Estigma, discriminación y derechos humanos: una conexión íntima

El estigma y la discriminación están interrelacionados, de modo que se refuerzan y legitiman mutuamente. El estigma constituye la raíz de los actos discriminatorios al inducir a las personas a realizar acciones u omisiones que dañan o niegan servicios o derechos a los demás. La discriminación puede describirse como la “puesta en escena” del estigma. Al mismo tiempo, la discriminación fomenta y refuerza el estigma.

La discriminación es una violación de los derechos humanos. El principio de no discriminación, basado en el reconocimiento de la igualdad de todas las personas, está estipulado en la *Declaración de los Derechos Humanos* y otros instrumentos de derechos humanos. Estos documentos prohíben la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, propiedad, nacimiento u otras condiciones. Por consiguiente, los actos estigmatizadores y discriminatorios vulneran el derecho humano fundamental a la ausencia de discriminación, conduciendo a la violación de sus derechos, estos a su vez, pueden legitimar el estigma y la discriminación.

A nivel nacional, la discriminación puede reflejar el estigma que se ha aprobado o legitimado oficialmente por medio de las leyes y políticas existentes, y que se han plasmado en prácticas y procedimientos. La discriminación también puede producirse por omisión, como en el caso de ausencia o la falta de aplicación, de leyes políticas y procedimientos que ofrezcan reparación y protejan los derechos de las personas.

Figura 3. Ciclo de estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos



Fuente reporte de ONUSIDA: Estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos relacionados al VIH: estudio de casos de programas exitosos. 2005

Riesgo y vulnerabilidad

Riesgo es definido como la probabilidad de que una persona pueda adquirir la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo. Ejemplos incluyen relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estatus de VIH es desconocido, múltiples parejas sexuales, uso de jeringas y agujas contaminadas durante el consumo de drogas intravenosas

Por otro lado, **Vulnerabilidad** se refiere a un rango de factores que reduce la habilidad de los individuos y comunidades para evitar la infección del VIH. Estas pueden incluir: (i) factores personales, tales como falta de conocimientos y habilidades requeridas para protegerse a uno mismo y a otros; (ii) factores pertinentes a la calidad y cobertura de los servicios, tales como inaccesibilidad de los servicios debido a la distancia, costos y otros factores (iii) factores sociales, tales como normas sociales y culturales, prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y desprotegen a ciertas poblaciones, y actúan como barreras hacia los mensajes esenciales de prevención. Estos factores solos o en combinación, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y como resultado la vulnerabilidad colectiva al VIH.

MATERIAL Y MÉTODO

a. Tipo de estudio

Cualitativo, se utilizó un diseño emergente, la recolección y el análisis de la información se realizaron de manera paralela y a medida que surgían elementos nuevos en el desarrollo del estudio los diferentes procesos de la investigación se fueron adecuando de manera flexible, para así, obtener una mayor comprensión del fenómeno de interés.

b. Área de estudio

La presente investigación fue conducida en Nicaragua uno de los países más pobres del hemisferio Occidental, específicamente en las áreas urbana y rural del departamento de León. León es el segundo departamento mas grande del país y ha sido considerado históricamente como el corazón intelectual de Nicaragua, además se caracteriza por contar con una sociedad con estrictas normas religiosas y valores morales. De acuerdo con el MINSA, León esta ubicado en el cuarto puesto con mayor cantidad de casos de VIH en el país. El modo mas frecuente de transmisión del VIH es por vía sexual (94%) del cual 20% representa las relaciones entre hombres, que de acuerdo con ONUSIDA es probablemente sub-reportado. [29]

c. Población de estudio

En este estudio se consideró como HSH a todo hombre quien reportó tener sexo con otro hombre, sin importar su identidad sexual.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años de edad.
- Haber tenido actividad sexual con un hombre al menos en los pasados 6 meses.
- Vivir en el departamento de León en los últimos 3 años.

d. Muestra y muestreo

La muestra fue por conveniencia, se realizó un muestreo no probabilístico utilizando la técnica de máxima variación que se refiere a que los entrevistados representen en lo posible la máxima variabilidad de acuerdo a los propósitos del estudio, para el nuestro

esto implicó incluir todos los probables roles sexuales en HSH, es decir bisexuales, homosexuales insertivos, receptivos y versátiles. Esto se investigó en individuos que mantenían su conducta sexual privada, en trabajadores sexuales y en travestis. Los participantes fueron reclutados inicialmente de un programa dirigido a HSH en una ONG local (Ixchen) y al finalizar su entrevista se les invitó a que refirieran a otros HSH. El proceso de muestreo se detuvo cuando el número de participantes fue suficiente para alcanzar la saturación de los datos es decir, cuando ninguna entrevista adicional aportó nueva información y los datos recolectados podían ser casi predichos.

e. Instrumento de recolección de datos

Fue adaptado de la Guía de preguntas desarrollada en los Grupos Focales para hombres jóvenes homosexuales y bisexuales por el Centro de Estudios para la Prevención del SIDA en San Francisco California, Estados Unidos. Se abordaron temas como: establecimiento de relaciones con hombres, experiencia sexual, naturaleza y patrones de negociación sexual, situaciones coercitivas, uso del condón, identidad sexual y red social.

Previo al inicio de la recolección de información, el instrumento fue piloteado con 5 HSH identificados a través de Ixchen para valorar su aplicación social al medio y para establecer la claridad de las preguntas para los entrevistados.

f. Recolección de la Información:

Se realizaron 15 entrevistas a profundidad en HSH que cumplieron los criterios de inclusión y duraron entre 90 y 120 minutos. Todas ellas fueron conducidas por el investigador principal (WU), en un ambiente privado que ofrecía las condiciones necesarias para que el entrevistado pudiera sentirse estimulado a compartir la información.

Se inició explicando a cada participante los objetivos del estudio, los detalles del proceso de entrevista y se les solicitó autorización para conducirla y para grabarla. Se les pidió se asignarán a ellos mismos un pseudónimo y este fue utilizado durante todo el proceso, incluido en los resultados. Durante la entrevista la guía fue seguida con

discreción, con el objeto de dar espacio a otras preguntas fuera de la guía pero que ampliaran o profundizaran aspectos que surgían en la interacción entrevistado-entrevistador. Al finalizar se preguntó a todos los participantes si deseaban ampliar algún aspecto de la entrevista o hablar de algún otro que no hubiera sido abordado.

A cada participante se les reconoció sus gastos de transporte y se les entregó un paquete de alimentos al final de la entrevista.

g. Procesamiento de la información y Control de Calidad:

Para incrementar la validez de los resultados se aplicaron diferentes técnicas. Se realizó la discusión de los resultados y su interpretación con miembros del equipo de investigación, expertos en el tema y con algunos participantes, con el propósito de incrementar la *credibilidad*. Los resultados fueron presentados haciendo una descripción detallada del contexto en el que produjeron, con la finalidad de facilitar a los lectores su *transferibilidad* o no a otros contextos (*generalización teórica*). El equipo de investigación trató de mantener al margen su conocimiento previo durante las primeras fases del proceso (recolección y codificación) para garantizar la *neutralidad* de los resultados.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente. Posteriormente, las transcripciones fueron comparadas con la original grabada para corregir las discrepancias. Cada entrevista además fue leída críticamente para decidir qué, cómo y quienes serían abordados en la siguiente sesión. Para la codificación de los datos generados de las entrevistas se utilizó el programa informático OpenCode, desarrollado por la Universidad de Umeå Suecia. Este programa sigue de manera exhaustiva los primeros pasos del método de análisis “Teoría Fundamental” [Dahlgren, 2004 (30)]

h. Análisis:

Las entrevistas fueron analizadas utilizando el método *Teoría Fundamental*. Este método ofrece una manera sistemática de interpretar los datos recolectados a un nivel de mayor abstracción y ha sido diseñada para guiar a los investigadores en la producción de Teorías, Hipótesis o Modelos. La técnica puede ser descrita en seis pasos distintos, los cuales son mostrados a continuación Tabla 1. [Dahlgren, 2004 (30)].

TABLA 1. Seis pasos en la Teoría Fundamentada

Pasos	Comentarios
Recolección de la información	Normalmente a través de entrevistas a profundidad, usando una grabadora.
Documentación	Se realiza la transcripción de las cintas, algunas veces se organiza con la ayuda de un programa de computación, por ejemplo OpenCode”.
Descifrando los códigos	A través de las transcripciones se escriben Códigos dirigidos a caracterizar en el material información importante.
Seleccionando códigos	Decidiendo cuales códigos son importantes. Apuntándolos y transformándolos a Categorías . Eligiendo cual es la Categoría Principal e identificando sus propiedades. Se dirige al material nuevamente para entender mejor lo que buscamos.
Codificación teórica	Tratando de encontrar relaciones entre los códigos o entre las categorías. Se da la construcción de Conceptos e Hipótesis .
Integración	Tratando de crear una relación entre nuestros hallazgos y la teoría existente.

El análisis inició con la lectura a profundidad de las entrevistas, posteriormente se defragmentó las entrevistas en códigos (unidades de análisis), para luego organizarlos en sub-categorías y categorías. La Categoría es el concepto central en la Teoría Fundamentada. Esta puede ser descrita como “un concepto en la cual organizamos la realidad”. Finalmente, un modelo fue construido para representar los diferentes elementos y situaciones involucradas en las relaciones sexuales entre hombres, especialmente por que ellos establecen relaciones de riesgo y el contexto social y cultural en que ellos se desarrollan.

i. Consideraciones éticas:

Con el propósito de proteger los derechos y el bienestar de los participantes, el presente Protocolo fue presentado para su aprobación al Comité de Investigación en Humanos de la Universidad de Yale, así como al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UNAN León. En orden a decidir si o no querían participar en el estudio, a los potenciales participantes se les informó acerca de todos los aspectos del estudio: propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios, a través de formato de consentimiento

informado (Anexos). Basados en esta información, la participación fue voluntaria. Toda la información obtenida en el estudio fue procesada confidencialmente para mantener la privacidad e integridad de los respondientes. La participación fue anónima. Un folleto con información acerca del VIH y SIDA fue dado a los participantes en el estudio. Se organizó y ofreció a todos los participantes, una red de Consejería y Referencia sobre aspectos de violencia, consumo de drogas, salud mental, salud sexual y reproductiva.

j. Diseminación y utilidad de los resultados:

Los resultados serán diseminados en Nicaragua a la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA, la cual incluye Ixchen y el Ministerio de Salud. En los Estados Unidos de América los resultados serán enviados al Centro de Investigación Interdisciplinaria sobre SIDA (CIRA). Además se someterán los resultados para una potencial publicación.

Los resultados de este estudio ayudarán en el desarrollo de mejores programas de prevención del VIH y las STD, además de los programas de ayuda sobre SIDA en los HSH en Nicaragua, y ayudará a mejorar la salud, el bienestar social y los derechos humanos de los HSH.

k. Limitantes:

Encontrar a los informantes generó ciertos inconvenientes debido a las características propias de este grupo, ya previamente descritas. Además muchos de los participantes debido a incompatibilidad de horario no asistían a la cita para la entrevista.

RESULTADOS

Hallazgos del componente cualitativo

Quince participantes autoidentificados como HSH, con edades entre 18 a 49 años fueron incluidos en el estudio. La mayoría (9) se describe así mismo como Gay u homosexual seguido de Gay travestido (4), 1 se definió como Bisexual y 1 como heterosexual. Doce de ellos viven con sus familias, especialmente con sus madres, solamente 3 refirieron vivir solos. La mayoría se dedica a actividades de cocina. Ocho de los participantes han completado la educación primaria, pero no la secundaria. Once participantes refirieron tener una religión de preferencia, pero siete de ellos reportó no participar activamente debido al maltrato que sufrían por sus preferencias sexuales. Cuatro no refirieron religión alguna por la misma razón. La tabla 3 destaca las diferentes características de los HSH.

Tabla 3. Descripción sociodemográfica de la población de estudio. León, Nicaragua 2007 – 2008.

Nombre+	Edad	Orientación Sexual	Viviendo con	Ocupación	Nivel de educación formal	Religión
'Carlos'	18	Gay-travestido	Hermanos, hermana y cuñado (6)	Estudiante	Secundaria completa	Testigo de Jehová *
'Manuel'	42	Gay	Hermana, Sobrinas y sobrinos (6)	Cocinero	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Católica *
'Alberto'	43	Gay-travestido	Madre, hermanos y hermanas (6)	Empleado domestico	No completó la escuela primaria	Católica *
'Miguel'	21	Gay-travestido	Hermanos, hermana y cuñado (8)	Trabajador sexual	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Ninguna **
'Jorge'	20	Gay-travestido	Vive solo	Asistente de cocina	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Evangélica *
'Luis'	45	Homosexual	Madre y sobrina (2)	Asistente de cocina	No completó la escuela primaria	Católica
'Ernesto'	18	Homosexual	Abuela, madre, sobrino y sobrinas (6)	Estudiante	Secundaria completa	Evangélica *
'Julio'	49	Homosexual	Vive solo	Cocinero	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Católica
'Lester'	24	Homosexual	Mamá, hermanos y hermanas (6)	Comerciante	Secundaria completa	Católica
'Raúl'	18	Bisexual	Ambos padres y hermano (3)	Estudiante y ayudante de albañilería	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Ninguna
'Rafael'	46	Gay	Vive solo	Cocinero	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Evangélica *
'Ricardo'	18	Heterosexual	Ambos padres, hermanos y hermanas (6)	Estudiante y asistente de cocina	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Católica
'Rene'	31	Gay	Mamá, hermanos y cuñada (8)	Cocinero	Secundaria completa	Ninguna **
'Walter'	18	Gay	Mamá, hermanos y hermanas (4)		No completó la escuela primaria	Ninguna **
'Cesar'	24	Gay	Ambos padres y hermanos (6)	Mesero	Primaria Completa, pero secundaria incompleta	Católica *

+ Seudónimos

* No participa en actividades religiosas debido a sus preferencias sexuales

** No tiene religión debido a sus preferencias sexuales

Los participantes señalaron claramente su percepción de la sociedad Nicaragüense como una sociedad donde predomina el irrespeto al derecho de las personas a elegir su identidad sexual y un alto nivel de intolerancia hacia la homosexualidad. Ellos

concordaron en señalar la normativa socio-cultural vigente como la determinante más importante y el factor que perpetúa esa intolerancia.

Normas e ideologías

Los participantes revelaron que viven en una sociedad caracterizada por fuertes normas heterosexuales las cuales prescriben que la sexualidad debe ser vivida solo entre un hombre y una mujer, y que debe concretizarse en la convivencia mutua en el marco del matrimonio y la procreación, lo que es reconocido y nombrado socialmente como “lo natural”. Lo contrario, cualquier actitud o actividad homosexual es rechazada, prevaleciendo niveles altos de homofobia en la mayor parte de la población.

Un participante refería:

“Desde pequeño mi familia me venía diciendo que no hay que llorar por que llorar es de niñas, que yo era hombre y tenía que portarme como un hombre...me mostraban a las hijas de las amistades para saber cual me gustaba, y lo que yo quería era jugar con ellas, pero eso era un pecado por que para ellos lo que las niñas jugaban eran cosas de mujeres y yo era hombre”...

Los participantes estuvieron de acuerdo en señalar que esa normativa es la que obligaba a muchos HSH a mantener un comportamiento bisexual, lo que según ellos es común en Nicaragua puesto que tener una relación heterosexual pública les permite mantener por más tiempo en secreto su conducta homosexual y evitar así el juicio social.

Alberto (43 años) refería:

“muchas de las parejas que he tenido son hombres con familia e hijos...una de mis parejas a veces viene a mi casa y se queda a dormir, y se que tiene su esposa por que incluso pasa con ella por mi casa, pero, yo no le digo nada por que lo puedo perder, además que gano yo con eso, ya he tenido experiencias en que me han venido a reclamar las esposas, yo lo que les digo es que a mi me buscan, y que ese no es mi problema”

Cuando se abordó con ellos sus creencias religiosas, la mayoría de los participantes dijo haber crecido en el seno de la religión católica pero que en la actualidad no participan en ninguna actividad religiosa, e incluso 4 de ellos dijeron abiertamente no pertenecer a ninguna religión. Ellos señalaron que la primera conducta de los miembros de los grupos religiosos ha sido tratar de que ellos se conviertan y cambien su identidad sexual, al no lograrlo los hacen víctimas de críticas, prejuicios y malos tratos, los llaman “pecadores” y los consideran “enfermos”, por lo que terminan por aislarse.

Sin embargo, cuando se les preguntó cómo consideraban ellos mismos su comportamiento sexual, trece de los quince participantes lo definió como “pecaminoso”, no obstante, ellos argumentan que no es su responsabilidad, que ellos han sido “creados” por Dios de esa manera.

Rafael (46 años) dijo:

“...yo he leído la Biblia desde pequeño y se que es un pecado contra Dios lo que siento, por que incluso la Biblia dice: “maldito el hombre que se deje agarrar de la cadera de otro hombre”... a veces como que recapacito y me pregunto: ¿Qué estoy haciendo mal?, por otro lado pienso que si yo nací así fue porque Dios me mando de esa manera, creo yo... una vez el padre de la iglesia me mando a llamar y me dijo que dejará de hacer esas cosas por que Dios las aborrecía, entonces preferí apartarme totalmente de la iglesia aunque todavía creo en Dios por que fue Él quien me creo”.

Miguel (21 años) también agregaba al respecto:

“para mi todas las religiones son iguales, no te niego, creo en Dios desde pequeño, pero no en las religiones. Cuántas veces he sido criticada por mi comportamiento, que tener relaciones con hombres es malo, que me voy a ir al infierno...yo les digo que quienes son esos que me critican, tal vez algún ladrón o asesino, por eso yo no confío en los hombres, ni en las religiones”

Al mismo tiempo todos los participantes consideraron que ha habido algunos cambios en la sociedad y que en la actualidad hay un poco más de aceptación hacia los HSH. Ellos lo atribuyen al hecho de que más HSH están revelando su preferencia sexual de manera pública lo que hace que la gente hable más de esto, lo hace más común, por lo que las reacciones sociales de rechazo van disminuyendo aunque paulatinamente.

“Ahora es más normal ver homosexuales platicando o caminando en las calles... me han contado que antes era común que los golpearan, ahora aunque aún se ven algunos casos cada vez son más raros... por eso es que antes la mayoría de los gay se escondía y lo ocultaba, pero ahora los miro por todos lados y hasta chavalos pequeños, yo conozco personalmente a varios que tienen 11 o 12 años, son gay y no lo ocultan”. Ricardo 18 años.

Políticas y estrategias:

Los participantes refirieron que en su opinión Nicaragua, en comparación con otros países Latino americanos, carece de políticas, programas o estrategias que beneficien a los HSH y señalan que hay poco interés del gobierno para apoyarles. Consideran que uno de los aspectos claves que el gobierno debería desarrollar es un proceso de sensibilización social que promueva el respeto a las diferentes preferencias sexuales y el cumplimiento de los derechos ciudadanos independientemente de su identidad sexual.

“El gobierno no se interesa en nosotras, solo se interesa en el dinero y el poder, todo esta perdido,.. En otros países como México o Guatemala si hay mas libertad, mas apoyo y respeto del gobierno” Miguel 21 años.

“En otros países hay mas lugar para los gay que aquí en Nicaragua... Y si hicieran algo a favor de los gay la sociedad reaccionaría mal no lo aceptarían nunca. Pero también seria bueno que existan leyes que apoyen los derechos de los gay, que los respeten por parte de la sociedad ya que no existen o si existen, cosa que dudo, las desconozco”. Luis 45 años

Programas y servicios

Los entrevistados refirieron también que Nicaragua carece de servicios y programas dirigidos a HSH y que los pocos proyectos para atención de HSH son llevados en organizaciones no gubernamentales, fuera de los servicios públicos, y que concluyen cuando el financiamiento termina, por esto ellos no confían mucho en esas organizaciones.

Jorge (20 años) expresó:

“Antes había una organización que velaba por derechos de los Gay, pero ahora no, es que son como proyectos y cuando se acaba el dinero, se termina el proyecto, además, no le voy a mentir hay poca unidad entre nosotros mismos los gay, muchos celos, hay competencia entre los mismos gay, no hay confianza... Yo no voy a ningún lugar no tengo confianza con ninguna organización, además no conozco a muchas”

Todos los participantes expresaron que el ser HSH determina que tengan menos oportunidades de superación, y que el mayor problema es cuando buscan empleo ya que muchos empleos les son negados por su identidad sexual, y comúnmente se les ofertan empleos que implican roles identificados socialmente como “femeninos”, tales como trabajo de cocina, en salones de belleza o empleo doméstico. Esta situación afecta su autoestima y les impacta tanto económica como socialmente.

René (31 años) refería:

“Conseguir empleo es bien difícil, mas aún para los gay como yo, yo llegue hasta la universidad y a mi no me gustan esos empleos de salón de belleza, todos buscan eso o ser cocinero o costura. Ha sido difícil, por ejemplo el año pasado al no encontrar trabajo metí unos documentos en Managua para buscar en lo que fuera y una prima mía me llevo a un lugar, un centro comercial, donde me ofrecieron trabajo de limpieza, pero yo no lo acepté... es que yo digo que después de haber estudiado y esforzarme tanto, ese trabajo no era algo que yo merecía. Ahora creo que voy a tener que hacer lo que no me gusta por que no se de que voy a vivir en el futuro pues por el hecho de ser gay es más difícil conseguir empleo, por la discriminación y la homofobia terrible que hay sobre todo si uno está fuera del closet, por que hay muchos que viven una vida de mentira ocultando que son gay, aparentemente viven bien por fuera pero por dentro están sufriendo por no definir su preferencia sexual...” Rene 31 años.

En lo relacionado con la interacción con servicios públicos, fue llamativo que 12 de 15 entrevistados refirió haber sido acosado verbal y físicamente por miembros activos en

servicio de la policía nacional, sin razón aparente. Esto se produce especialmente en los lugares donde ellos frecuentemente acostumbran reunirse, tales como parques o bares, e incluso el acoso se dio hasta en sus propios hogares. La mitad de ellos refirieron haber sido víctimas de falsas acusaciones solo con el fin de perjudicarles.

Walter (18 años) reportó:

“usualmente nos reunimos por las noches en el parque, o cerca del mercado, y constantemente la policía llega y nos acosa con preguntas e incluso nos amenaza, a veces nos acusa de cosas que no son, como si estuviéramos haciendo algo malo...recuerdo que a un amigo llegaban dos policías hasta su casa y lo acosaban... yo lo tuve que acompañar a la comisaría y recuerdo que el habló con el oficial superior y se quejó e incluso lo amenazo de denunciarlo por los medios de comunicación y demandarlo legalmente, solo así dejaron de molestarlo”

Ellos refirieron que la falta de apoyo a veces empeora al momento de denunciar un delito o de buscar protección, que muchas veces son rechazados o acusados de ser los causantes de conflictos e incluso disturbios. Todas estas situaciones a su vez generan falta de confianza en la policía por lo que ellos han dejado de reportar los incidentes o dudan en hacerlo.

“...mi pareja me golpeó una vez y decidí ir a la comisaría, allí los oficiales no le dieron importancia y me dijeron que seguro me pasó por que me lo merecía, me sentí humillado y solo; para más solo una policía mujer me atendió y me ayudó... hasta la fecha con ella acudo si tengo algún problema, sino ni me acercaría a la policía” Miguel 21 años

La mayoría (12) refirieron además haber recibido trato discriminatorio cuando demandan servicios de salud por parte del personal del MINSA, no así en los servicios privados. La mitad de ellos dijo haber sufrido desprecio y rechazo en Centros de Salud y en el Hospital.

René (31 años) dijo:

“...Cierta vez que fui a pasar consulta médica al centro de salud, me sentí muy mal por la manera en que me observaban desde que entré, yo sentía que hablaban de mi, la gente no me importa pero eran los trabajadores del centro de salud los que se reían y murmuraban...en el Hospital a un amigo mío mientras estaba hospitalizado los trabajadores se referían a él como “el sidoso” o “el cochón”... ellos no deberían ser así”

Los entrevistados reportaron repetidamente como los estigmatizan al asociar su preferencia sexual con el SIDA. “Sidoso” es un término discriminatorio usado por la sociedad nicaragüense para referirse a alguien que tiene o se sospecha que tiene el VIH o SIDA y determina mucho rechazo social.

Los HSH expresan temor y falta de confianza hacia los trabajadores de la salud, especialmente al abordar temas de sexualidad como las relaciones sexuales con hombres

o cuando consultan por enfermedades de transmisión sexual. Perciben la falta de sensibilidad de los médicos, durante el interrogatorio y peor aún cuando les hacen el examen físico.

Manuel de 42 años dice al respecto:

“yo he aprendido con un organismo que tengo derechos y que estos valen igual que los del resto de las personas, pero no solo se trata de tenerlos sino de que los demás los tomen en cuenta...ahí (Centro de Salud) muchos gay no son tomados en cuenta, no hay confianza, la verdad es que todavía falta que ellos reciban entrenamiento, son muy insensibles”

Todos los participantes refieren que aunque perciben cierto estigma, nunca han experimentado situaciones de discriminación en los servicios privados. Y por lo tanto cuando ellos pagan por el servicio son tratados con mayor respeto.

Entorno comunitario:

Los participantes refirieron sentirse segregados en su ambiente comunitario. La mayoría dijo haber sido víctima de prejuicios, burlas y bromas casi permanentes por el hecho de ser gay. Aunque también reconocieron que esto no es generalizado y que esta conducta ha venido cambiando lentamente, pero que es un proceso difícil.

Carlos, un joven de 18 años, cuenta al respecto:

“Bueno, yo tengo personas que me aprecian mucho aunque no tengo muchas amistades, pero también hay personas que me rechazan, que me quieren faltar al respeto, esos siempre han existido, incluso me han tratado de chantajear, es un maltrato verbal, psicológico y es que las palabras duelen mas que los golpes”

Luis (44 años) refirió:

“Al inicio yo le platicaba a mi abuela como me trataba la gente y ella me decía que no les prestara atención que de todas formas si uno se muere la gente ahí se va a quedar, pero con el tiempo las cosas han cambiado bastante, mis vecinos platican ahora más conmigo y todo esta mejor, no excelente pero mejor”. Luis 45 años

El ambiente laboral y escolar para los HSH entrevistados implicó también actos de segregación, irrespeto, desconfianza y maltrato. Dos de ellos refirieron haber sido acosados sexualmente en las secundarias nocturnas, aunque la mayoría coincidió que recibieron un trato respetuoso por parte de los maestros, no así de sus compañeros estudiantes.

Un participante recuerda un incidente en su trabajo:

“Para mí ha sido difícil conseguir trabajo por lo que soy, a veces piden recomendaciones, lo investigan a uno y te despiden de los trabajos. Recuerdo que yo estuve trabajando de supervisor en una empresa, una vecina habló por teléfono a la oficina central y les dijo que yo era

homosexual, que yo metía hombres y cosas así, desde ahí empezaron las llamadas de atención me acosaron mucho y entonces mejor decidí renunciar. A mi los trabajos me duran 6 u 8 meses porque cuando se enteran a uno lo acosan y antes que me corran mejor yo me voy” Manuel 42 años

Otro participante describe una experiencia en su escuela:

“en la escuela me faltaban mucho el respeto por mi forma de ser, bromas, burlas todo el tiempo, a veces hasta de los maestros... yo no salía ni al receso, iba de la escuela a mi casa, alguna vez en la casa me culpaban de provocar problemas en la escuela, para mi siempre fue muy difícil, hasta llegue a sentir odio por la gente” Lester 24 años

Entorno familiar

Fue común que los entrevistados refirieran núcleos familiares disfuncionales, con historia de violencia interpersonal y de alcoholismo entre los padres. Un participante expresó que su familia lo culpaba por la separación de sus padres argumentando que era el responsable debido a sus actitudes y comportamientos. Por otro lado, otro de los entrevistados dijo que la ausencia de su padre en el hogar determinó una falta de roles y normas masculinas en su vida, que influyó en su identidad sexual.

Trece de los quince HSH entrevistados describieron haber sido victimizados por miembros de la familia, quienes los han sometido incluso a aislamiento. Ellos refirieron que una de las situaciones más difíciles en el entorno familiar es la presión que ejercen, especialmente del padre, para que se casen y formen una familia. Sin embargo, la mayor parte de ellos (13/15) refirieron apoyo de su madre.

Manuel (42 años) expresó:

“para mi la persona mas importante en mi vida ha sido mi mamá, ella ha sido mi amiga, mi confidente, ella incluso cuando se dio cuenta lo que yo era me apoyo...siempre me aconseja de que tenga cuidado, lo único que me pide que no irrespete la casa, que no lleve hombres a la casa”

Relaciones íntimas

Todos los participantes expresaron su deseo de encontrar una pareja para establecer vínculos afectivos, llenos de seguridad, bienestar y sobre todo fidelidad. En la búsqueda de estas relaciones trece de ellos afirmaron que al inicio escogían parejas de mayor edad, pero que en la actualidad no les importa la edad siempre y cuando tengan relaciones satisfactorias. Todos han tenido historia de múltiples parejas, y en general las experiencias compartidas por los quince participantes reflejan frustración al no

encontrar las cualidades que buscan en sus parejas. Esto los ha llevado a falta de confianza, inseguridad y ha afectado su autoestima.

Un participante se refería al respecto:

“Bueno, mi pareja ideal obviamente debe ser un hombre guapo que no le haga falta nada, a todo mundo hasta a una mujer le llama la atención, pero como dice el dicho: “para que queremos la fruta fresca si por dentro esta podrida” y definitivamente lo esencial que yo busco es el respeto, que cuando este conmigo me quiera. Sobre todo la fidelidad, eso más que todo por que si ya no me quiere y no quiere tener nada conmigo que me lo diga y es mejor antes que me engañe con otra persona. Ya me paso una vez y no quiero vivirlo otra vez”

Y eso es algo que se repite en las entrevistas, la mayoría de los participantes tienen inicialmente la aspiración de establecer una relación de pareja a largo plazo, caracterizada por la fidelidad, pero debido a las experiencias insatisfactorias que van teniendo terminan considerándolo poco probable.

De sus relaciones Jorge (20 años) dijo:

“En una pareja yo no pido mucho en lo físico, para mi es más importante la forma de ser, me gusta que sea tranquilo, amoroso, apasionado, comprensible, y sobre todas las cosas fiel...pero ahora ¡Tener pareja! prefiero que no, porque es mejor andar sola antes que andar mal acompañada. Con mi primera pareja viví ocho meses, después con el segundo viví un año, después el tercero que viví por tres años, y solo andaban por el dinero, también ellos porque andaban con una y con otra, y eso no era bueno para mi...por eso la pienso ahora y si tengo deseos sexuales busco a alguien y ya sin involucrarme mucho, cada quien por su lado” Jorge 20 años

Revisando la descripción de los entrevistados sobre el tipo de relaciones que ellos habían sostenido, podemos describir tres

- ✚ Relación en que ambos están claros de su identidad sexual, se identifican a si mismos como HSH, y los dos asumen en algún momento ambos roles, insertivo (activo) y receptivo (pasivo). A este tipo de HSH ellos lo denominan “versátil”. Este tipo de relación la describieron como equilibrada en términos del uso de poder y toma de decisiones entre ellos. Se encontró más entre los entrevistados mayores y sin mucha diferencia de edad entre la pareja.

- ✚ Relación en la que cada hombre asume de manera permanente solo uno de los 2 roles sexuales. Uno de ellos desempeña el rol activo, mantiene la identidad masculina, el control y el dominio de la relación, pero no reconoce públicamente que tiene relaciones homosexuales y generalmente es bisexual. El otro es la pareja sexual receptiva, este toma el rol simbólico femenino, se somete al control de su pareja y asume una actitud pasiva y sumisa. Al que ocupa el rol lo denominan “cochonero” y a la pareja pasiva “cochón”. Los entrevistados refirieron que en este tipo de relación

existe un desequilibrio, una “Jerarquía de poder” basada en los roles sexuales. En general la describieron como una relación muy inestable y de corta duración.

- ✚ El tercer tipo de relación que ellos describieron es similar a la pareja descrita antes, en cuanto a la jerarquía de poder pero con dos diferencias importantes, primero el hombre que desempeña el rol activo reconoce que es bisexual, refiriendo sus relaciones con hombres como un comportamiento clandestino, y segundo asocia la relación con intereses económicos o al deseo de vivir experiencias diferentes.

Los participantes que refirieron desempeñar un rol pasivo en las relaciones sexuales, refirieron haber experimentado situaciones de violencia, abuso de poder y muy frecuentemente rechazo emocional por parte de sus parejas masculinas que desempeñan el rol activo o insertivo, quienes comúnmente los acusan ser promiscuos o infieles.

Ricardo (18 años) dijo:

“...yo tengo amistades afeminados que me llegan a buscar a la casa, apenas mi familia los ve me dice que yo soy un cochonero por que ando con ellos, me discriminan mucho y es peor si camino en la calle con ellos, al inicio me molestaba, pero, después no”. Ricardo (18 años).

Raul (18 años) también comentó:

“cuando mis amigos se dieron cuenta que a veces tenía relaciones con hombres ellos me empezaron a discriminar, me decían cochonero, eso molesta mucho sobre todo si hay mujeres cerca, pero la verdad es que es peor que me digan maricón o cochón”

Relaciones con Pares

Los participantes destacan que la comunidad gay ha comenzado a organizarse, sin embargo reportaron que existe una marcada falta de confianza entre sus miembros. Son comunes los rumores y chismes para desacreditarse mutuamente. Perciben que existe mucha rivalidad entre ellos, constantemente hay conflictos por parejas, exclusión y aislamiento del grupo.

*“...yo tenía una pareja que terminamos por que cuando yo andaba tomada de licor otros gay se le insinuaban y a mi me decían que lo miraban a él con otro, entonces yo decía que algún día lo iba a encontrar y así fue lo encontré con mi mejor amiga (otro gay), por eso yo no creo ni en los amigos”
explicó Jorge 20 años*

Entre los entrevistados fueron llamativas las actitudes de discriminación que ellos mismos tienen hacia los HSH versátiles, ellos consideran esa como fase de indecisión

dentro de la identidad sexual, estos a su vez sufren además de exclusión por parte de la comunidad gay.

Léster (24 años) comentó

“Como al inicio no había definido mi identidad sexual yo solía penetrar a otros y otros a mi. En vez de ayudarme, mis “amistades” gay me recriminaban mucho por eso, de alguna manera hasta me presionaban para que me definiera sexualmente... yo se que eso no solo a mí me pasó, a muchos que conozco les pasó igual, por eso es que para mí las verdaderas amistades no existen, conocidos muchos, pero amigos para mí solo mi mamá que me dio a luz.

Experiencias en la Infancia

Ellos señalan una serie de emociones entre las que prevalece en un inicio la confusión relacionada a la atracción que sentían por personas del mismo sexo y el contraste entre dichas emociones y la prohibición impuesta por la normativa social, cultural y religiosa vigente. Todos los participantes reportaron repetidamente que ellos en su crecimiento experimentaban sentimientos de culpa y vergüenza, temor de que se enteraran y por las reacciones de la familia, por lo que inicialmente ellos sufren un período de negación manteniendo en secreto tales situaciones, lo que finalmente les llevó a presentar dificultades para expresar su sexualidad. Sin embargo algunos de ellos expresaron que esas son las primeras etapas, que son superadas y que esos sentimientos se convierten en curiosidad.

Uno de los participantes expresó su experiencia:

“desde pequeño me gustaron las cosas de niña...empecé a sentir atracción por los muchachos, incluso empecé a tener mis primeras fantasías, para mí fue terrible... Ni quiera Dios que se diera cuenta mi familia, me daba un miedo el solo pensar lo que pasaría, me sentía avergonzado, confundido y para colmo mi papá cuando miraba a alguien afeminado en la calle, se refería mal y nos amenazaba a mis hermanos y a mi, si hacíamos lo mismo”.

Muchos de los participantes revelan la ausencia de modelos masculinos en su niñez, además, cuatro de los participantes reportan durante la infancia experiencias sexuales con hombres, la mayoría miembros de la familia. Dos de los cuatro participantes identifican haber sido abusados, los otros dos lo consideran parte de su “confuso deseo sexual” y lo asocian al comportamiento afeminado que ellos venían experimentando. Como resultado esto ha dejado en sus vidas sentimientos de frustración y falta de confianza en las personas.

Rafael (46 años) expresó:

“...la primera vez que yo tuve relaciones con un hombre fue por que a mi me violaron, fui violado a los 9 años cuando vivía con mi mamá en Managua. Estaba niño y recuerdo que un primo mío que tenía diez y seis años, cuando no estaba mi mamá se metía al baño y se bañaba conmigo, recuerdo que una vez...él...él me toco mis partes y me penetró a mi jugando. El me decía -no te preocupes no te va pasar nada-, yo estaba confundido, tenía miedo, no sabía que hacer, nunca dije nada, viví ahí por seis meses hasta que nos venimos a vivir a León, desde entonces no confío en nadie...he perdido mucho la confianza en las personas.”

Identidad Sexual

Fue relevante que todos los participantes refirieron finalmente un sentimiento de “ser diferentes”, diferentes a otros hombres, diferente a lo cotidiano, a lo socialmente aceptado. Todos reconocen haber pasado un proceso de intentos de cambio, refieren que trataron de “normalizar” sus vidas, de anular sus deseos, de abandonar sus pensamientos y comportamientos llamados por ellos “pecaminosos”. Posteriormente todos dicen haber descubierto que ellos son una creación de Dios por tanto Dios los hizo de esa manera. Eso marcó el inicio de un proceso de aceptación. Si embargo, la mayoría consideraron que tenían que confiar en si mismos y aceptarse para ser aceptados, definir su sexualidad sin tomar en cuenta las presiones de las demás personas.

Julio (49 años) expresó:

“Lo que soy no ha sido así siempre porque en un tiempo de mi juventud quise tapar el sol con un dedo por mis hermanos. Tuve amigas, eh...y tenía mis enamoradas, pero, yo las considere como amistad, nunca fue serio. Recuerdo que tuve una amiga que me llevo a besar, pero la segunda vez que lo intentó no la acepte, porque...solo me gusta una cosa, los hombres... así que me tuve que decidir, tenía que hacerlo, fue difícil...estuve así por 13 años.”

Una vez pasado el proceso de aceptación ellos refirieron haber iniciado otro también difícil, la divulgación de su identidad sexual. Refieren haber experimentado en ese período mucha ansiedad y depresión. De nuevo vivir confusión y miedo ante las reacciones negativas de la familia y de la sociedad.

Ernesto (18 años) compartió su experiencia:

“...tuve varias veces relaciones con un muchacho que vivió donde unos familiares y después él al tiempo lo anduvo diciendo; mi familia así se dio cuenta, mi mamá me preguntó y hasta se puso a llorar. Yo estaba más joven, tenía como quince años y me daba miedo que me corrieran así que lo negué todo, pero luego me miraban con modos así femeninos y para cuando finalmente se dieron cuenta ya no era algo nuevo”

Para algunos, un elemento positivo que ayudó a la divulgación de su identidad sexual fue el apoyo de algunos miembros de la familia, especialmente madre y hermanas, así como de otros HSH que ya habían vivido esta etapa y habían divulgado su identidad y preferencias sexuales. Para otros también ha contribuido el hecho de que hay una mayor

aceptación social hacia ellos lo que les facilita el reconocimiento público de su identidad sexual.

Cesar (24 años) dijo:

“la verdad que aunque me costó mucho aceptar lo que soy fue el apoyo de mi mamá y mis hermanas lo que me ayudó, además yo me hice amigo de un gay y el me aconsejó mucho...me contaba como eran las cosas antes y los diferentes que son ahora, por eso yo me decidí a divulgar mi sexualidad”.

Comportamientos de riesgo

En general, se pudo identificar de las entrevistas cuatro comportamientos de riesgo interrelacionados, estos fueron: Pensamiento suicida, Uso de drogas, Sexo comercial y Sexo sin protección.

Casi la mitad de los participantes reportaron que en algún momento han tenido pensamientos suicidas debido a las dificultades que han experimentado en su vida, pero en especial por su identidad sexual o por aspectos relacionados a ella. Refieren sentirse frecuentemente deprimidos, frustrados y solos y es cuando surgen los pensamientos suicidas, aunque reportan que no han tomado esa decisión gracias al apoyo recibido de su familia, a sus principios religiosos, al apoyo de algún amigo y en algunos casos al apoyo psicosocial de algunas instituciones.

Luis (45 años) compartió lo siguiente:

“...Para mi no ha sido nada fácil, todo lo que le he contado y que he sufrido y se que para alguien como yo...no es fácil ser feliz y que tengo que conformarme con muy poco, pero ha habido momentos que he deseado morirme y como que lo he pensado... es muy difícil, ser lo que soy y no poder vivir bien con ello, pero le doy gracias a Dios que no lo he hecho y a mi mamita que allí esta siempre apoyándome”

Otros participantes han mencionado la posibilidad de quitarse la vida si llegaran a ser VIH positivos, y consideran esta situación como lo peor que podría pasarles.

...Si alguien me pasará el SIDA, yo si soy vengativo, no vengarme de pasársela a otro, sino que a la misma persona que me lo paso lo mataría antes de que lo haga la enfermedad y luego me mataría yo, porque vivir así no es vivir... de por si ya la gente lo trata mal a uno y nos dicen que tenemos SIDA ahora teniéndola de verdad, no, lo no soportaría...Jorge (20 años).

De los comportamientos de riesgo uno de los más mencionados ha sido el consumo de alcohol o drogas. Entre de las principales razones asociadas a su uso están: olvidar los problemas, socializar y encontrar parejas y mejorar el placer sexual. En este último caso los HSH que desempeñan el rol insertivo refirieron que el alcohol inicialmente fue usado

como una manera de “desinhibirse” y olvidar que su pareja era un hombre y pensar que era una mujer.

“Yo casi todos los fines de semana me voy un bar con mis amistades... a mi me gusta tomar por que me relaja, me siento más feliz. Yo siento como que tengo el control y todo parece diferente... a mi los hombres me invitan y luego de tomar me preguntan si quiero tener relaciones, o sin pena yo le pregunto si quieren y nos vamos, eso es bien común. Eso si, a veces no se con quien he tenido relaciones y mucho menos si usé condón... Luis (45 años).

Ricardo un participante quien se identificó así mismo como “heterosexual” se refirió al uso de alcohol o drogas en sus relaciones sexuales con otros hombres de la siguiente manera:

“...la primera vez fue cuando estaba tomado, me emborraché y pasó lo que pasó con el varón, yo tenía catorce años, pero ya había tenido antes relaciones sexuales con mujeres. Yo me sentí raro esa vez, hacerlo con un hombre (sonríe)...todo feo se siente... me sentí extraño por que no es lo mismo tener relaciones con una mujer que con un hombre, es súper diferente, fue todo raro... Si he tenido relaciones con gay unas tres veces más luego de esa vez, pero, es que la verdad para tener relaciones con un gay es mejor estar con unos tragos, pero no borracho, por que así como que no estas preocupado de que es otro hombre”

El sexo comercial asociado a las relaciones entre hombres fue mencionado por 8 de los participantes aunque solamente uno de ellos se identificó como trabajador sexual. Para ambos tipos de roles (tanto insertivo como receptivo) es una manera fácil de obtener dinero y de tener relaciones homosexuales. Los hombres que desempeñan el rol activo o insertivo reciben dinero usualmente de HSH de edad mayor. En el caso del hombre que se prostituye y desempeña el rol receptivo, en la mayoría de las situaciones se traviste para tal fin, describe a sus parejas como hombres de diferentes edades y niveles sociales. Tres aspectos importantes están ligados a este comportamiento, situaciones de violencia, relaciones sexuales sin protección y consumo de alcohol o drogas. La violencia es atribuida al abuso de poder y a la falta de protección. En el caso de las relaciones sexuales sin protección los participantes expresan se producen para evitar la perdida de potenciales clientes, con clientes regulares u hombres que aparentar estar en buena condición física.

Miguel (21 años) refirió:

“cuando salgo por las noches yo me travisto, es que así es fácil que se interesen los hombres en mí. Cuando uno se prostituye sabe a lo que se expone, si uno tiene relaciones con alguien que no conoce y de repente le pides que use el condón, y como la mayoría no quieren por que no les gusta se enojan y te pueden hasta golpear, otras veces te dicen que no y que se van y tenes que decidirte a hacerlo sin condón. Si lo miro de buen aspecto o talvez ya lo hemos sin condón antes, si me paga bien o en definitiva si me gusta pues yo le digo que si y lo hacemos sin nada, pero, no son todas las veces, además yo le reviso sus partes con cuidado mientras lo acaricio para asegurarme, no crea que es así por así...”

Las relaciones sexuales comerciales están acompañadas frecuentemente de consumo de alcohol o drogas. Estas se desarrollan en entornos cercanos a bares o en expendios de drogas e incluso se establecen el intercambio de alcohol o drogas por sexo.

“Yo ya he ido como tres veces por las noches a la carretera, al By Pass. Las primeras dos veces con una amiga como yo, me dijo que se gana dinero rápido si se hace lo que piden... ahí me encuentro con otras como yo, travestis y mujeres...ahí en los bares, cada quien sabe su lugar y en el 100% de las veces se bebe licor, otras veces hasta el cliente te ofrece coca... y al final uno se acostumbra, es como si uno va a la Iglesia es a rezar, pero si uno va a las cantinas es a beber” Carlos 18 años

Finalmente se identificó claramente en la mayor parte de las entrevistas que los HSH utilizan en sus relaciones sexuales una protección relativa ya que a pesar de que todos los participantes alegaron tener conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual y expresaron preocupación por adquirirlas, en la práctica el uso del condón es limitado. Ciertas situaciones y condiciones interfieren en la decisión de protegerse durante las relaciones sexuales. Hay cierta falta de conciencia también al momento de tener relaciones con sus parejas estables pues tienen relaciones sexuales sin protección alegando la pérdida de función sexual, e incomodidad por el uso del condón, o que como muestra de afecto y confianza hacía su pareja no consideran necesario usar un condón.

“yo con la pareja que estoy no le exijo que use el condón, por que desde que esta conmigo no ha estado con otra persona, y él se ve saludable...además cuando tenemos relaciones sexuales yo siempre le reviso sus partes mientras lo acaricio, si le veo algo raro como un grano o le siento mal olor, no tenemos relaciones y vamos al medico para saber que es” Rene 31 años

También otras de la razón argumentada por algunos de los participantes es que se guiaban por la apariencia física de sus parejas o la aparente falta de experiencia sexual para decidir usar o no protección.

Otro participante comenta al respecto

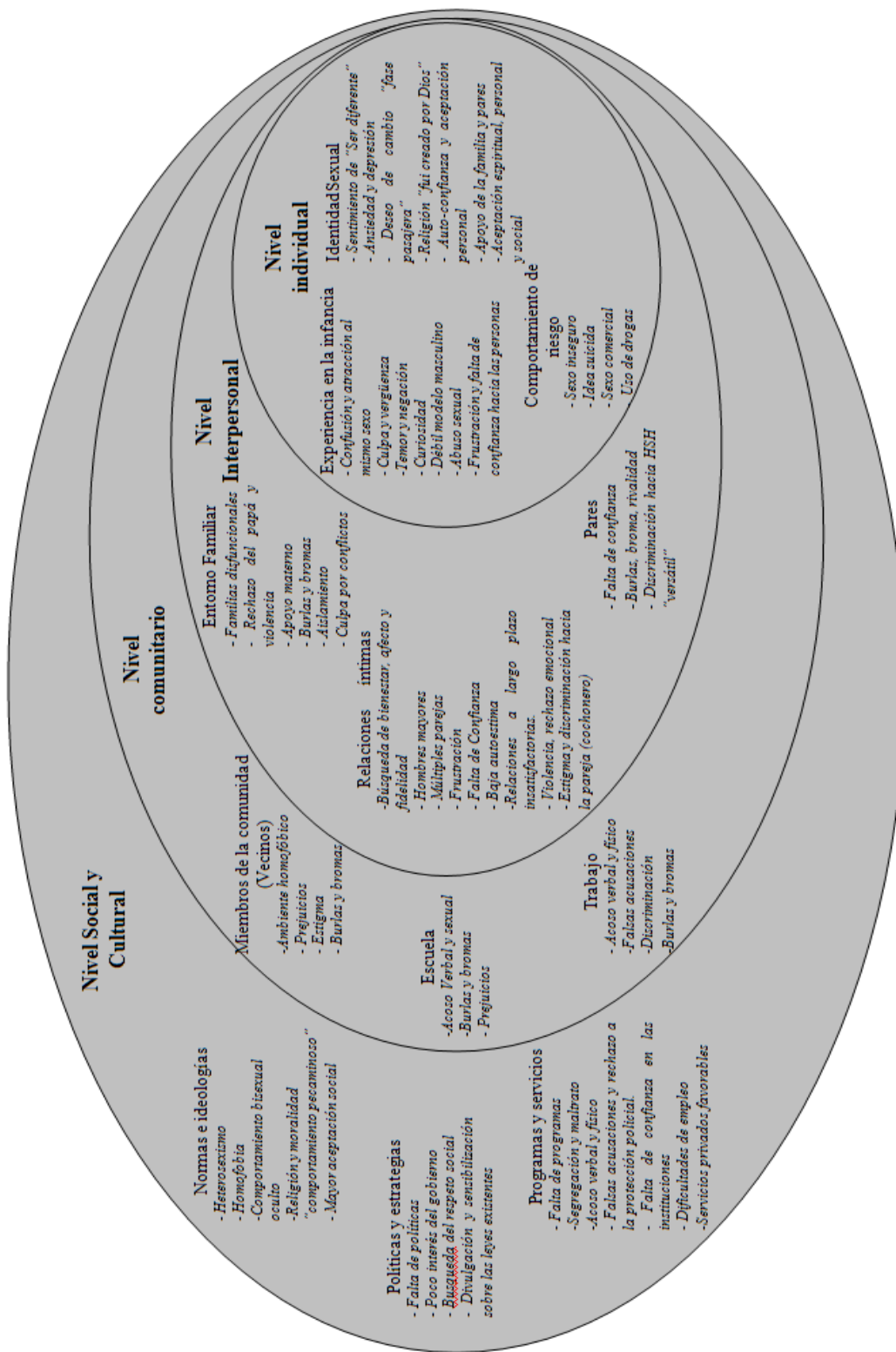
“Pero la mayoría de las veces que lo hago, lo hago con personas conocidas o con muchachos que conozco y que no han tenido relaciones” Alberto 43 años

Sin embargo la mayoría de los participantes que refieren no usar condón en sus relaciones sexuales reportan que revisan los genitales de sus parejas como una alternativa al uso del condón. Esta práctica es realizada de forma sutil para evitar demostrar desconfianza hacia su pareja. Por otro lado existe desinformación en ciertos aspectos relacionados a la transmisión y prevención de las infecciones sexuales, sobre todo en lo referente al sexo anal.

“hay veces en que no uso condón con mi pareja, cuando yo se que mi pareja es muy joven, se ve bien físicamente, es aseado, no tiene tatuajes, y lo conozco de mucho tiempo... por ejemplo un vecino mío yo se que él es así y ya he tenido relaciones sin condón...además se que en el ano cuando entra el semen se regresa ahí mismo, me lavo y no pasa nada” Jorge 20 años.

Los hallazgos anteriores apuntan a que desde la perspectiva de los HSH entrevistados, los factores determinantes o relacionados a la sexualidad pueden ser agrupados utilizando el modelo ecológico que está integrado por los diferentes niveles estructurales de la sociedad y que se representan en círculos concéntricos iniciando desde el más externo, el nivel macro, en el que representamos el contexto socio cultural de León Nicaragua y esta constituido por dos subcategorías: Normas e ideologías y Políticas o estrategias. El segundo nivel representa el nivel comunitario, los diferentes contextos en que los que participantes se desenvuelven, tales como la red social (vecinos, trabajo, escuela), los servicios y programas (ONG, policía y los proveedores de servicios de salud). A continuación el nivel interpersonal que abarca los entornos inmediatos en que los participantes establecen sus principales relaciones interpersonales: la familia, la pareja y los pares. Finalmente el nivel más interno representa el nivel individual donde agrupamos los comportamientos individuales de riesgo y se incluyen entre otros las experiencias en la infancia y la identidad sexual.

Figura 5. Modelo exploratorio de la naturaleza de las relaciones sexuales entre hombres y su contexto social y cultural en León Nicaragua



DISCUSIÓN

A lo largo de la vida del ser humano la sexualidad esta fuertemente vinculada a diferentes experiencias de tipo biológicas, afectivas y psicológicas, que influyen en el desarrollo integral del individuo. Sin embargo, factores de carácter social, cultural, político, económico y religioso están también relacionados. A pesar de que las relaciones sexuales entre hombres no son recientes y que ocurren en las mayoría de las sociedades estas son comúnmente estigmatizadas. [19, 31]

Nuestros hallazgos revelan que los HSH de este estudio viven en un contexto social y cultural regido por normas heterosexuales, las cuales se expresan en homofobia y ocasionan frecuentemente un comportamiento bisexual oculto que potencia aun más actitudes machistas. Los participantes que asistieron a la entrevista vestían masculinamente, argumentando que esta era la manera correcta de acuerdo a las normas sociales, pues hacer lo contrario sería irrespeto al entrevistador, aunque un tercio de ellos reportó travestirse. Como Lancaster ha señalado sobre el homosexual en Nicaragua “el cochón (homosexual) es ubicado fuera de las reglas operacionales de la heterosexualidad normativa, eso hace que el cochón sea un objeto de la subjetividad del machismo” [19]. La homofobia tiende a internalizarse en el individuo, el cual asume una postura de “transgresor” de las normas sociales, lo que afecta la relación del individuo con la sociedad y la familia y dificulta la definición de su identidad sexual y la divulgación de la misma.

Green Cassaya en el 2004, en un grupo de entrevistas focales conducidas en ocho departamentos de Nicaragua, encontró expresiones de homofobia internalizadas entre HSH y comportamiento bisexual oculto [13]. Este autor considera que las creencias religiosas refuerzan la homofobia internalizada y que los sentimientos homofóbicos surgen en el seno de la familia y la sociedad en su conjunto. Estos se producen como resultante de una mezcla de miedo con normas religiosos, morales, y culturales que consideran a otras prácticas u opciones sexuales como antinaturales, malignas y repudiables, y por consiguiente merecedoras de un castigo divino”. Este conflicto entre creencias religiosas y sexualidad se ha presentado desde siempre, no obstante es más

relevante en las relaciones entre hombres. En Brasil un país tradicionalmente religioso 17% de los HSH no refirió religión alguna [13]. Sin embargo, las expresiones públicas de los HSH que antes estaban limitadas a celebraciones culturales-religiosas o semi-travestismo [19], de acuerdo a este estudio son ahora más comunes dado que la sociedad va poco a poco cambiando y enfrentan cada vez menor rechazo social, tanto en Nicaragua como en el resto de Latinoamérica.

El estigma hacia las prácticas sexuales entre hombres esta fuertemente vinculado a otro fenómeno similar, el estigma hacia el VIH y SIDA, lo que se conoce como doble estigma. Ambos se refuerzan mutuamente, potenciando los prejuicios y la discriminación e interfieren con las estrategias de intervención o los procesos de divulgación tanto de la homosexualidad como del estado de VIH. [4, 28, 32]

A nivel macro-estructural Nicaragua carece, desde el punto de vista de los entrevistados, de políticas, programas o estrategias que benefician a los HSH, asociado a la falta de interés político por apoyar este tipo de iniciativas. A esto Green Cassaya y colaboradores le llamaron “discriminación legislativa”, Ellos, al igual que nosotros, encontraron que los HSH sufren de experiencias de trato discriminatorio, y prejuicios por partes de servidores públicos como la policía y trabajadores de la salud lo que se conoce como “discriminación comunitaria”, estos no fueron presentes en servicios privados [13]. Chakrapani define estos aspectos como barreras estructurales e institucionales que obstaculizan procesos importantes como la prevención de la transmisión del VIH y que refuerzan la criminalización del comportamiento sexual entre hombres.

Los entornos escolar, laboral y comunitario son una continuidad de los mismos comportamientos y actitudes encontradas a nivel macro social y cultural, son un reflejo a menor escala. Sin embargo, es mayor la aceptación a nivel comunitario que macrosocial, Green Cassaya encontró que 84% de los HSH reportaron sentirse aceptados por la comunidad [13]. La pobreza es un denominador común en el contexto nicaragüense, aunque se percibe una mayor aceptación hacia los HSH esto no se traduce a igualdad en términos económicos y laborales ya que estos presentan mayores

limitantes que acentúa su vulnerabilidad. Desde la perspectiva de los propios HSH la sociedad tiende a aceptar empleos feminizados (cocina, costura, belleza) que de acuerdo con Lancaster estas son una interpretación local del nivel de vida occidental. [17]

El modelo propuesto muestra que en las relaciones interpersonales y en la dinámica de las relaciones sexuales la búsqueda de relaciones estables y seguras basadas en la fidelidad y el respeto es bien compleja. Nuestros hallazgos demostraron que el estigma y la discriminación se presentan predominantemente en la pareja receptiva o pasiva [1, 12, 14, 31]. De acuerdo con Lancaster en el contexto social y cultural nicaragüense a esta pareja se le llama con el término “cochón”, aunque destaca que para la pareja insertiva (activa) ellos no encontraron ningún término discriminatorio [17], a diferencia de nuestros entrevistados que denominaron a este tipo como “cochonero”. Nuestro hallazgos coinciden con los de Penado y colaboradores en que para los HSH que desempeñan el rol versátil existe discriminación marcada por parte de la misma comunidad Gay que consideran esta como una fase indefinida de la identidad sexual [34].

Desafortunadamente en el contexto en que se desarrolló este estudio las relaciones interpersonales entre pares eran disfuncionales, lo que se tradujo en una red social de apoyo deficiente, constituyéndose en un obstáculo para la implementación de actividades de intervención masivas dirigidas a esta población.

La familia desempeña un muy rol importante en la vida de los HSH y especialmente en su sexualidad. La falta de roles masculinos en su vida, conlleva a establecer vínculos más fuertes con la madre u otro miembro de la familia, el cual asume ambos roles de crianza [19]. Este apoyo familiar se encontró como un factor protector. La culpabilización por los conflictos familiares en los HSH no es un evento aislado, es también común en otros problemas sociales tales como Suicidio, Embarazo en Adolescente, Violencia intrafamiliar, uso de drogas.

De acuerdo con el modelo ecológico de la identidad homosexual propuesto por Alderson el nivel externo esta representado por la influencia social en su conjunto tales como normas, valores, leyes, etc. Que a su vez influyen sobre un nivel más interno

conformado por tres influencias cultural-espiritual, familiar y de pares. Menciona que a nivel individual estos factores pueden diferir grandemente de acuerdo a la manera en que estos son vividos. [35]

En nuestro modelo, el círculo interno contiene los factores de nivel individual que se encontraron vinculados fuertemente con la sexualidad de los HSH. Las experiencias en la infancia determinan en gran medida aspectos importantes en la vida del ser humano como la personalidad, y en especial la sexualidad; las emociones, sentimientos y vivencias están ligadas al proceso de construcción de la identidad sexual [19]. Nuestros hallazgos revelan que los HSH presentan con frecuencia historia de abuso sexual en la infancia, un fenómeno de alta incidencia en el contexto latinoamericano [9, 10]. Este tipo de experiencias negativas ha demostrado potencializar la adquisición de comportamientos de riesgo como el uso de drogas, relaciones sexuales comerciales, relaciones sexuales sin protección, e ideas suicidas [1, 7, 8,]. La presencia de esos factores interactuando entre si incrementan la vulnerabilidad de los HSH a uno de los problemas de salud pública más destacados de los últimos treinta años, el VIH y SIDA [19].

Alderson mostró en su modelo que dentro del establecimiento de la identidad gay masculina los hombres presentan disonancia cognitiva, la cual resulta de una incompatibilidad entre lo cognitivo, lo afectivo y los comportamientos, esta disonancia genera a su vez confusión. La definición de la identidad sexual de un HSH en homosexual abiertamente declarado inicia con lo cognitivo (pensamientos, imágenes, fantasías) y lo afectivo que se refiere a los sentimientos eróticos y apasionados que incluyen el romanticismo. Ambos, afectivo y cognitivo, definen la orientación sexual. El comportamiento sexual no esta incluido dentro de la orientación sexual ya que muchos individuos tienen relaciones sexuales con otros por razones no relacionadas a sus inclinaciones naturales. Cuando la disonancia se hace menor, la confusión también disminuye y el individuo entra en una fase de aceptación personal que dependerá de la interacción con los demás factores en los otros niveles del modelo para finalmente establecer según Alderson el nivel más interno que es la “Consolidación de la Identidad Sexual”. [35]

Nuestros hallazgos apuntan a que la consolidación de una sexualidad y por tanto de una identidad positiva estará en dependencia no solamente del individuo por sí mismo, sino de su interacción positiva en los diferentes entornos, desde lo social hasta lo interpersonal. Es por lo tanto importante ser parte de una red de apoyo desde nivel macrosocial (instituciones, leyes, programas, servicios) como microsical (familia, pares, amigos).

CONCLUSIONES

El contexto cultural y social de los HSH esta caracterizado por normas heterosexuales claramente establecidas desde la infancia, que se expresan en actitudes homofóbicas y como resultado en comportamientos bisexuales ocultos. La ausencia de leyes, políticas e incluso programas a favor de los HSH ocasiona una discriminación de tipo legislativa lo que obstaculiza el abordaje de esta población e incrementa su vulnerabilidad.

Dentro del nivel comunitario se presentan situaciones discriminatorias específicamente en entornos importantes como la escuela, el trabajo y los servicios públicos (salud y policía), sin embargo desde la perspectiva de los HSH paralelamente se presenta una mayor tolerancia y respeto hacia el homosexualismo, especialmente en los servicios privados

Carencia de una red social de apoyo a nivel interpersonal en donde la familia, la pareja y el grupo de pares esta casi ausente. En la familia madres y abuelas son las que han demostrado mayor apoyo y comprensión, así como un grupo limitado de pares. Las relaciones de pareja son mayormente disfuncionales, en donde se evidencia una clara discriminación, dentro del vocablo popular nicaragüense se señalan a los homosexuales receptivos (pasivos) con el termino cochón y a la pareja insertiva (activa) cochonero. Falta de confianza y apoyo mutuo entre los HSH e incluso actitudes discriminatorias hacia los HSH que practican roles de versatilidad

A nivel individual se identifican múltiples situaciones que favorecen diversos comportamientos de riesgo tales como uso y abuso de drogas, idea suicida, sexo comercial y relaciones sexuales sin protección, quienes se potencializan mutuamente y obstaculizan la consolidación de la identidad sexual. Los HSH experimentan situaciones negativas desde la niñez que los afecta psicológica y emocionalmente (depresión, falta de confianza, confusión, desmotivación, vidas disfuncionales). La religión influye importantemente en la sexualidad de los HSH, la que crea o fortalece la homofobia internalizada.

RECOMENDACIONES

Dirigir actividades para:

1. Fortalecer el papel de las instituciones y servicios públicos para que brinden una atención no discriminatoria en el marco del respeto al derecho constitucional a la libertad, al trato justo y digno, el derecho a la salud por igual, sobre todo el derecho al pleno goce de una sexualidad saludable y libre de prejuicios.
2. Sensibilizar a la sociedad y sus diferentes entornos sobre el respeto de los derechos sexuales, la buena convivencia y especialmente sobre el estigma y la discriminación (homofobia) Interviniendo sobre todo a nivel de la escuela y la familia como valiosos recursos para educación.
3. Brindar servicios psicosociales de apoyo a los HSH que favorezcan la adquisición de hábitos de vida saludables, autoestima, desarrollo de la confianza, habilidades de negociación sobre el uso del condón, para evitar la práctica de comportamientos de riesgo y favorecer una mayor y mejor calidad de vida en especial en términos de Salud Sexual y Reproductiva.
4. Desarrollar investigaciones complementarias de tipo cuantitativo y/o cualitativo que permitan conocer a mayor escala la presencia de estos factores y que ayuden a una mayor comprensión de la sexualidad de los HSH en el contexto nicaragüense. Además que ayude a dilucidar factores de riesgo o experiencias de estigma y discriminación relacionados al VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS, *AIDS and men who have sex with men. UNAIDS Technical update 2000*, UNAIDS: Geneva. p. 8.
2. CID Gallup, *Percepción sobre el SIDA en Centro America*. 2003.
3. Poppen, P.J., et al., *Predictors of unprotected anal intercourse among HIV-positive Latino gay and bisexual men*. *AIDS and Behavior* 2004. 8(4): p. 379-89.
4. Cáceres, C.F., *HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: a hidden epidemic?* *AIDS*, 2002. 16(3): p. S23-S33.
5. Agronick, G., et al., *Sexual Behaviors and Risks Among Bisexually and Gay-Identified Young Latino Men*. *AIDS and Behavior*, 2004. 8(2): p. 185-197.
6. Hart, T.A., et al., *Partner Awareness of the serostatus of HIV-seropositive Men who have sex with men: Impact on unprotected sexual behavior*. *AIDS and Behavior*, 2005. 9(2): p. 155-166.
7. Parsins, J.K., AH, *Sexual risk behaviors and substance use among alcohol abusing HIV-positive Men who have sex with men*. *Journal Psychoactive drugs*, 2005. 37(1): p. 27-36.
8. Hirshfield, S., et al., *Substance abuse and high-risk among men who have sex with men: a national online study in the USA*. *AIDS CARE*, 2004. 16(8): p. 1036-1047.
9. Arreola, S.G., et al., *Higher prevalence of childhood sexual abuse among Latino men who have sex with men than non-Latino men who have sex with men: Data from the Urban Men's Health Study* *Child Abuse and Neglect*, 2005. 29: p. 285-290.
10. Camargo, V., et al., *Sexual abuse in childhood and risk in adult life: the invisible in a MSM cohort*, in *International Conference on AIDS*. 2002: Brazil.
11. Garcia Calleja, J.M., et al., *Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region*. *AIDS*, 2002. 16(3): p. S3-S12.
12. McFarland, W. and C.F. Caceres, *HIV surveillance among men who have sex with men*. *AIDS*, 2001. 15(3): p. S23-S32.
13. Green Cassaya, I., A.R. Peña González, and M.L. Silva Pérez, *Identificación de Conductas y Prácticas en Relación al VIH/SIDA en la Población H.S.H. en Ocho Departamentos de Nicaragua. Agosto- Ocutubre 2004*. 2005, Federación Red NicaSalud: Managua. p. 59.
14. Parker, R.G., *Behaviour in Latin American men: implications for HIV/AIDS interventions* *International Journal of STD and AIDS*, 1996. 7(2): p. 62-65.
15. Brooks, R.A., et al., *Preventing HIV among Latino and African American Gay and Bisexual Men in a Context of HIV-Related Stigma, Discrimination, and Homophobia: Perspectives of Providers*. *Journa of AIDS Patient Care STDS.*, 2005 November. 19(11): p. 737-744.
16. da Silva, C.G.M., et al., *Optimistic perception of HIV/AIDS, unprotected sex and implications for prevention among men who have sex with men, São Paulo, Brazil*. *AIDS*, 2005. 19(4): p. S31-S36.
17. Lancaster, R.N., *Subject honor and object shame: the construction of male homosexuality and stigma in Nicaragua*. University of California, 1986.
18. Kerr-Pontes, L.R.S., et al., *Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil*. *AIDS*, 1999. 13(6): p. 709-717.
19. Oceano, G., *Enciclopedia de la Sexualidad* Oceano, Editor. 2003: Barcelona España.
20. CDC, *A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carini Pneumonia among Homosexual Male Residents of los Angeles and Orange counties*, in *Morbidity Mortality Weekly Report*. 1982, CDC: Atlanta p. 305-7.
21. McFarland, W., et al., *HIV incidence among young men who have sex with men - seven U.S. cities, 1994-2000* in *Morbidity Mortality Weekly Report*. 2001, CDC: Atlanta. p. 440-444.
22. UNAIDS and WHO, *AIDS epidemic update: Latin America, HIV and AIDS statistics and features in 2003 and 2005*. 2005, UNAIDS, WHO.
23. Soto, R.J., et al., *Sentinel Surveillance of Sexually Transmitted Infections/HIV and Risk Behaviors in Vulnerable Populations in 5 Central American Countries*. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 2007. 46: p. 101-111.
24. Koblin, B.A., et al., *High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: Baseline Data From the EXPLORE Study*. *American Journal of Public Health*, 2003. 93(6): p. 926-932.

25. Orozco, M. and L.G. Pedraza Fariña, *HIV/AIDS Policy in Nicaragua: a Civil Society Perspective*. 2007, Open Society Institute: New York. p. 46.
26. WHO, *Gender and Health: Gender and HIV/AIDS*. 2003, Department of Gender and Women's Health: Geneva. p. 4.
27. Flores, T.d., *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición*. 2002: Amer Psychiatric Pub Inc. 1047.
28. UNAIDS, *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes. A resource for national stakeholders in the HIV response, I, 2*, Editor. 2007, UNAIDS.
29. Ministerio de Salud de Nicaragua, *Boletín epidemiológico sobre la situación del VIH y SIDA en Nicaragua*. Junio 2008, Ministerio de Salud de Nicaragua: Managua. p. 7.
30. Manji, A., R. Peña, and R. Dubrow, *Sex, Condoms, Gender Roles, and HIV Transmission knowledge among adolescents in Leon, Nicaragua: Implications for HIV prevention*. AIDS Care, 2007. 18: p. 989-995.
31. Cáceres, C.F., K. Konda, E. Segura, and R. Lyerla, *Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low and middle income countries: 2003-2007 estimates*. Sex Transm Inf, 2008. 84(1): p. i49-i56.
32. Aggleton, P., R. Parker, and M. Maluwa, *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. 2003. Inter American Development Bank, Washington D.C.
33. Chakrapani, V., P.A. Newman, and M. Shunmugan, *Secondary HIV prevention among Kothi-identified MSM in Chennai India*. Culture, Health & Sexuality, 2008. iFirst Article, 1-16.
34. Penado, J., et al., *Role versatility among men who have sex with men in urban Peru*. Journal of Sex Research, 2007. 44(3): p.233-239.
35. Alderson, K.G., Newman, and M. Shunmugan, *The ecological model of gay male identity*. The Canadian Journal of Human Sexuality, 2003. 12(2): p.75-85.

ANEXOS

Entrevista a profundidad sobre Sexualidad y Comportamiento en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre completo del estudio: Sexualidad y Comportamiento de Riesgo entre Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en León, Nicaragua

Conducida por: Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León y el Centro para la Investigación Interdisciplinaria sobre SIDA (CIRA), Universidad de Yale

Investigador principal: William José Ugarte Guevara, M.D.

Investigador por CIRA: Robert Dubrow, M.D., Ph.D.

Investigador por CIDS: Eliette Valladares Cardoza, M.D., Ph.D.

¿De que trata el estudio?

Usted ha sido invitado a participar en una entrevista a profundidad dirigida a entender la naturaleza de las relaciones sexuales entre hombres, sus sentimientos acerca de su identidad sexual y la situación general de los hombres que tienen sexo con otros hombres en León, Nicaragua. La información recolectada en este estudio ayudará a desarrollar maneras para disminuir el riesgo de VIH y reducir el estigma y la discriminación en contra de los hombres que tienen sexo con otros hombres en Nicaragua.

¿Cuales son los costos para mí?

Usted no incurrirá en ningún costo como resultado de su participación en este estudio. Usted recibirá un reembolso de los gastos por transportación al asistir al estudio.

¿Recibiré algún pago?

Usted no recibirá ningún pago por tomar parte en este estudio; sin embargo, se le ofrecerá un paquete de regalo con arroz y frijoles por su participación.

¿Quienes están participando en este estudio?

Usted será uno de los hombres que tienen sexo con otros hombres, mayores de 18 años de edad, del departamento de León, quienes serán invitados a participar en este estudio. El estudio es conducido por el Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS), de la Universidad de León y el Centro de Investigación Interdisciplinaria sobre SIDA (CIRA), de la Universidad de Yale, Estados Unidos y es apoyado por el Ministerio de Salud. El estudio incluye solamente hombres que quieran estar en el estudio y estén voluntariamente de acuerdo en participar. Por favor tome su tiempo y pregúntenos sobre alguna duda antes de tomar la decisión de estar en el estudio.

¿Que significa participar?

La entrevista tomará la forma de conversación. El entrevistador preguntará para aprender más acerca de usted. Muchas de las preguntas son personales e intimas, puede sentirse libre de decidir si o no participar para esas o cualquier otra pregunta. Por ejemplo, se le preguntará acerca de sus hábitos y experiencias sexuales. Sus respuestas serán anónimas y confidenciales (no grabaremos su nombre) y serán usadas solo para el estudio. La entrevista tomara cerca de 90 a 120. El entrevistador hará una grabación de la entrevista, la cual será después grabada a un archivo de computadora, las grabaciones serán destruidas una vez que el estudio haya sido completado.

¿Como me beneficiare del estudio?

Usted podrá experimentar algunos beneficios psicológicos al expresar sus sentimientos acerca de ser un hombre que tiene sexo con otro hombre. El equipo investigador lo referirá a una ONG llamada Ixchen, la cual provee apoyo y talleres educacionales en áreas tales como salud reproductiva, protección contra el SIDA, derechos humanos, autoestima, así como conserjería psicológica. En adición, esperamos que lo que aprendamos de este estudio ayude a proveer mejores servicios a los Hombres que tienen sexo con otros Hombres en el futuro.

¿Cuales son los riesgos de participar en este estudio?

Algunas de las preguntas que se le harán son de naturaleza personal, puede ser que se sienta triste en algún momento, incomodo o apenado cuando se le pregunte sobre su comportamiento sexual u otros tópicos sensibles. Usted puede rechazar responder cualquier pregunta en la que se sienta incomodo.

¿Que otras opciones tengo en vez de este estudio?

Si usted no forma parte del estudio, puede todavía obtener conserjería acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual y la prueba del VIH, y obtener recomendaciones para prevenir la infección y la transmisión por el VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres. Su decisión o actividades relacionadas a la participación en este estudio no afectaran tu relación con cualquier establecimiento de salud.

¿Será la información dada mantenida confidencialmente?

Toda la información recolectada en este estudio permanecerá anónima. En orden de proteger la confidencialidad de la información que nos da, no le pediremos su nombre u otra información que podría identificarlo para identificarlo usted mismo escogerá un seudónimo. Su entrevista será tratada como confidencial de acuerdo a las leyes nicaragüenses. El Principal Investigador del estudio será responsable de asegurar que toda la información se mantenga de manera confidencial. El equipo del estudio puede ver su información para revisar los datos y procedimientos del estudio. Sin embargo, ellos no conocerán su nombre. Con la solicitud del Investigador Principal, usted tendrá acceso a la información mantenida en sus archivos como parte de este estudio. La información que usted nos provea no será revelada a las personas quienes usted invito, ni a quien lo había invitado.

¿Podría pedir estar en cualquier otro estudio?

Porque no tenemos su nombre o información personal, no será posible contactarlo o verlo si usted esta interesado en ser parte en otros estudios de salud.

¿Que si yo tengo preguntas, comentarios o inquietudes?

Este consentimiento explica el estudio de investigación. Si usted tiene alguna pregunta, comentario o inquietud acerca del estudio o del proceso de consentimiento informado, por favor siéntase libre de preguntarnos. Si usted no tiene preguntas ahora, usted puede tenerlas mas tarde. Usted debería entender sus opciones antes de aceptar este formato. Si usted tiene preguntas adicionales mas tarde, puede llamar por teléfono o escribir a nuestro Investigador Principal Dr. William Ugarte, al 311-0368, contiguo al colegio Mariano Fiallos.

Aprobación

El protocolo del estudio y este formato de consentimiento informado han sido revisados por el Comité de Ética y Bioética en Investigación de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León, el Ministerio de Salud de Nicaragua y el Comité de Investigación Humana de la Universidad de Yale, Estados Unidos. Estos Comités de revisión monitorearan la seguridad y el bienestar de los derechos de los hombres participantes en este estudio.

Certificación del Entrevistador

Firmando y fechando este formato de Consentimiento Informado, Yo estoy señalando que he leído la información acerca del estudio titulado "Sexualidad y Comportamiento de riesgo entre Hombres que tienen sexo con otros Hombres en León, Nicaragua" al participante, quien esta de acuerdo en participar en este proyecto de investigación.

Firma del Entrevistador

Nombre del Entrevistador

Fecha

NOTA: EL INVESTIGADOR PRINCIPAL DEBERA MANTENER UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. OTRA COPIA DEBE SER COLOCADA EN EL FOLDER DEL PARTICIPANTE. UNA TERCERA COPIA DEBE SER DADA AL PARTICIPANTE.

CENTRO DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA Y SALUD
CIDS UNAN-LEON
CENTRO PARA LA INVESTIGACION INTERDISCIPLINARIA SOBRE VIH Y SIDA
CIRA-UNIVERSIDAD DE YALE, USA

GUÍA PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD:

Sexualidad y Comportamiento de Riesgo entre Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en León, Nicaragua

Perspectiva general del estudio (para el entrevistador – no leer al participante)

El propósito de esta entrevista es obtener narraciones de relevancia para el entendimiento de las experiencias vividas por los HSH en León. El método narrativo, se basa en preguntas abiertas diseñadas para obtener historias completas o narraciones, extraídas sobre la noción de que las historias contadas por las personas pueden proporcionar una perspectiva crítica dentro de sus propias ideas acerca de los aspectos más destacados de una experiencia personal. Es por tanto, la narración cualitativa algo más que preguntar de un modo poco sistemático acerca de experiencias personales, el entrevistador establece el escenario para que el participante extraiga la historia de manera que tenga el mayor sentido para el o ella, proporcionando de este modo información acerca de que tipo de eventos, ideas y sentimientos parecen más importantes para el participante. Las diferencias resultantes encontradas entre las narraciones, es de hecho un aspecto clave del conjunto de datos cualitativos resultantes. Esta potencial carencia de comparabilidad en las historias es compensada al incluir preguntas que con posterioridad permitirían a los entrevistadores aprender acerca de aspectos específicos de interés para el estudio – pero solo después de que las primeras narraciones han sido obtenidas,

Así que, cada sección de la entrevista tendrá preguntas neutrales y abiertas (llamativas). El entrevistador deberá dejar que el participante le responda a el o ella cada pregunta abierta, y debiera fomentar o estimular al participante con mensajes neutrales tales como: “Ya veo”, “Dime más acerca de ello”. El Investigador deberá escuchar cuidadosamente la historia para que sea posible profundizar áreas que no han sido cubiertas, pero solo después que el participante ha terminado de decir su historia en respuesta a la pregunta realizada. No intervenga con preguntas prematuramente.

Las notas para el entrevistador están en cursiva. Estas no deberán ser leídas al participante.

Presentación: Mi nombre es William, soy medico y trabajo para la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León, la cual esta llevando a cabo una serie de investigaciones sobre Salud y Comportamiento Sexual en Hombres del departamento de León. Por lo tanto estamos invitándolo a participar en esta entrevista y procederemos a llevarla a cabo contando con su previo consentimiento.

Explicación del proceso: Durante la entrevista usted puede hablar libremente a medida que surjan las preguntas. Algunas de las preguntas que se le harán son de naturaleza personal, sobre su comportamiento sexual u otros tópicos sensibles por lo que esta en la libertad de expresar sus sentimientos. Usted puede rechazar responder cualquier pregunta en la que se sienta incomodo. En ningún momento se le juzgará por sus reacciones o por sus repuestas. Usted sabe que retener toda la información que nos dice es difícil, por lo que usaremos una grabadora si usted nos lo permite.

A. Introducción

Metas: aprender acerca de la vida del participante y establecer una relación de confianza entre el participante y el entrevistador.

1. Primero me gustaría conocerlo un poco mejor. Me podría contar acerca de usted como por ejemplo ¿Qué edad tiene?, ¿A que se dedica usted? ¿Desde cuando? ¿Con quien usted vive en estos momentos? ¿Con cual religión te identificas? ¿La practicas?

2. Cuénteme un poco de su historia de su niñez hasta este momento

- a. ¿Con quienes vivió mientras crecía? *Preguntar sobre el vinculo paterno, sobre la relación con alguien especial de la familia*
- b. ¿Durante su niñez y en su adolescencia como fue tratado?

B. Relaciones

1. De todas las relaciones que usted ha tenido, involucrando sus padres, hermanos y hermanas, amigos, y o parejas ¿Cuáles son o fueron más importantes para usted y porque?

2. Cuénteme ¿cual sería en su vida el compañero ideal? ¿Qué tipo de cosas busca en una persona? ¿Que características son importantes para usted?

C. Experiencias Sexuales

Metas: entender como son las experiencias sexuales del participante, sus parejas y el rol del sexo en su vida.

Se sabe que las relaciones sexuales están relacionadas muy íntimamente al ser humano, y es interés de este estudio conocer sobre ello, por lo tanto ahora hablaremos acerca del sexo y que significa para usted.

1. ¿Puedo preguntarte acerca de los aspectos sexuales de sus relaciones más importantes? De las relaciones importantes que usted ha tenido, ¿alguna involucró el sexo? Cuénteme acerca de cómo fue el sexo en cada una de las relaciones.

- a. y en el caso de la primera relación sexual que tuvo con un hombre ¿como fue? ¿Cómo se sintió?
- b. Relaciones con hombres: ¿Desempeña o desempeño un rol activo, pasivo o ambos en el sexo anal? ¿Por qué? ¿Y en el sexo oral? ¿Por qué?

2. Además de tener parejas estables, muchos hombres tienen relaciones sexuales casuales. ¿Ha tenido este tipo de relaciones? Cuénteme acerca de sus últimas dos recientes relaciones casuales.

- a.. ¿Cómo decidió mantener esta relación casual y no a largo plazo?

3. Usted me ha dicho acerca de sus relaciones importantes y las casuales. ¿Es el sexo en las relaciones a largo plazo más significativo para usted que en las relaciones casuales? ¿O ambos representan lo mismo?

- a. Algunas personas que he entrevistado han mencionado que no es posible ser fiel en el sexo por ser homosexual ¿Cuál es tu opinión al respecto?

4. ¿Cómo describe a su pareja sexual ideal? ¿Que tipo de características busca?

D. Protección contra el VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.

Metas: entender los conocimientos y actitudes del participante hacia el VIH y las infecciones de transmisión sexual, su nivel de riesgo (en particular con el uso del condón), y porque se pondría a sí mismo en riesgo. Las primeras cuatro preguntas ayudaran a acceder al tema.

1. Ahora me gustaría hablar acerca de temas sobre la salud sexual de los hombres. ¿Ha escuchado acerca de las infecciones transmitidas sexualmente tales como sífilis, gonorrea o purgación, clamidia, herpes o cresta de gallo? ¿Ha escuchado acerca del VIH/SIDA?

2. ¿Cuales son sus fuentes de información acerca de temas de sexualidad, infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA?

4. ¿Conoce algunas personas quienes estén en riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual o el VIH/SIDA? ¿Cuénteme acerca de ellos?

Profundizar en Edad, ocupación, preferencias sexuales.

5. He escuchado a algunas personas decir que hay homosexuales y bisexuales que tienen relaciones sexuales por deporte e incluso hasta cobran dinero o favores? ¿Qué opinas al respecto?

6. ¿Cómo describiría su propio riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual o el VIH/SIDA? ¿Cómo es su riesgo comparado con el de otros hombres?

Profundizar en:

a. ¿El tener sexo con hombres influye en su riesgo?

7. ¿Cómo se protege en contra del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual?

Profundizar en:

a. ¿Existen otras formas de protegerse?

8. En sus recientes relaciones casuales de tipo sexual que usted me ha mencionado anteriormente, ¿le preocupó adquirir el VIH/SIDA u otra infección de transmisión sexual? Cuénteme acerca de lo que hizo para protegerse a si mismo en cada una de estas relaciones.

Profundizar en:

a. ¿Usa algún tipo de droga o alcohol para tener relaciones sexuales?

b. ¿El uso de drogas o alcohol, hace mas o menos probable protegerse a si mismo que cuando no se usan?

11. ¿Le ha dicho algún compañero o compañera sexual que el o ella tiene una infección de transmisión sexual o el VIH/SIDA? ¿Cómo se sintió? y ¿qué fue lo que hizo?

Profundizar en:

a. Si el participante niega esta situación, pregunte ¿Cómo se sentiría si su compañero le transmitiera una enfermedad de transmisión sexual?

Si el participante niega haber sido informado de que el tiene una infección de transmisión sexual o el VIH/SIDA, pregunta: ¿Si usted tuviera una enfermedad de transmisión sexual o el VIH/SIDA, le diría a sus parejas sexuales? ¿Porque si o porque no?

13. ¿En su vida que tan importante es la prueba de VIH?

a. ¿Se ha realizado la prueba? Cuénteme por favor esa experiencia

14. En nuestra sociedad se dice que los HSH son los responsables del SIDA y su propagación ¿Qué opinas al respecto?

15. ¿Para vos que es más riesgoso tener sexo con hombres o con mujeres?

E. Situaciones coercitivas (presionado a tener sexo)

Metas: entender el papel de la coerción sexual en la vida del participante.

1. Algunas veces las personas son forzadas o presionadas a tener sexo contra su voluntad.. ¿Alguna vez ha experimentado esta misma situación? ¿Puede contarme acerca de la última vez que esto le ocurrió?

2. ¿Ha hecho usted lo contrario? ¿Ha presionado alguna vez a alguna persona para tener sexo o hacer sexualmente algo con usted cuando él no quería hacerlo? Dígame acerca de ello.

F. Redes e Identidad sexual

Metas: entender como el participante se identifica a si mismo sexualmente, la influencia de la religión sobre su preferencia sexual, quienes saben su preferencia sexual, como su preferencia sexual influye en sus relaciones, y como él ha sufrido de discriminación/estigma debido a su preferencia sexual.

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la influencia de sus preferencias sexuales en su vida.

1. Cuénteme ¿quienes saben y quienes no saben con quienes usted tiene sexo? ¿Qué significa para usted que ellos sepan o no? Cuénteme acerca de personas específicas quienes saben y no saben y ¿cómo eso ha afectado su relación con ellos?

2. ¿Ha sufrido discriminación, violencia, abuso sexual u otro tipo de abuso debido a con quienes tiene usted sexo? Dígame acerca de la última vez que esto le ocurrió.

Profundizar en:

- a. ¿Cómo se sintió usted?
- b. ¿Hubieron otras ocasiones en que esto le ocurrió? Cuénteme acerca de ellas.

3. Podría decirme si ¿Alguna vez ha tratado de dejar de tener relaciones sexuales a causa de la religión? Cuénteme acerca de eso.

4 ¿Cómo se describe a si mismo en relación a sus preferencias sexuales? ¿Se considera a si mismo como gay, homosexual, bisexual, heterosexual, macho, machista, hombre-hombre, maricon, cochón, travestido? ¿Se considera a si mismo de alguna otra manera? ¿Esta cómodo con la manera como usted es?

5. ¿Cómo se siente usted tratado por la sociedad en general?, y ¿qué cosas podrían mejorar su vida?

Profundizar en:

- a. ¿Siente que la sociedad lo trata de manera diferente que a otras personas?
- b. ¿Hay servicios que necesita que no están disponibles para usted?
- c. ¿Existen barreras para acceder a los servicios?
- d. ¿Podrían algunos cambios en las políticas de gobierno hacer su vida mejor?

G. Referir a nuevos participantes.

Metas: obtener ayuda del participante en el reclutamiento de los diferentes tipos de hombres que tienen sexo con hombres.

1. Yo estaré entrevistando más hombres que tienen sexo con hombres para este estudio. Estaré agradecido si usted me ayudará con esto, recordándole que la entrevista es confidencial y anónima. ¿Conoce de hombres que podrían estar dispuestos a participar? No me diga sus nombres, solo cuénteme si usted los conoce. Estamos particularmente interesados en hombres que no se consideren a si mismos como homosexuales y quienes tengan sexo con otros hombres en secreto.

2. Si el participante dice que el conoce a tales hombres, pregunta por cada hombre:

a. Edad, orientación sexual, estado civil u otras características en las cuales tú podrías llegar a estar interesado al momento de proceder a la entrevista

Decide cual hombre u hombres serían de mayor interés para el estudio, basados en los tipos de hombres que ya hemos entrevistado y los tipos de hombres que necesitamos entrevistar para alcanzar así un grupo diverso de participantes. Entonces pregunta:

3. Estaría agradecido si usted estuviera dispuesto a ayudarme a reclutar (describe el hombre u hombres en los cuales están interesados) para ser entrevistados. ¿Estaría dispuesto a decirle a estos hombres acerca de mí, su experiencia con la entrevista, y los aspectos que hemos abordado? ¿Les diría a estos hombres que son buenos candidatos para la entrevista y pregúnteles si estarían dispuestos a hablar acerca de estos temas, incluyendo sus experiencias de tener sexo con hombres? Por favor asegúreles a ellos que la entrevista es totalmente confidencial y anónima; déjeles saber que ellos recibirán un reembolso por los gastos de transporte y un pequeño presente. Si a un hombre le gustara participar, por favor contactarme y acordaremos un tiempo para traerlo a la oficina para reunirse conmigo. A la vez usted podría darle a él mi tarjeta para que pueda animarlo a contactarme personalmente, pero sería mejor si usted estuviera dispuesto a ayudarnos directamente.

H. Cierre

Metas: finalizar la entrevista con un alto nivel de confianza y satisfacción.



Center for Demographic and Health Research

Centro de Investigación en Demografía y Salud

Facultad de Ciencias Médicas UNAN-León

Parque la Merced, 50 metros al oeste, León-Nicaragua

Telefax (505) 2311-0368

