

Implicancias del Diagnóstico de VIH en los Significados y Prácticas de las Relaciones Sexoafectivas de Hombres Homosexuales Jóvenes

Víctor Valenzuela Morales
Christian Venegas Velásquez

Tesis para Optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo

Resumen

Esta investigación de carácter cualitativo y exploratorio tiene como objetivo principal el comprender las implicancias del diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes. La revisión bibliográfica considera el VIH como un fenómeno biopsicosocial y su incidencia en la experiencia del sujeto; la sexoafectividad como parte fundamental del ciclo vital; y las particularidades de las relaciones sexoafectivas homosexuales. Como instrumento se utilizó una entrevista semiestructurada, aplicada a tres hombres homosexuales entre 20 y 30 años de edad, y que viven con VIH. Se realizó un análisis de contenido que mezcló una aproximación tanto deductiva como inductiva, inspirado en la teoría fundamentada. Finalmente, se concluye que las principales implicancias residen en el cambio del significado de cómo se ven a sí mismos en el ámbito sexoafectivo, y a su vez, este cambio propició la transformación de sus prácticas sexoafectivas, ligadas al cuidado de un Otro y al autocuidado físico y emocional.

Palabras clave: VIH, Relaciones Sexoafectivas, Homosexualidad, Significados, Prácticas.

Abstract

This qualitative and exploratory research was born for the main purpose of understanding the implications that human immunodeficiency virus (HIV) diagnosis has in the meanings and practices of sexual-affective relationships in young homosexual men. The bibliographic review found HIV as a biopsychosocial phenomenon and its impact on the experience of the subject; the sexual affectivity as a fundamental part of the life cycle; and the particularities of a sexual affective homosexual relationships. As a semi-structured interview instrument applied to three homosexual men between 20 and 30 years old and living with HIV. A content analysis that mixed a much deductive and inductive approach, inspired by grounded theory was performed. Finally, it is concluded that the main implications reside in changing the meaning of how they see themselves in the sexual-affective area, at the same time, this change led to the transformation of their sexual-affective practices related to the care of an Other and physical and emotional self-care.

Key words: HIV, Sexual-Affective Relationships, Homosexuality, Meanings, Practices.

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de salud a nivel mundial, afectando alrededor de un 0,8% de personas entre 15 y 49 años hasta el año 2011 (ONUSIDA, 2012). Se estima que en Chile, hasta el año 2012, son alrededor de 39.000 personas las que viven con VIH (Minsal, 2013).

A partir de los avances de los tratamientos farmacológicos, el diagnóstico precoz y la inclusión en la GES, que implica un acceso gratuito de la población a los diversos tratamientos relacionados con el virus, es posible observar un aumento en la esperanza de vida de los portadores de VIH. Esto ha facilitado el dejar de concebir la infección como una patología que concluya unívocamente en la muerte (Minsal, 2013).

La vida después de diagnóstico es un campo de investigación poco explorado, y que es relevante debido a que el segmento que abarca a la población entre 20 y 29 años presenta el 43, 8% de casos de VIH notificados en Chile (Minsal, 2013), volviéndose pertinente considerar que, una vez diagnosticados, se deben resignificar a sí mismos y sus proyectos de vida.

Es importante tomar en cuenta la salud de las personas desde una perspectiva de “bienestar” y no desde la ausencia de la enfermedad, considerando las diversas dimensiones que se entrecruzan (Minsal, 2013). Entre éstas se considera pertinente abordar la dimensión sexoafectiva, la que se relaciona íntimamente con las características de la transmisión de la enfermedad en Chile, siendo un 99% de los casos de transmisión del VIH es por vía sexual (Minsal, 2013). Además, son escasas las investigaciones que aborden las relaciones sexoafectivas, y menos en personas que viven con VIH, a pesar de ser una arista de suma importancia en la vida de las personas (Gómez-Zapiain, 2000).

Un dato no menor es que, por cada mujer chilena que vive con VIH, existen 4,7 varones en la misma condición, lo que nos hace considerar la perspectiva de género (Minsal, 2013). A su vez, a nivel mundial, un 20% de hombres que tienen sexo con otros hombres vive con el virus (ONUSIDA, 2013), por lo que se les considera como un grupo vulnerable (Minsal, 2013).

La primera vez que se habló pública y mediáticamente sobre el VIH/SIDA fue en 1981, a partir de 5 casos de jóvenes homosexuales estadounidenses (Miranda &

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Nápoles, 2009). Por esto se afirma que, desde un comienzo, el virus se ha visto asociado en el imaginario público a esta población.

Larrúa, Rabassa, Lado & Gonzáles (2006) sostienen que los hombres homosexuales son más vulnerables a la epidemia del VIH debido a factores socioculturales y por las prácticas que llevan a cabo. Entre éstas se mencionan: (1) tolerancia social al cambio de pareja en el hombre, a diferencia de la mujer, (2) rechazo al uso del condón en la relación sexual, (3) normas culturales que estigmatizan la homosexualidad como algo incorrecto/indeseable, y (4) carencia de espacios públicos para que homosexuales puedan desarrollar su vida sexoafectiva y compartir con iguales, entre otras.

Por otro lado, son escasos los estudios que profundizan sobre la población homosexual desde su propia experiencia, específicamente las relaciones sexoafectivas. El vacío relacionado con este tema, sumado a los prejuicios y estigmas que existen en torno a la población homosexual (ONU, 2012), dificultarían la comprensión de los significados y las prácticas de sus relaciones sexoafectivas. Es por esto que se considera importante profundizar en esta temática,

considerando un enfoque biopsicosocial que integre holísticamente todos los ámbitos de la sexoafectividad de estas personas.

Es a partir de los tópicos anteriormente planteados es que surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las implicancias del diagnóstico de VIH en los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes?

Para poder responder dicha pregunta, el objetivo general propuesto será comprender las implicancias del diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes. Éste, a su vez, se desglosará en tres objetivos específicos: (1) Identificar los significados de las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes que viven con VIH, (2) Identificar las prácticas que se desarrollan en las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes que viven con VIH, y (3) Analizar las implicancias del diagnóstico de VIH en las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes.

Marco Teórico

En este apartado se expondrán las bases teórico-conceptuales que se consideraron

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

pertinentes para realizar la presente investigación. En primer lugar se expondrá el VIH desde una mirada biopsicosocial, para luego articularlo con el concepto de estigma y con la homosexualidad. Posteriormente se hablará sobre los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas homosexuales, abordando en específico las relaciones sexoafectivas, y particularmente las de hombres homosexuales. Por último, se mencionarán las investigaciones asociadas al VIH, homosexualidad y sexoafectividad, y se expondrá el supuesto investigativo que origina ésta investigación.

VIH como fenómeno biopsicosocial

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se caracteriza por ser una epidemia de preocupación mundial con serias consecuencias de salud (ONUSIDA, 2012), atacando el sistema inmune de los seres humanos y dejando secuelas a nivel biológico en los sujetos que viven con él. No obstante, el contagio del virus no sólo afecta ésta dimensión, sino que también incide en las dimensiones psicológica y social de estos individuos (Gala et al., 2007).

Desde una perspectiva biomédica, la OMS (2013) define el VIH como un virus que “infecta las células del sistema

inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria”. Por otro lado, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) corresponde a “las etapas más avanzadas de la infección por el VIH. Se define por la aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH” (OMS, 2013). Si la persona no sigue un tratamiento, corre el riesgo de pasar a fase SIDA, que implica serias consecuencias para su salud (OMS, 2013).

Desde sus inicios, el VIH ha sido asociado a hombres homosexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales y a tóxicodependientes, debido a una mayor prevalencia de prácticas de riesgo que favorecen el contagio, y que a la vez están cargadas con una connotación moralmente negativa: relaciones sexuales con penetración sin preservativo, múltiples intercambios sexuales, uso compartido de drogas intravenosas, entre otras. Es por ello que el virus surge con ésta misma connotación, siendo interpretado como un “castigo divino” por las conductas “desviadas” o “marginales” (Mata, 1989),

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

alimentando un prejuicio inexacto sobre éstas personas.

Es por esto que es relevante considerar un enfoque biopsicosocial, ya que éste “reconoce una gama de factores que hacen más o menos vulnerable a los individuos, incluidos los genéticos y fisiológicos, las características demográficas, el estado socioeconómico, el ambiente social, comportamiento individual y otros factores psicosociales” (Gala et al., 2007).

En ese sentido, es pertinente el concepto de “vulnerabilidad” planteado por Tosoli, Pinto & Oliveira (2011), ya que el contagio del VIH es el resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales; ciertos factores biológicos, medioambientales, físicos, sociales, económicos, políticos y legales, entre otros, facilitan que hombres que tienen sexo con otros hombres (no necesariamente homosexuales) y mujeres sean particularmente vulnerables a la epidemia (Larrúa et al., 2006; Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez & Leyva, 2012). Entre los factores de riesgo que ponen en evidencia esta situación, se destacan: (1) la dificultad de acceso a la información, (2) escaso empoderamiento personal al abordar la propia sexualidad, (3) poca o nula

comunicación con la pareja sexual y (4) relaciones sexuales clandestinas. (Larrúa et al., 2006).

VIH y estigma.

Como se mencionó anteriormente, el VIH se asocia tradicionalmente a grupos vulnerables con prácticas que son rechazadas moral y socialmente. Entonces, se vuelve pertinente considerar el concepto teórico de estigma abordado por Goffman (1970), quien asevera que la estigmatización es un proceso donde se generan diferencias y desigualdades sociales. Éste proceso, mediante la particularización de sujetos y grupos, promueve una violencia simbólica que dificulta la aceptación social. Es por esto que, para él, el estigma es un atributo considerado como desacreditador, especialmente con los que se alejan de los parámetros de la norma sociocultural de cómo debiesen ser ciertos sujetos y ciertos grupos.

Rodríguez & García (2006) citan a Goffman (1970) para decir que la discriminación provocada por la estigmatización, y cómo el resto se relaciona con dichos individuos, se justificaría en que la violación de la norma amerita evitar la responsabilidad de relacionarse con la persona, ser indiferente ante el tópico

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

marginal y/o condenarla. En este caso, vivir con VIH correspondería a asumir que la persona incurrió en prácticas que tienen connotaciones sociales negativas, y por lo mismo, los sujetos que se encuentran dentro de la norma pueden desentenderse de la situación, y a la vez castigarla. Esto podría articularse desde el enfoque biopsicosocial (Gala et al., 2007), pues estigma y discriminación actúan a varios niveles:

A nivel individual, por ejemplo, aumentan la ansiedad y el estrés - factores que en sí mismos contribuyen a empeorar el estado de salud. A nivel comunitario, familias y grupos enteros se avergüenzan, encubren su asociación con la epidemia, y retiran su participación de respuestas sociales más positivas. Y a nivel de la sociedad como un todo, la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y el abuso de los derechos humanos, refuerzan la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio. (Aggleton, Parker & Maluwa 2002, p. 3)

Esto se ve reflejado en prácticas de discriminación tales como: segregación de escuelas y hospitales, rechazo en los empleos, impedir el ingreso y/o estadía a ciertos países, impedir el acceso a tratamientos médicos, agresiones verbales o físicas, e incluso ser asesinados debido a la condición serológica (Aggleton et al., 2002).

Por otro lado, el diagnóstico de VIH puede desencadenar una serie de reacciones en los sujetos que conviven con él, muchos de ellos como consecuencia de los aspectos sociales que conlleva. Bermejo (1995), a partir de su experiencia en la consejería de personas que viven con VIH, menciona que el diagnóstico afecta transversalmente a la persona, modificando su entorno y provocando en el individuo ciertos procesos a lo largo del tiempo:

Tal impacto depende no sólo de la enfermedad en sí, sino también y, sobre todo, del significado que la persona atribuye a la misma, de la tonalidad emotiva asociada a recuerdos, contenidos y sensaciones que hacen referencia a la experiencia pasada, a los deseos actuales y a las expectativas o preocupaciones del futuro (p. 56).

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Existen, para este autor, dos conceptos psicológicos asociados al vivir con VIH; la pérdida y la angustia. Las pérdidas que experimenta el sujeto, y que pueden generar una alta frustración y una baja en su autoestima, son: pérdida de habilidades físicas, pérdida de lazos afectivos, pérdida de roles sociales, pérdida de perspectiva de futuro y pérdida de su libertad. La angustia, por otro lado, refleja la experiencia de la enfermedad, presentándose como: angustia existencial, angustia espiritual, angustia metafísica religiosa.

Sin embargo, debido al avance científico en el tratamiento del VIH, la mejora en la calidad y esperanza de vida de estas personas ha ido en aumento. Esto, según Tosoli et al. (2011) podría dar pie a la significación de “vivir” con VIH como una enfermedad crónica y no como una enfermedad mortal, equiparando el VIH a la diabetes. Estos autores observaron que la adaptación y aceptación de la seropositividad, y del tratamiento con los antirretrovirales, permite una representación del VIH ligado a la vida y a nuevas perspectivas, dejando parcialmente atrás su representación como muerte fatal e inminente.

Además, se ha demostrado que las personas que cuentan con un mayor apoyo social (por parte de su familia, pareja, equipo médico, amigos, compañeros de trabajo, religión, entre otros) presentan menores índices de depresión y ansiedad, así como una mejor percepción de la calidad de vida (Rodríguez, Pulido, Amaya, Garavito & Salazar, 2007). Es a partir de esta percepción más optimista de la enfermedad que se vuelve relevante conocer y profundizar en los diversos ámbitos de la vida de una persona que vive con VIH, y de esta forma, complementar su tratamiento farmacológico.

VIH y homosexualidad.

Bajo el prisma del estigma trabajado por Goffman, tanto la homosexualidad como el vivir con VIH, se considerarían como una “desviación de la norma”, pues ambas situaciones posicionan al individuo en una “marginalidad” con respecto al resto de la población.

El vivir con VIH para un hombre homosexual puede significar tener que vivir con “secretos” para evitar el estigma social y, por lo tanto, una doble discriminación. En ese sentido, Chong et al. (2012) plantean que el ocultamiento de ambas condiciones podría provocar ser o sentirse desvalorizado, lo que conlleva un efecto “inutilizador” para pensar

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

y actuar, siendo difícil resistir las fuerzas que los discriminan.

Los autores también mencionan que preguntar sobre la condición serológica a una persona homosexual es más frecuente que hacer la misma pregunta a mujeres y hombres heterosexuales, lo que se podría relacionar con el estigma social que liga el VIH y la homosexualidad (Mata, 1989).

Sin embargo, vivir con VIH también podría propiciar el hacer pública la orientación homosexual (“salir del closet”) pues marca un antes y un después en la biografía vital del sujeto. Cottet, a partir de su investigación de “Culturas y Prácticas Homo-Bisexuales de Hombres en Santiago de Chile” (incluida en CChPS, 1997), menciona que “dar todos los pasos a la vez” puede resultar una opción viable para resolver sus conflictos, aunque para otros asumir la seropositividad implica “revivir” los esfuerzos para ocultar su homosexualidad:

El conocimiento de la seropositividad, como evento traumático genera expectativas y redefinición de la existencia. El desafío de mejorar las condiciones actuales y las perspectivas a futuro, las relaciones con la familia de

origen y la pareja, son las principales preocupaciones expresadas (p 52).

Por otro lado, es difícil pensar en las relaciones sexoafectivas sin considerar el impacto que el VIH ha tenido, como fenómeno psicosocial, en el comportamiento sexual de la sociedad desde fines del siglo XX. En este sentido, Gallego-Montes (2010) plantea que el surgimiento y conocimiento del virus ha actuado como un “catalizador de cambios”:

El sida, como hecho sociocultural, está transformando de manera contradictoria y antagónica la concepción del cuidado, la intimidad, el emparejamiento y el riesgo en los encuentros íntimos, especialmente relacionado con las prácticas sexuales y el amor entre varones. (p. 2).

En concreto, y específicamente en la población homosexual, el autor menciona que las prácticas de autocuidado (“sexo seguro”) y la “institucionalización” de lugares de encuentro “exclusivamente homosexual” (ya sean bares, discotecas, chats de Internet, entre otros) son ejemplos de cómo ha afectado la epidemia en hombres con prácticas homoeróticas (Gallego-Montes, 2010). Surge, además, la

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

“monogamia serial” como forma vinculante principal para prevenir el contagio del virus, la que el autor define como relaciones de pareja sucesivas, mutuamente exclusivas, de breve duración y altamente inestables. (Gallego-Montes, 2011).

En este sentido, replantearse el estar o no en una relación sexoafectiva es inevitable, debido al significado que el sujeto le otorgue a su condición serológica, lo que incluso podría llevar a que la persona se atribuya un rol como agente de cambio social en la prevención del contagio de VIH (Cottet, en CChPS, 1997).

Significados y prácticas de relaciones sexoafectivas homosexuales

El concepto de “significado” se entenderá a partir del interaccionismo simbólico, perspectiva teórica que plantea que el significado de una conducta se forma en la interacción social, y que pone énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales, pues “la gente crea significados compartidos a través de su interacción, y estos significados devienen su realidad” (Mella, 2003).

Mella (2003) rescata las tres premisas básicas propuestas por Blumer (1969) que

permiten sintetizar el interaccionismo simbólico. La primera es que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que las cosas tienen para ellos. La segunda dice que el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con sus conciudadanos. El tercero implica que el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra.

Entonces, es posible entender los significados como un proceso construido en la interacción intersubjetiva, y que actúan en relación al objeto que se significa. Por lo tanto, en la medida en que la actuación del individuo cambie frente al objeto, el objeto cambiará su significado. Es por esto que tiene relevancia tanto la conducta del individuo (que se manifiesta externamente) como los procesos internos del mismo (Mella, 2003).

Schutz (1993) propone, desde una perspectiva fenomenológica, que el significado de una vivencia varía según el momento desde el cual el “yo” la observa, pues su significado es distinto según la distancia temporal desde la cual se la recuerda y mira retrospectivamente, y que el

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

significado a la que apunta una vivencia no es nada más ni nada menos que una autointerpretación de esa vivencia desde el punto de vista de una nueva vivencia.

Por otra parte, para comprender la expresión de éstos significados en la conducta de los individuos se hará referencia al concepto de “práctica”, entendido como “una actividad continua, definida por los miembros del sistema social como rutinaria” (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), y que se sustenta debido a los significados que están a la base. En ese sentido, las prácticas se comprenderán no sólo como los actos realizados, sino como las conductas y los significados que se encuentran a la base de éstas.

Esta investigación considera que existe una estrecha relación entre significados y prácticas que, aunque no son explícitamente coherentes entre sí, se van construyendo continuamente en tanto proceso dialéctico. Es decir, los significados pueden cambiar las prácticas afectivas y las prácticas sexuales, y a su vez, realizar ciertas prácticas permitiría transformar los significados a la base.

Por prácticas sexuales se entenderán todos aquellos comportamientos ligados al deseo sexual y a la búsqueda de comportamientos autoeróticos o compartidos

con otros, y que se manifiestan en diversas dimensiones, como la identidad sexual, conciencia de ser y pertenecer a un sexo, el rol sexual, la expresión de la manera personal de vivir el hecho de ser sexuado, y la expresión de la necesidad de satisfacción sexual (Gómez-Zapiain, 2000) Asimismo, las prácticas afectivas se comprenderán como la búsqueda de la expresión, contacto y vinculación con un Otro, como base de seguridad y estabilidad emocional (Gómez-Zapiain, 2000).

Relaciones sexoafectivas.

Las relaciones sexoafectivas son parte fundamental de la vida de los sujetos, desarrollándose desde la etapa adolescente hasta el término de la vida adulta. Es aquí donde radica su importancia, y por ello son una dimensión fundamental en la vida de todo ser humano (Papalia, Olds & Feldman, 2005). Gómez-Zapiain (2000), quien trabaja el tema de la educación sexual y afectiva en el País Vasco, menciona que “las necesidades humanas de poder querer y sentirse querido, de satisfacción sexual y de sentirse integrado en una red social, están entre las más importantes”, volviéndose importante estudiar esta dimensión de la experiencia humana.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

El desarrollo de las relaciones sexoafectivas es un proceso complejo y dinámico, que por lo general surge entre dos personas que muestran algún grado de interés mutuo (Shibley & Delamater, 2006). Éste vínculo es interpretado de forma única y particular entre los miembros que componen la relación, por lo que podrían existir tantos tipos diferentes de relaciones sexoafectivas como tipos de acuerdos alcanzados entre ellos (Yela, 2000). Dicho vínculo con otra persona implicaría:

La expectativa consciente de dar y recibir; y por otra, el establecimiento de códigos entre los miembros. Ambos aspectos están regidos por acuerdos tácitos de la pareja, determinando una peculiar modalidad de interacción y de complementariedad que sostiene el vínculo. Las condiciones de tales acuerdos se transmiten implícita y explícitamente, a través de la comunicación; y además, en ellos convergen las historias vitales de cada uno. (Berenstein, 1986, en Sarquis, 1991. p. 22)

Es decir, el énfasis está en el compromiso y el establecimiento de códigos al que llegan los implicados, los cuales se

articularían en torno a la afectividad, fidelidad, sexualidad, economía, proyección, etc., y de esta forma, reconocer las expectativas que tienen el uno del otro, y del vínculo construido.

Sin embargo, Bauman (2005) menciona que las relaciones sexoafectivas podrían estar influidas por la propia individualidad de los sujetos y por la tendencia a la compulsividad de las relaciones, entendido esto como relaciones sucesivas donde se evalúa si se cumplen las expectativas mediante el “ensayo y error”. Así emergerían relaciones caracterizadas por la fragilidad de los vínculos y por “falta de compromiso”, siendo la sensación de satisfacción que otorga estar en la relación lo que podría facilitar u obstaculizar el desarrollo de la misma, o en otras palabras, se da un vuelco desde la idea romántica del amor “hasta que la muerte nos separe”, hacia el “veremos cómo funciona” (Venegas, 2011).

Por su parte, Giddens (2012) menciona que existe una regulación social respecto a las relaciones sexoafectivas, vinculándolas a las relaciones de pareja, y que éstas, a su vez, se asocian al amor. El “amor romántico”, entonces, vendría a ser la forma donde podría surgir y desarrollarse una

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

relación socialmente aceptada y deseada. Así, el deseo sexual quedaría condicionado a la estructura de una relación de pareja romántica y exclusiva, por lo que las “relaciones episódicas”, entendidas por el autor como encuentros ocasionales entre dos o más personas (que por lo general implican prácticas sexuales), no tendrían una deseabilidad social. y existiría una menor valoración de ellas.

En el contexto chileno, Silva (1994) menciona que priman las relaciones sexoafectivas “tradicionales”, es decir, las relaciones de pareja. La autora, realizando un estudio sobre las relaciones sexuales adolescentes de nuestro país, propone la existencia de un “guión cultural” en la búsqueda de pareja, la que pasa por una serie de etapas de desarrollo. En primer lugar surge “la etapa en la que se sale”, que es donde se comienza a conocer a alguien. Luego de ello, emerge el “andar con alguien”, que es la etapa intermedia, previa al pololeo. El “pololeo” es la fase donde surge una relación de exclusividad, aunque sin un carácter definitivo. El “noviazgo” se caracteriza por el deseo de formalizar la relación, pero con la posibilidad de “echar pie atrás”. Finalmente se encuentra el “matrimonio”, que es la expresión pública y formal del compromiso con la pareja que

implica exclusividad absoluta ante la ley. Es relevante mencionar que las parejas homosexuales no tienen la posibilidad de experimentar esta última etapa, pues en Chile aún se encuentra en debate y discusión la unión civil y/o matrimonio homosexual.

Finalmente, si bien las relaciones sexoafectivas tienden a circunscribirse en las categorías anteriormente mencionadas, éstas podrían volverse rígidas, no representando necesariamente todo lo que implicaría una relación sexoafectiva única y particular (Yela, 2000). Este encuentro entre seres únicos e irrepetibles conforma relaciones con diversos matices psicológicos y sexoafectivos que dependerá de cada relación. De esta forma, se pretende comprender el sinnúmero de tipos de relaciones que se formen, sin importar su nomenclatura, o la falta de ésta.

Relaciones sexoafectivas homosexuales.

Los estudios sobre relaciones sexoafectivas homosexuales, por lo general, tienden a abordar conductas sin profundizar en los significados que los individuos atribuyen a sus discursos (Gallego-Montes, 2010; Gallego & Barreiro de Motta, 2010; Gallego-Montes, 2011).

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Gallego & Barreiro de Motta (2010) citan a Kurdek (2005) para argumentar a que existen diferencias y similitudes en algunas dimensiones de las relaciones sexoafectivas entre personas del mismo sexo y las relaciones sexoafectivas entre heterosexuales, debido a diferencias en los roles de género, el discurso heteronormativo, las nuevas categorías de relaciones sexoafectivas que surgen entre el segmento más joven de la sociedad, los vínculos y cómo éstos se articulan en el contexto:

La relación de pareja homosexual no difiere de la heterosexual en aspectos como comunicación, expresión de sentimientos, solución de problemas, entre otros, pero sí en la presencia de variables contextuales (soporte de instituciones del Estado o de la familia de origen, discriminación, ocultamiento, ausencia de modelos de relación, etc.) (Kurdek, 2005, en Gallego & Barreiro de Motta, 2010)

Por otra parte, Cottet (en CChPS, 1997) afirma que la pareja estable, para el hombre homosexual, conlleva la noción de compromiso, donde se legitima públicamente el contacto erótico con el otro, y que produce un cierre para con todos los demás. Es por esto que posible observar la

construcción de relaciones sexoafectivas duraderas, las que se centran en la afectividad y en el libre deseo de permanecer juntos. (Kurdek, 2005; Rostosky, et al., 2004, en Gallego & Barreiro de Motta, 2010).

No obstante, tanto Gallego & Barreiro de Motta (2010) como Gallego-Montés (2010) exponen que, aun logrando concretar una estabilidad, las relaciones sexoafectivas entre homosexuales tienden a durar menos en el tiempo y a mostrar una tasa mayor de disolución (monogamia serial), lo que explican mencionando que las relaciones heterosexuales poseen más barreras sociales, religiosas y morales que las relaciones homosexuales (Tessina, 1998, en Gallego & Berreiro de Motta, 2010). Esta ausencia de normatividad social y legal podría dificultar que se mantenga externamente la perpetuación de la relación, como sucede con las parejas heterosexuales casadas (Patterson & Shwartz, 1994, en Gallego & Berreiro de Motta, 2010)

Además de todas las complejidades de las dinámicas del proceso al que se enfrentan tanto heterosexuales como homosexuales, y los problemas que surgen de éste, se añade el enfrentamiento que surge a partir de los prejuicios y la discriminación social, lo que

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

vuelve aún más complejo el desarrollo de dichas relaciones para esta población (Balderston, 1998, en Barbosa & Jiménez, 2010). La homofobia social podría llenar al sujeto de culpa, temor y resentimiento por sentirse diferente al resto de la población, dificultando la consolidación de una relación sexoafectiva, y el hecho de ocultar la orientación sexual o “no salir del clóset” disminuye y limita sustantivamente los espacios para compartir romántica y sexualmente con el o los miembros de la relación (Gallego & Barreiro de Motta, 2010)

Por último, Gallego-Montés (2010) da especial importancia a la institucionalización de los lugares de encuentro homosexual para el desarrollo de una vida sexoafectiva entre hombres. Menciona que, si bien el surgimiento de estos sitios tales como bares, discotecas, etcétera, ha facilitado el encuentro entre hombres homosexuales, las relaciones que se conforman allí tienden a constituirse como relaciones “episódicas”, en comparación al conocer a un potencial compañero sexoafectivo en contextos como la escuela, trabajo, universidad y por redes de amigos.

Investigaciones asociadas al VIH, homosexualidad y sexoafectividad

En cuanto al estado del arte, es posible afirmar que son escasos los estudios que traten sobre los ejes temáticos de la presente investigación, particularmente en Chile. Sin embargo, existen algunos que abordan tópicos relevantes que se han considerado en la realización de este marco referencial.

En el contexto chileno, Berríos, Martínez, Melo & Menares (2004) llevaron a cabo un estudio sobre la adaptación de las personas que viven con VIH/SIDA y cómo éstas enfrentan la adversidad, analizando la resiliencia y las fortalezas de los sujetos que entrevistaron. A través de un diseño de investigación cualitativa, realizaron una entrevista en profundidad a seis personas que viven con VIH/SIDA y que presentaban conductas resilientes. Utilizando un análisis de contenido, establecieron que la resiliencia es un evento dinámico, donde los diversos factores de la resiliencia tienen la misma importancia, y que por lo tanto, ninguno es más relevante que otro.

En el contexto latinoamericano, Gallego-Montés (2010) realizó un estudio cuantitativo en la Ciudad de México sobre las implicancias de vivir con VIH/SIDA en la biografía de 250 varones con prácticas

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

homoeróticas. El resultado de sus encuestas fue encontrar una menor exclusividad sexual y una menor duración en las relaciones de pareja, a lo que denominó “distención sexual”.

En 2011, utilizando los mismos datos de este mismo estudio, el autor explicó sociodemográficamente la duración de las relaciones de pareja masculina en la Ciudad de México. Las variables estadísticamente significativas mostraban ambigüedad en los discursos que sustentaban las relaciones de pareja entre hombres, y que combinaban ciertos mandatos de la sociedad mexicana respecto al sexo, la intimidad y las alianzas, con discursos de apertura y no exclusividad sexual.

Gallego & Barreiro de Motta (2006) analizaron los factores asociados a las relaciones de pareja homosexual en la ciudad de Bogotá. Los autores realizaron una entrevista en profundidad a 60 personas homosexuales (30 hombres y 30 mujeres) y se investigó sobre aspectos relacionados con la experiencia afectiva. Los resultados mostraban que, en general, los participantes tienen una visión positiva de su vida en pareja, sin diferencias importantes en la percepción de los dos grupos en los aspectos evaluados.

Por último, Barbosa y Jiménez (2010) realizaron un estudio cualitativo para describir los significados construidos por cuatro jóvenes adultos homosexuales frente al establecimiento de vínculos afectivos y a la posible conformación familiar. Concluyeron que existen diversas maneras de ser homosexual, y que si bien se considera una opción de vida igual que la heterosexualidad, se ha requerido esfuerzos por los prejuicios sociales, por lo que se le concede un valor especial a la vinculación emocional dentro de un compromiso en pareja y familia.

Desde la revisión bibliográfica, y para responder cuáles son las implicancias del diagnóstico de VIH en los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas de hombres homosexuales jóvenes, se plantea el siguiente supuesto investigativo: el VIH, en tanto fenómeno biopsicosocial, es una experiencia que transforma dialécticamente los significados y prácticas de los sujetos que viven con él, específicamente en la forma de vincularse sexoafectivamente con un Otro.

Metodología

La presente investigación es de carácter cualitativo, debido a que considera el conocimiento como emergente, en relación,

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

construido, interpretativo y situado (Rodríguez, Gil & García, 1996) y, a su vez, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, haciendo énfasis en la comprensión de la perspectiva y el contexto sociocultural de los sujetos (Mella, 2003). Esto es pertinente por el interés de identificar y conocer la manera en que los sujetos implicados comprenden sus relaciones sexoafectivas, a partir de los significados y las prácticas que ellos mismos les otorgan. Por otro lado, este estudio tiene un carácter exploratorio porque pretende aproximarse a un fenómeno poco estudiado (Hernández et al., 2003).

El diseño de investigación corresponde al estudio de caso, cuyo objetivo es “llegar a la comprensión de la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que lo componen y las relaciones entre ellas para formar un todo” (Pérez Serrano, 1994). Por esto, el estudio no pretende generalizar los resultados o conclusiones obtenidas a todos los hombres homosexuales jóvenes, sino que más bien se pretende conocer las implicancias del diagnóstico de VIH como un proceso psicológico particular de los participantes. El tipo de estudio de caso elegido fue intrínseco, pues su propósito no es construir una teoría, sino que el mismo caso resulte de

interés (Stake, 2000, en Hernández et al., 2003). Por ello, la unidad de análisis es la experiencia subjetiva de cada uno de los participantes.

La muestra considerada para este estudio fue de tres hombres que se reconocieran como homosexuales y que tengan entre 20 y 30 años. Además, los sujetos debían haber sido notificados sobre el diagnóstico de VIH hace al menos 12 meses, contando desde la fecha de inicio de la investigación, para dar cuenta de un proceso experiencial de vivir con el virus. La aproximación a los participantes de esta investigación se realizó por medio de contactos personales.

Se escogió la entrevista como instrumento de producción de datos, ya que ésta permite acceder a ellos tal y como los sujetos de la investigación los van revelando (Hernández et al., 2003). El interés está en el relato que los participantes vayan dando respecto de su experiencia, y de sus propios significados y prácticas. Además, permite una mayor flexibilidad para profundizar sobre temáticas que vayan emergiendo y sean interesantes para la investigación. La entrevista fue de carácter semiestructurado para focalizar en ciertas dimensiones temáticas de interés para la investigación. Éstas fueron “Experiencia de ser

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

homosexual”, “Experiencia de vivir con VIH”, “Sexoafectividad” y “Sexoafectividad y VIH”. Estas temáticas sirvieron como guía para identificar y comprender cómo se articulaban estas dimensiones en torno a los objetivos propuestos. A su vez, permitieron introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los tópicos deseados. Posteriormente, las entrevistas se transcribieron para realizar el análisis.

El análisis de datos se realizó mediante una mixtura, en la que se consideró una aproximación tanto deductiva como inductiva; respecto a lo deductivo, se consideraron como categorías preexistentes las que correspondían a las dimensiones temáticas de la entrevista mencionadas anteriormente. Lo inductivo, por su parte, se debe al interés de aproximarse al fenómeno desde el relato de la propia experiencia de los sujetos. Para ello, se optó realizar un análisis inspirado en la teoría fundamentada, por su énfasis en que la teoría surge desde la “interacción con los datos aportados por el trabajo en terreno, y donde el análisis cualitativo de ellos es un proceso no matemático de interpretación, con el propósito de descubrir conceptos y relaciones, y de organizarlos en esquemas teóricos explicativos” (Mella, 2003, p. 234).

El análisis de datos se realizó caso por caso, analizando cada uno de los párrafos de las entrevistas transcritas, las cuales fueron traspasadas a una tabla de codificación elaborada con el fin de realizar un análisis minucioso. Dicha tabla se compone por cinco columnas: (1) Párrafo de la entrevista; (2) Categorías preexistentes; (3) Presencia de Significados y Prácticas, y si éstos correspondían a Implicancias del diagnóstico; (4) Códigos emergentes que no hayan sido contemplados en las categorías preexistentes; y (5) Reacciones y comentarios de los investigadores que surgieron para realizar, posteriormente, la discusión. Finalmente, los datos analizados fueron redactados en formato ficha para su presentación.

Resultados

Se presentará a los tres participantes del estudio, se identificarán los significados y prácticas que éstos tienen sobre sus relaciones sexoafectivas, y las implicancias del diagnóstico de VIH en sus relaciones sexoafectivas. Posteriormente se presentará una síntesis global de los tópicos que surgieron de los diferentes casos.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Sujeto 1

Es un hombre de 24 años que vive en la Región de Valparaíso con su madre y hermanos. Se encuentra titulado de una carrera universitaria, y realiza trabajos esporádicos dentro y fuera de la región. Actualmente tiene en una relación sexoafectiva estable hace aproximadamente dos meses.

Por otra parte, reconoce que le empiezan a gustar personas de su mismo sexo cuando iba en 8° básico. Su primera relación sexoafectiva con un hombre fue a los 17 años. Se reconoce como homosexual con sus amigos al terminar la enseñanza media y “sale del closet” con su familia a los 20 años, sintiéndose aceptado por ambos grupos. Menciona no haber enfrentado problemas por su orientación sexual.

Fue notificado que vivía con VIH el año 2010, a causa de una hospitalización por haber contraído Hepatitis B y encontrarse inmunodeprimido. Actualmente acude a un hospital del servicio de salud pública para realizar los controles de rutina.

Hallazgos sobre significados y prácticas de relaciones sexoafectivas.

Sujeto 1 significa las relaciones sexoafectivas como fuente de satisfacción

física y estabilidad emocional, o sólo como fuente de satisfacción física. Por ello, divide sus relaciones sexoafectivas entre las que “involucran sentimientos” y las que “no involucran sentimientos”. Así, el “conocer” al potencial compañero sexoafectivo, en tanto práctica sexoafectiva, es fundamental para poder clasificar el tipo de relación que establecerá.

El “pololeo” (o relación estable) es el tipo de relación sexoafectiva que le otorga estabilidad emocional y satisfacción física, que se caracteriza por la exclusividad sexual, conocer a la familia y amigos, y sentimientos recíprocos de seguridad, estabilidad, confianza, apoyo y cuidado mutuo. Para llegar a este nivel es necesario atravesar la etapa de “andar”, donde las personas comienzan a conocerse y empiezan a emerger los sentimientos recíprocos, pero donde no existe una exclusividad sexual ni afectiva.

Por otro lado, existen relaciones sexoafectivas que él menciona como “sexo casual”, que en el caso de involucrar sentimientos, puede llevar a tener intención de conocer a la persona y eventualmente comenzar a “andar”. Cuando no se involucran sentimientos son relaciones esporádicas u ocasionales, donde se significa

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

la relación sexual como una “necesidad biológica”. Por ello, estos tipos de relaciones son valoradas por debajo de las relaciones estables.

Prefiero estar con alguien estable que andar hueveando con alguien cualquiera. Me siento seguro (...) Me da confianza la forma en que me habla, que me quiere, que quiere estar conmigo, que se planea muchas cosas conmigo, que sé que tengo a alguien que va a estar ahí, que me va a cuidar y que yo lo voy a cuidar... Y eso me hace sentir bien, me siento más relajado (Sujeto 1).

Para conocer a potenciales compañeros sexoafectivos frecuenta espacios de encuentro destinados a público homosexual, tales como discotecas y cibercafés. A partir de la interacción con algún hombre que le parezca físicamente atractivo, se puede desarrollar alguna de las relaciones anteriormente mencionadas. En ese sentido, la comunicación sobre lo que se espera del encuentro es clave. Cabe destacar que la mayor parte de las relaciones sexoafectivas que ha tenido se ha llevado a cabo en espacios de encuentro homosexual.

Sujeto 1 considera relevante el poder expresarse acerca de su sexoafectividad

frente a sus amigos. En ese sentido, el “asumirse” como homosexual le ha permitido llevar a cabo la práctica de contar sobre los temas que atañen a su mundo sexoafectivo y abrirse emocionalmente con ellos, tales como comentar sobre los hombres que le parecían atractivos o compartir los pasatiempos y la experiencia de estar en pareja.

Hallazgos de implicancias del diagnóstico de VIH en las relaciones sexoafectivas.

Al ser notificado de vivir con VIH, los primeros significados en torno al virus se encuentran relacionados a los prejuicios del imaginario social. Existe una visión negativa, ligada a la promiscuidad, a la muerte, y a una alta probabilidad de “propagar” el virus a otros.

Creo que piensan ‘el hueón maraco que no se cuidó, que se metió con mucha gente’, aunque a veces se infectan porque se metían con uno que tenía VIH y cagaron. O... No sé qué más pueden pensar. Es que es lo que yo pensaría... O que te vas a morir. Eso piensan. Y que por cualquier cosa se te puede pegar (Sujeto 1).

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Ante estos significados del VIH, Sujeto 1 comenzó a sentirse decaído, desmotivado y tenía ideaciones suicidas. Estos pensamientos fueron acompañados por el sentir que iba a quedarse solo para siempre y que nadie lo iba a querer así, ya que consideraba que el virus era una fuente de rechazo por parte de otros. En ese sentido, se aprecia una disyuntiva entre querer tener una relación sexoafectiva que le brindara apoyo, seguridad y confianza, y no querer que otros vivieran lo mismo que él.

Dichos significados fueron cambiando en la medida en que se fue informando sobre la experiencia de vivir con el VIH, a través de la red pública de salud. Esta entidad fue relevante en la comprensión de su experiencia, debido a que pudo comprender la enfermedad desde otro punto de vista, donde el VIH no necesariamente tiene un desenlace mortal, e integrarlo como parte de su rutina.

Me habían dicho que ahora es como una enfermedad crónica, que no te vas a morir, o sea, te puedes morir de otra cosa, pero no te vas a morir por vivir con VIH. Entonces yo tenía esa concepción que me había explicado la niña antes [profesional del Hospital]... Y además como yo ya

tengo otra enfermedad crónica [psoriasis], dije: ya, vivir con otra... y no voy a ser el único, así que tendré que asumirlo no más (Sujeto 1).

Este significado lo abrió a la posibilidad de volver a proyectarse con un compañero sexoafectivo. Comenzó nuevamente a frecuentar espacios de encuentro homosexual, donde conoció a la primera persona con la que se planteó la posibilidad de tener una relación sexoafectiva. Esto lo llevó a cuestionarse el cómo, cuándo y a quién contar que vive con VIH.

Cuando se plantea tener una relación sexoafectiva que “involucra sentimientos”, considera que es su “deber” contar que vive con VIH. En estos casos, la forma en que tiende a hacerlo es mediante internet, específicamente por la red social *Facebook*, con el fin de “cumplir su deber”, pero sin exponerse al rechazo cara a cara. Por otro lado, cuando son relaciones sexoafectivas esporádicas, escoge selectivamente a las personas a las que les cuenta su condición serológica, basándose principalmente en la confianza que él percibe.

Siempre que lo digo me cuesta caleta, porque no sé cómo va a reaccionar. Pero a la gente que le he

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

dicho la conozco un poco, o me da la confianza para decirle, y como que me anticipo a su reacción. Entonces sé de qué manera lo va a tomar como pa'... pa' poder decírselo (Sujeto 1).

No obstante, contarle a los compañeros sexuales ocasionales no es una práctica frecuente, dado que piensa que el uso obligatorio del preservativo es suficiente para evitar contagiar a un Otro sin tener que exponer algo que significa como íntimo y privado. Además, considera que la responsabilidad de utilizar el condón recae en él, por lo que el llevar siempre consigo condones ha sido un cambio en sus prácticas sexuales.

Es que antes el usar condón a veces se daba y a veces no. Dependía de lo caliente que estuviera yo. O sea, depende de la otra persona si se ponía o no se ponía. Ahora no po', o usa condón, o me voy (...) No se lo voy a andar pegando a todo el mundo (Sujeto 1).

Por último, entre las prácticas afectivas que él menciona están el compartir tiempo juntos, compartir con las familias y amigos de ambos, y realizar actividades recreacionales tales como ir al cine, salir a comer, salir a caminar, entre otras. A pesar

de que menciona no observar cambios en sus conductas afectivas, es posible distinguir cambios en los significados, y por lo tanto, cambio en sus prácticas. Tal como surge el deber de cuidar a un Otro para no contagiarlo, también se intensifica la necesidad de protegerlo emocionalmente. Sin embargo, cree que el vivir con VIH no es algo que dificulte el desarrollo de una relación sexoafectiva, debido al soporte que ha tenido de sus parejas anteriores, de la familia y de la red de salud.

Sujeto 2

Es un hombre de 23 años que vive en la Región de Valparaíso con sus padres y hermanos, y se encuentra estudiando una carrera universitaria. Actualmente se encuentra conociendo a un potencial compañero sexoafectivo, y está evaluando si contarle o no que vive con VIH.

Menciona que desde pequeño siente atracción hacia personas de su mismo sexo, pero esto se comienza a hacer patente alrededor de los 13 años. A los 16 años se reconoce como homosexual, por lo que decide "salir del closet" frente a sus amigos y familia. Menciona haberse sentido oprimido y coartado por sus padres debido a sus creencias religiosas.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Fue notificado que vivía con VIH el año 2010, luego de que un compañero sexoafectivo anterior le contara sobre su condición serológica, a partir de rumores que Sujeto 2 escuchó. Es por esto que decide realizarse el test de ELISA en un laboratorio privado. En la actualidad se encuentra en tratamiento farmacológico en un centro de salud pública.

Hallazgos de significados y prácticas de relaciones sexoafectivas.

Sujeto 2 significa las relaciones sexoafectivas como un medio para alcanzar la plenitud a nivel emocional. Esta plenitud está relacionada a los ideales socioculturales, dentro de los cuales se considera la exclusividad afectiva y sexual, relacionarse con la familia y amigos, y nutrirse intelectual y emocionalmente, entre otros.

Por esto, las relaciones sexoafectivas que emprende tienden a proyectarse hacia una relación estable, aunque éstas no se desarrollen hasta esta categoría. En ese sentido, considera que las relaciones sexoafectivas son dinámicas y pueden evolucionar a partir de factores como el interés mutuo, la confianza que se genere y la comunicación entre ambos, o lo que él llama “feeling conversacional”.

Las categorías que él identifica son “amigo con ventaja”, “amigo-amigo con ventaja” y “pololo” o “novio”. La primera de éstas implica relaciones sexoafectivas sin fidelidad y con una confianza incipiente, es decir, que no se comparten aspectos íntimos y privados de sus vidas. La segunda categoría involucra mayor confianza y comunicación, pero sin fidelidad ni responsabilidad para con un Otro. Por último, el “pololeo” implica un mayor contacto a nivel emocional, por lo que hay una mayor comunicación, confianza e intimidad. En todas las categorías existe la posibilidad de desarrollar prácticas afectivas y sexuales, pero es en el “pololeo” donde las significa como habituales y necesarias.

Por otro lado, algo que ha coartado su plenitud para vivir las relaciones sexoafectivas han sido los conflictos ideológico-religiosos con respecto a la homosexualidad. Sujeto 2 siente que tiene escaso apoyo y que no tiene los mismos derechos que los otros miembros de su familia en cuanto a la expresión de su vida sexoafectiva, lo que hace que se sienta diferente a los demás. Esto ha hecho que todo lo que concierne a sus relaciones sexoafectivas no pueda ser conversado de manera abierta en su hogar.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Me sentía como una especie de ‘bicho raro’ en mi propia familia (...) A mi hermano o a mi hermana, que son heterosexuales, podían y pueden traer sus parejas a la casa, pero yo nunca pude hacer eso, hasta el día de hoy (...) El hecho de que simplemente por ser gay repercute en el cariño, por así decirlo, me parece un poco ridículo (Sujeto 2).

Finalmente, la forma en que conoce a potenciales compañeros sexoafectivos es en discotecas para público homosexual, y a través de amigos que le presentan a otros hombres homosexuales. Sin embargo, para comenzar cualquier tipo de relación sexoafectiva es necesario tener contactos por medio de internet o redes sociales, con el fin de “conocerse” y encontrar temas afines.

Hallazgos de implicancias del diagnóstico de VIH en las relaciones sexoafectivas.

Los significados respecto al VIH que surgen en Sujeto 2 se relacionan con el tomar conciencia de la muerte, y a su vez, con sentirse aún más diferente a los otros, lo que lo lleva a una sensación mayor de restricción. El primer pensamiento que surge en él, desde el plano sexoafectivo, es cerrarse a la posibilidad de entablar

cualquier tipo de relación, sintiéndose forzado a considerarse como un ser asexual.

Esta noción cambió gracias al apoyo de amigos que intentaron promover una perspectiva en la que Sujeto 2 se abriera a la posibilidad de volver a verse y sentirse como un sujeto sexoafectivo. A pesar de ello, se siente limitado en éste plano, debido a las diversas complejidades que debe considerar cuando se plantea una relación.

Desde mi experiencia, em, bueno, en sí el asunto de tener VIH te limita bastante en lo que es el plano afectivo, porque está el miedo de cómo le vas a contar a tu pareja de que eres portador del virus, cómo se lo va a tomar tu pareja... y también está el miedo de que probablemente hayas contagiado a tu pareja (Sujeto 2).

En cuanto a las relaciones sexoafectivas que ha emprendido después de ser notificado, es posible decir que se encuentran teñidas por el miedo al rechazo, la desconfianza y la necesidad de recurrir a diversos mecanismos para resguardar su integridad emocional. Se piensa como “portador de VIH”, entendiéndose como alguien que carga con algo que podría ser

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

dañino para otros. En ese sentido, el vivir con VIH vino a transformar el rol que tenían las relaciones sexoafectivas en su vida, viéndose forzado a restarle relevancia y a replantearse la proyección de éstas.

Si bien todo ese tiempo que pasó, esta persona tenía miedo de estar conmigo, entonces como que ahí... me marcó bastante el asunto. Me hizo sentir como un foco infeccioso, por así decirlo. Mi objetivo nunca ha sido hacerle daño a nadie, cachai (...) Ahora trato de no proyectarme, trato de vivir el momento, cosa que no me pasaba antes de estar infectado con VIH (Sujeto 2).

El contar que vive con VIH pasa a ser considerado como un acto de “confesión”, donde el conocer a la persona a la que se le confiará el “secreto” ya no es sólo parte del proceso de desarrollo de las relaciones sexoafectivas, sino que se vuelve un requisito establecido por él. Es decir, el conocerse actúa como un filtro para considerar la posibilidad de ver a esa persona como un potencial compañero sexoafectivo. Este conocerse tiene características particulares, basadas en el “feeling conversacional” que emerge y la confianza construida entre ambos. Todo esto

con el fin de salvaguardar su integridad física y evitar el rechazo.

Una vez que el proceso de conocer deriva en la conformación de confianza, se hace necesario el contar que vive con VIH para advertir al potencial compañero sexoafectivo del “peligro” al que se encontraría expuesto, y así evitar sentir culpa y/o cargo de consciencia. A su vez, esto hace que se sienta sincero y liberado, quitándose “un peso de encima”.

El sentimiento de culpa marca la forma en que vive sus prácticas sexuales, ya que considera que debe usar siempre el preservativo en las relaciones sexuales penetrativas para evitar contagiar a otros. El condón es vivido como una limitación y como algo que lo hace sentir diferente a los demás, específicamente en cuanto a que le realicen sexo oral, pues es una práctica que se ha visto forzado a abandonar sin el uso de preservativo de por medio. En ese sentido, ha sentido que ha tenido que postergar su placer en pos de la tranquilidad de un Otro, y así evitar comentarios que lo afecten emocionalmente.

Restringí ciertas cosas con mi primer pololo, ciertas cosas que para mí me daban placer, con tal de hacerlo sentir más seguro a él... porque ante

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

el miedo que tenía, preferí ceder yo en ese aspecto (Sujeto 2).

En cuanto a las prácticas afectivas, él considera que son las mismas que realizaba antes del vivir con VIH, por lo que siente que el virus no lo ha limitado en este sentido. Esto se ha debido, principalmente, a que siente que puede hacer “las mismas cosas que hace todo el mundo”, a pesar de sentirse coartado por su orientación sexual y su condición serológica. Estas prácticas son consideradas por él como “tradicionales y románticas”, y menciona entre ellas el pasear con la pareja, ver películas juntos, conocer a los amigos, etc. No obstante, y a pesar de que las conductas no han cambiado, el significado que está detrás de éstas se ve modificado, lo que se ve reflejado en la preocupación constante del bienestar del otro, para así reducir la probabilidad de sentirse rechazado.

Es necesario referirse al tratamiento farmacológico de Sujeto 2, dado que éste ha tenido consecuencias físicas y psicológicas en él, principalmente en la relación con su corporalidad. Ha sentido que algunas de sus prácticas sexoafectivas han sido afectadas por los efectos secundarios que le han traído los medicamentos. La disminución de salivación le provoca incomodidad al besar a

un compañero sexoafectivo, contribuyendo a la sensación de ser diferente a los demás. Esto también influyó en las actividades recreacionales que realizaba, como ir a discotecas y/o beber alcohol con los amigos, debido al desconocimiento y temor frente a la terapia farmacológica.

Sin embargo, esta visión se ve flexibilizada una vez que se informa al consultar a su médico tratante, retomando algunas de las actividades. Por ello, al ir informándose a través de la red de salud e internet, ha podido atribuirle un nuevo significado al vivir con VIH, basado principalmente en el cuidado y adherencia estricta al tratamiento farmacológico.

He ido aceptando todo, de que estar con VIH no significa que te vas a morir. Eh, bueno, y... ir aprendiendo un poco más del tema, saliendo de la ignorancia (...) Yo creo que hasta el momento, desde mi experiencia, no pierdo la esperanza de que alguien me acepte plenamente... Yo creo que eso tiene que ver con ignorancia a nivel país con el tema sexual (Sujeto 2).

Sujeto 3

Es un hombre de 25 años que vive fuera de la Región de Valparaíso, con sus padres y su hermano. Se encuentra trabajando, ejerciendo la carrera universitaria que estudió. Tiene una relación sexoafectiva estable hace aproximadamente ocho meses, y es la primera que él considera como “pololeo”.

A los 13 años comienza a sentir atracción hacia personas de su mismo sexo, pero no es hasta los 18 años que se identifica como homosexual. A los 21 años decide contarle a su madre sobre su orientación sexual, lo que no fue acogido positivamente, aunque encontró apoyo en sus amistades. Actualmente se siente un poco más aceptado en su familia, haciendo que éstos compartan con su pareja.

A inicio del año 2013 fue notificado que vivía con VIH, después de que su dermatólogo le aconsejara realizarse exámenes de ITS. Se realiza el test de ELISA en un laboratorio privado. Al ser notificado, inicia el tratamiento farmacológico en un centro de salud pública de la Región Metropolitana, ya que el centro de salud de su comuna de origen no cuenta con especialistas.

Hallazgos de significados y prácticas de relaciones sexoafectivas.

Sujeto 3 significa las relaciones sexoafectivas como una forma de establecer un vínculo emocional con un Otro. Cuenta con un círculo social que se basa en la interacción virtual con otros, mediante internet y redes sociales, por lo que ésta ha sido la forma principal de conocer potenciales compañeros sexoafectivos. En ese sentido, como la interacción con ellos es mediada por la conversación escrita, para él es condición básica el tener intereses en común con quienes se relaciona, además de que exista atracción física.

Conocía personas por Twitter, por Tumblr o por Facebook. A través de las redes sociales, principalmente. Entonces yo ahí conocía gente, porque obviamente, ya, como no tengo amigos gay, en la U no, y menos donde vivo (Sujeto 3).

Luego de pasar por el proceso de “conocerse”, que implica un interés por el otro, puede surgir el interés de un “encuentro en persona”, con el fin de identificar si existen o no el deseo de seguir relacionándose.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Para él existe una división entre las relaciones que implican “cariño” y las que no, significando el cariño como una manera de involucrarse íntimamente con un Otro. Las relaciones que no implican cariño, denominadas como “*touch and go*”, se basan principalmente en el atractivo físico, y pueden abarcar desde un beso hasta sexo casual. En cambio, las que sí involucran cariño las distingue entre “andar” o “salir”, y “pololear”. La diferencia entre una y otra estriba en el nivel de compromiso explícito que las personas involucradas, y en la “intensidad” de los sentimientos involucrados.

Es que yo encuentro que entre andar y pololear no hay mucha diferencia, cachai, porque ya hay sentimientos, independiente que sean más fuertes o más importante todo. Yo encuentro que está dentro de la misma categoría (...) Obviamente es diferente el sentimiento de amar al sentimiento de gustar, pero el cariño está. (Sujeto 3).

Las relaciones sexoafectivas que implican cariño se componen de ciertas características, que para él pueden ser equivalentes a los vínculos familiares, entendiéndolos como relaciones de

contención, compañía, confianza, seguridad, estabilidad, etc.

A su vez, considera que las relaciones sexoafectivas son evolutivas, donde la cotidianidad, el cariño y el respeto pueden hacer que “crezca”, llevándola a un punto de mayor intimidad, complicidad y compromiso. Es aquí donde la relación toma un carácter de estabilidad, conllevando también responsabilidad y cuidado para con el otro, significándola como “la unión de ambas vidas”. Es por ello que, además, considera como necesario el tener la posibilidad y los espacios para compartir con los amigos y las familias de cada uno, tanto en la esfera privada como pública.

Hallazgos de implicancias del diagnóstico de VIH en las relaciones sexoafectivas.

Los primeros significados en torno al virus que emergen en Sujeto 3 se relacionan al sentir que no podría iniciar una relación sexoafectiva nuevamente. Ello lo lleva a comenzar el proceso con incertidumbre, y a enfrentarse con temor al hecho de tener que contar que vive con VIH. Esto hace que empiece a plantearse una serie de dudas relacionadas a cómo serían ahora sus relaciones sexoafectivas, y de la complejidad y obstáculos que esto

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

conllevaría, las que finalmente lo llevan a buscar ayuda psicológica para poder abordar la situación.

Pensaba que me iba a quedar solo. No sabía cómo lo iba a afrontar, cómo lo iba a contar si me gustara alguien que no tuviera esto, cómo iba a hacer que, entre comillas, se quedara. Cómo iba a conocer a la gente, en qué momento tenía que contar esto (...) Que iba a ser difícil conocer a alguien. Si antes, entre comillas, ya era difícil y sólo por internet, ahora iba a ser 10, 20, 30 veces más difícil... Y si me llegase a interesar alguien, cómo le iba a contar, cachai. Entonces igual era... veía como negro el futuro (Sujeto 3).

Uno de los pensamientos que surgen a partir del diagnóstico es el pensar que sólo iba a poder estar con un compañero sexoafectivo que también viviese con VIH, bajo el supuesto de que éste podría entenderlo y apoyarlo sin exponerse a que lo rechazaran por vivir con el virus. Por ello, las prácticas asociadas a conocer personas a través de internet se enfocaron en hombres con condición serológica positiva.

Esta visión se flexibilizó una vez que asiste al psicólogo, pudiendo acoger la idea

de poder conocer a alguien que lo aceptara tal cual, sin restringirse sólo a personas que viviesen con VIH. No obstante, el proceso es vivido como dinámico y oscilante, debido a que depende del contexto y a la interacción con potenciales compañeros sexoafectivos.

Antes del XXXX al menos tenía la esperanza de que ya, podría ser que hubiera alguien con quien pudiera estar, pero fue como 'oh, no, en verdad ya no hay esperanza'. Y después llegó el YYYY y fue como 'sí, la esperanza sí es real', porque ya estoy viviéndola (Sujeto 3).

En cuanto al contar sobre su condición serológica, debido a experiencias negativas anteriormente vividas, Sujeto 3 tiende a contar que vive con VIH a través de internet, en el minuto que comienza a sentir cierta atracción e interés constante. Por ello, también intenta no involucrarse emocionalmente y cortar los vínculos antes de sentirse comprometido con un Otro, para así evitar lo que él cree que pudiese concluir en que ambas partes sufrieran.

Sin embargo, si al contar sobre su condición serológica se siente acogido, es posible que él pueda proyectarse en una relación. Si bien considera que el vivir con VIH puede tener consecuencias negativas

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

para la relación, también cree que puede hacer que la relación se enriquezca, ya que siente que si el otro lo apoya en esta situación, muestra seguridad e interés por estar con él.

Era como que ya veía la opción como de poder ser feliz con alguien, o que al menos no se va a ir por esto. Se podría ir porque no le gusta mi genio, no sé, por cualquier otro motivo, pero no por esto. Como que igual me hacía sentir tranquilo por eso, porque la enfermedad era como parte, cachai. Entonces ya no me da ese miedo (Sujeto 3).

Respecto a las prácticas sexuales, menciona que si bien antes utilizaba el condón en casi todas sus relaciones sexuales, actualmente su uso es obligatorio y una condición necesaria para proteger a su pareja de un posible contagio. En cuanto a las prácticas afectivas, lo que se destaca es la constante evaluación y preocupación de la comodidad y seguridad emocional de su pareja en relación a la condición serológica de Sujeto 3. Por otro lado, al ser su primera relación de “pololeo”, sí han ampliado las actividades recreacionales que realizan en sus contextos familiares. Entre éstas se destacan el pasear juntos, alojarse en la casa

de la pareja, jugar videojuegos, ir al cine, etc.

Por último, el que su actual pareja participe en el proceso del tratamiento, y que naturalice y haga parte de la rutina de pareja el vivir con VIH, lo ha hecho sentir mucho más seguro de la relación y de sí mismo.

Ya tengo el apoyo de él, cachai. Como que él me va a buscar las pastillas mes a mes mientras yo trabajo (...) Me lo hace ver como ‘ya, yo también podría tener eso, o yo igual podría estar tomando pastillas para la diabetes, por ejemplo’. Como que es una enfermedad más, y aunque eso yo ya lo sabía, es diferente que te lo diga un doctor a que te lo diga tu pareja (Sujeto 3).

Síntesis global sobre significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas

Visión tradicional y romántica de las relaciones sexoafectivas.

En los tres sujetos existe una visión tradicional y romántica de las relaciones sexoafectivas, compuestas sólo por dos personas. En estas relaciones se persigue y prefiere un vínculo que se articule en base a emociones y sentimientos relacionados a la

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

intimidad, confianza, seguridad, estabilidad y reciprocidad afectiva y sexual.

Los tres sujetos entienden estos cinco elementos como el fundamento que sostendría la posibilidad de iniciar una relación con otra persona. Éstos adquieren especial relevancia por la complejidad que conlleva la apertura de la intimidad y del mundo personal a un Otro, resultando difícil para los entrevistados el “abrirse emocionalmente” con alguien que no les dé la confianza para hacerlo.

Además, esta visión de las relaciones sexoafectivas se adscribe a prácticas vinculadas a la exclusividad sexual, conocer y formar parte del círculo familiar y social de la pareja, y compartir valores y pasatiempos. Se devela la necesidad de poder compartir con el compañero sexoafectivo desde los aspectos más superficiales hasta los que creen más íntimos.

Relaciones sexoafectivas como un proceso evolutivo, dinámico y flexible.

Los sujetos mencionan que sus relaciones sexoafectivas pasan por un proceso evolutivo que va dando luces de la presencia de las emociones, sentimientos y prácticas mencionadas. Señalan que, luego

de involucrar sentimientos inicialmente, surgen categorías que implican un menor compromiso emocional, hasta llegar a una relación estable (“pololeo”), que sería la instancia última e ideal.

Para gestar y desarrollar dichos procesos, pareciera ser fundamental pasar un periodo en donde se conoce al potencial compañero sexoafectivo; saber qué le gusta, qué hace, quiénes forman parte de su círculo familiar y social, entre otros, y de esta manera, saber si el otro se acerca o aleja de las expectativas que tiene en las dimensiones afectivas, sexuales y sociales.

No obstante, por lo complejo del proceso que implica la formación de la relación sexoafectiva deseada, surgen otros tipos de relaciones, caracterizadas por la experiencia del placer inmediato, tanto a nivel sexual como afectivo, y que surge primordialmente a raíz de la atracción física. Algunas de sus características son que no se involucran sentimientos románticos, no está considerada una proyección afectiva, no existe exclusividad sexual necesariamente, y no hay una interacción frecuente entre los involucrados. Se mencionan el sexo casual, *touch and go* y amigo con ventaja como ejemplos de este tipo de relaciones sexoafectivas.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Por el carácter evolutivo de las relaciones que mencionan los entrevistados, es posible entenderlas también como un proceso dinámico y flexible. Por lo tanto, una relación que inicialmente no involucra sentimientos ni proyección podría “transformarse” en una relación “estable” de carácter romántico, que es más buscada y deseada por los participantes debido a la estabilidad emocional que les proporciona tener a alguien que les brinde confianza, seguridad, intimidad y reciprocidad afectiva y sexual.

Homosexualidad y relaciones sexoafectivas.

El reconocerse como homosexual es un factor que permea la forma en que los sujetos viven sus relaciones sexoafectivas, en específico las relaciones “estables”; los sujetos buscan ser reconocidos por su pareja en lo íntimo y en lo público, demostrándose cariño abiertamente e intentando ser integrados de la mejor manera posible en los círculos familiar y social.

Asimismo, y a pesar de que mencionan no haberse sentido discriminados, sienten que aún no son aceptados plenamente, pues se sostienen prejuicios sociales en torno a la homosexualidad. Los sujetos señalan que se sienten “diferentes” o “como un bicho raro”

en su propia familia, al sentir y experimentar ser tratados de forma distinta a los demás sólo por el hecho de definirse como homosexuales. Esto se refleja en prácticas como el no poder presentar a sus compañeros sexoafectivos a la familia, “censurar” la temática de la homosexualidad en lo cotidiano, sentir que no existe la libertad para hablar sobre la relación, entre otras.

Percepción de sí mismo a partir de una relación sexoafectiva.

Se puede apreciar, además, que las relaciones sexoafectivas inciden en la autoestima y la percepción que tienen sobre sí mismos, pues llevar a cabo ciertas prácticas hace que ellos mismos se identifiquen con ciertas categorías que tienen un juicio de valor. Por ejemplo, mantener relaciones sexoafectivas con dos o más personas simultáneamente hace que se califiquen despectivamente como “maraco” o “puto”, y a su vez, mantener una relación sexoafectiva estable los lleva a describirse como “maduros” o “estable emocionalmente”.

Internet y relaciones sexoafectivas.

La forma y los medios por los que los participantes conocen a los potenciales

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

compañeros sexoafectivos tiene ciertas características particulares, siendo Internet el principal medio por el que conocen a hombres homosexuales.

El espacio cibernético, que abarca redes sociales (*Facebook, Tumblr y Twitter*), chat y sitios web de temática homosexual, permite una interacción que facilitaría el proceso de “conocer” a un otro y evaluar si cumple algunas de las expectativas que los sujetos tienen del tipo de relación sexoafectiva que busque. Es por ello que, mediante estos espacios, es posible que surjan diversos tipos de relaciones sexoafectivas.

La relevancia de internet en la vida sexoafectiva de los tres participantes no se limita sólo a esto, sino que también posibilita el sostener relaciones a distancia. Los tres entrevistados se han visto involucrados, en distintos momentos y contextos, en una relación en la que el compañero sexoafectivo no se encuentra en la ciudad o región en la que residen, siendo internet el medio primordial por el que se comunican y desarrollan la relación.

Otro de los medios por el cual los participantes conocen posibles compañeros sexoafectivos es lo que ellos consideran la forma “tradicional” o “común”, la cual

consta de todo espacio social recreativo, es decir, conocer hombres homosexuales a través de amigos.

Por último, también se mencionan lugares de encuentro homosexual, entre los cuales se consideran “discotecas y pubs gay” y los “cibercafés gay”. En las primeras, los sujetos mencionan que van a divertirse con amigos y amigas, teniendo la posibilidad de conocer a otros hombres homosexuales. Los segundos corresponden a establecimientos que cuentan con cabinas privadas en las que se puede chatear con otros clientes del local y donde, por lo general, se pueden tener encuentros sexuales ocasionales.

Síntesis global de implicancias del diagnóstico de VIH en las relaciones sexoafectivas

Incidencia de los prejuicios sociales en la proyección.

El vivir con VIH ha resultado un proceso complejo y oscilante, generando incertidumbre, angustia y temor en los sujetos. Esto se debería a los prejuicios y significados que existen a nivel sociocultural sobre el VIH, y más aún, sobre las personas que viven con el virus. Al momento de ser notificados, todos estos significados, temores y prejuicios toman forma y dan pie

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

para la gestación de nuevos significados que incidirán fuertemente en cómo articularan y proyectarán distintas dimensiones de su vida.

Los tres participantes explicitan que dicho proceso inicia una vez que se cuestionan que podrían vivir con VIH, al recordar que han incurrido en conductas de riesgo, y por lo tanto, que existe una posibilidad real de haber contraído el virus. En ese momento, los sujetos reconocen que muchas de las emociones y creencias que surgieron se basaron principalmente en la (des)información que tenían sobre la experiencia de vivir con VIH, la que se encontraba teñida por prejuicios y significados ideológica y moralmente cargados. Éstos se encuentran relacionados con que el VIH es una enfermedad letal y con un alto nivel de mortalidad, por lo que los primeros pensamientos gatillados a partir de la posibilidad de ser "portador" del virus hacen alusión a una muerte inminente en un espacio de tiempo relativamente breve.

Por otra parte, también son mencionados los prejuicios que vinculan al contagio con la promiscuidad sexual, lo que no afectaría el cómo se sienten consigo mismo, sino que emergen fantasías sobre qué es lo que piensa el Otro de ellos, y cuáles serán las

consecuencias de ello en sus vida, en específico en la dimensión sexoafectiva. Esto se reflejó en el ocultamiento y la vergüenza del proceso que se desencadena el confirmar que viven con VIH. En ese sentido, se intenta mantener un "control" sobre el círculo de personas a las que se les cuenta (tal como sucede con la experiencia de ser homosexual), debido al impacto negativo que podría tener en sus relaciones significativas; amigos, familiares, entre otros.

Particularmente en el ámbito sexoafectivo, lo primero que surge en los sujetos es la idea de no vincularse con un Otro y de cerrarse a la posibilidad de proyección, lo que se traduce concretamente en la abstinencia de relaciones sexuales. El miedo y la incertidumbre son lo que articulan esta concepción.

Integrar la experiencia de vivir con VIH.

La noción anteriormente relatada fue cambiando por diversos factores, entre los que destacan el ir informándose sobre el virus, las opiniones y actitudes del entorno y la propia experiencia de vivir con VIH.

La información que van obteniendo desde los profesionales de la red de salud les

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

permite cambiar, poco a poco, la noción de “enfermedad letal” hacia la de “enfermedad crónica”, lo que permitiría que flexibilicen sus prácticas sexoafectivas. Asimismo, la ausencia de apoyo e información oportuna por parte de la red de salud podría dificultar el proceso de asimilar e integrar que se vivía con VIH, cargando el proceso con incertidumbre y angustia.

No obstante, este proceso es dinámico y situado, estando ligado a una constante interacción con Otros y con el medio. Por ello, el apoyo y acogida, o el sentir que son rechazados y marginados, puede transformar los significados respecto a la enfermedad y, específicamente, a cómo ellos experimentan y viven su sexoafectividad.

Contar que se vive con VIH.

En los tres sujetos surge como una necesidad el “confesar” que viven con VIH a las personas hacia las que se sienten atraídas. La confianza construida entre la persona que vive con VIH y su compañero sexoafectivo es el factor vital para dar este paso. El expresar que viven con VIH les permite sentirse “liberados”, ya que significan el virus como una “carga” y como una “restricción” que les impide poder ser “sinceros”, tanto con ellos como con los demás. Por esto, tomar la decisión de hablar

del tema es algo difícil y complejo que requiere de una preparación emocional, que incluso podría requerir ayuda terapéutica.

Una posibilidad que les otorga una especie de “protección” emocional es el contarle mediante Internet, pues así pueden controlar lo que dicen y la forma en que lo hacen, y pueden enfrentarse mejor a la reacción del otro. En este sentido, la anticipación a la respuesta es clave, pues les permite a ellos mismos tener una idea de cómo actuar.

Los entrevistados piensan frecuentemente que serán rechazados debido a los prejuicios que conlleva el vivir con VIH, lo que puede llevarlos a optar por alejarse voluntariamente para evitar el “sufrimiento” de ellos y de las otras personas. Empero, la intención detrás de revelar que viven con VIH sería encontrar apoyo en esas personas, teniendo la esperanza de que quieran seguir conociéndose e involucrarse en una relación sexoafectiva. El hecho de que los sujetos sean apoyados por un potencial compañero sexoafectivo influiría directamente en el “proyectarse” en una relación.

Prácticas sexuales y prácticas afectivas.

Los nuevos significados generados por la experiencia de vivir con VIH tienen incidencia en las prácticas sexuales de los entrevistados, las cuales son coherentes a la forma de significar los diversos hitos del proceso.

Una de las más significativas para ellos es el asumir la responsabilidad del “uso obligatorio” del preservativo durante el acto sexual penetrativo, con el fin de evitar contagiar al compañero sexual. Esta práctica se da tanto en las relaciones sexoafectivas estables como en el sexo casual, siendo relevante mencionar que, en caso de que la otra persona no acceda a usar condón, no se tienen relaciones sexuales. En cuanto al sexo oral, los entrevistados mencionan dos alternativas: no recibirlo, o recibirlo usando un preservativo.

Las prácticas de cuidado propio y cuidado del compañero sexoafectivo para evitar el contagio podrían ser vividas como una limitación en la relación, desencadenando emociones ligadas al sentirse diferente y no sentirse plenamente satisfecho con el acto sexual, debido a los temores al contagio que podrían generarse.

Por su parte, el vivir con VIH transforma los significados en torno a cómo viven su afectividad, pero los sujetos no aprecian cambios en torno a las conductas asociadas. Entre las transformaciones se destacan: (1) El cuidado emocional del Otro, evaluando constantemente cómo el compañero sexoafectivo se siente al relacionarse con alguien que vive con VIH, y las necesidades que surgirían en torno a esto; (2) La intensificación del temor al rechazo; (3) Alta valoración al no ser rechazado por un potencial compañero sexoafectivo; (4) Postergación de las propias necesidades afectivas; y (5) Alta valoración de conductas ligadas al imaginario de lo romántico, relevándolas sobre el deseo e impulso sexual.

Es importante mencionar que las prácticas sexuales y afectivas se encuentran imbricadas, pues son dos dimensiones fundamentales de la sexoafectividad, y que por lo tanto, se encuentran en una constante relación dialéctica. Es por esto que se vuelve coherente que las prácticas de los sujetos, al haber experimentado cambios en sus significados por vivir con VIH, se vean modificadas y articuladas en torno al dicho proceso.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Tratamiento Farmacológico.

Por último, otra arista a destacar es el seguir un tratamiento farmacológico, que por los significados asociados y sus prácticas derivadas, pueden dificultar o facilitar cierto tipo de dinámicas. El proceso puede ser vivido como un recordatorio corporal del vivir con el virus, lo que reafirmaría la sensación de restricción y diferencia, pero también podría desencadenar prácticas consideradas como positivas, pues podría valorarse más al compañero sexoafectivo si es que éste se involucra y ayuda en la rutina ligada a los fármacos.

Como se ha mencionado anteriormente, para los tres entrevistados el proceso de la experiencia de vivir con VIH ha sido complicada y llena de dificultades, tanto a nivel personal como relacional, pero que a medida que los sujetos van adquiriendo mayor conocimiento del virus y de cómo éste afecta a su cuerpo y emocionalidad (y cómo es que muchas de las limitantes relacionales que ellos daban como ciertas se van desmitificando), podrían lograr derribar sus propios prejuicios. Esto los acercaría, gradualmente, a una aceptación de su nueva manera de percibirse y entenderse a sí mismos, siendo de vital importancia ver que

un Otro puede aceptar, y de esta manera, flexibilizar el significado inicial de “nadie va a querer estar con alguien contagiado de VIH”, especialmente si se trata de un Otro sexoafectivamente significativo.

Discusión

En este apartado se expondrán las limitaciones de este estudio y, a partir del análisis realizado, se dará respuesta a la pregunta de investigación. Finalmente, también se expondrán las distintas temáticas emergentes que escapan a la pregunta de investigación, pero que se consideran relevantes y pertinentes para comprender el fenómeno.

Una de las principales limitaciones del estudio tiene que ver con las características de la población que no se contemplaron en un inicio, pues éstos, además de ser hombres jóvenes homosexuales, son universitarios, que han “salido del closet” a nivel familiar y social, y que aún viven con sus padres. Es este último punto el que podría estar interviniendo en los resultados de la investigación, pues para los sujetos es relevante la opinión familiar respecto a sus relaciones sexoafectivas.

El que los entrevistados sean sujetos jóvenes también limita el estudio, pues ellos

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

dicen que antes de contagiarse con el virus no habían tenido mucha experiencia en relaciones sexoafectivas, y en específico en prácticas sexuales. Por ello, se considera interesante explorar los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas en sujetos que se contagiaron tardíamente (en la adultez) con VIH. Asimismo, también sería interesante estudiar longitudinalmente los significados y prácticas de los sujetos que participaron de esta investigación, con el fin de apreciar la transformación y/o desarrollo de los mismos a lo largo de su vida.

Como algunos autores mencionan, las relaciones sexoafectivas de la población homosexual no difieren a las relaciones sexoafectivas de las relaciones heterosexuales con respecto a lo que se busca y desea de ellas (Shibley & Delamater, 2006). Sin embargo, surgen otros tópicos que inciden en la forma en la que las relaciones se desarrollan (Kurdek, 2005, en Gallego & Barreiro, 2010; Barbosa & Jiménez, 2010). Éstas se asocian con los prejuicios que se encuentran en la cultura y que, por lo tanto, podrían reflejarse en la evitación de ciertas prácticas sexoafectivas que los expondrían al rechazo y a la discriminación. Así, el vivir con VIH complejizaría aún más la experiencia de encontrarse en una relación sexoafectiva y,

por ende, tendría incidencia en los significados y prácticas de estos sujetos, relacionados a la exposición, la vergüenza, el ocultamiento, la búsqueda del apoyo familiar, etc.

En cuanto a las categorías de relaciones sexoafectivas que propone Silva (1994), es posible observar que, si bien no coinciden en su totalidad, dichas etiquetas responden a las mismas necesidades de explicitar los compromisos y expectativas que se tienen de la relación. Los sujetos, a pesar de vivir las particularidades de sus relaciones (Yela, 2000), buscan consolidarlas en una relación estable, respondiendo así al ideal del imaginario sociocultural. En general, los sujetos entrevistados mantienen una visión positiva de sus relaciones sexoafectivas, tal como concluyeron Gallego & Barreiro de Motta (2006), sintiendo que éstas vienen a enriquecer su vida.

Sin embargo, respecto a otras temáticas que surgen de este estudio, es pertinente mencionar que los sujetos no parecen tener una plena conciencia respecto a los significados que están tras sus relaciones sexoafectivas, y naturalizan el hecho de querer una relación sexoafectiva (particularmente una relación de pareja), no

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

cuestionándose la razón de fondo tras esta “necesidad”.

A su vez, el uso de determinadas categorías sexoafectivas podría ser un “resguardo emocional” que facilitaría la distinción entre cuánto se está dispuesto a entregar en una relación sexoafectiva, y hasta qué nivel podría involucrarse con un Otro. Así podría explicarse la tendencia a optar por una relación de pareja estable, dado el bajo grado de incertidumbre que otorga en comparación a los otros tipos de relaciones sexoafectivas.

Por otro lado, el reconocimiento de la homosexualidad podría incidir en el grado de proyección de la relación sexoafectiva, considerando tres niveles: que el sujeto se auto – reconozca como homosexual, que la potencial pareja sexoafectiva se reconozca como homosexual, y que la familia y amigos validen la relación sexoafectiva de ellos. Cuando confluyen estas tres condiciones, emerge un bienestar subjetivo que les permite sentirse cómodos en la relación.

La familia y los amigos influirían directamente en la experiencia de asumirse públicamente como homosexual (“salir del clóset”), pues los participantes significarían la homosexualidad como algo que podría tener consecuencias negativas en los

vínculos familiares y sociales (amigos, laborales, etc.). Por esto es que el proceso de “salir del clóset” no sólo lo vive el joven homosexual, asumiendo e integrando a su subjetividad el hecho de reconocerse como tal, sino que también su familia (en tanto sistema) tendría que asumir, re-conocerse y aceptarse, dando cuenta de dos procesos que ocurrirían simultáneamente, pero no necesariamente al mismo ritmo.

Los entrevistados expresan la necesidad de sentirse menos diferentes, con los mismos derechos y oportunidades de tener prácticas y conductas de pareja que son social y culturalmente deseadas. Este reconocimiento permitiría lograr una cercanía a esta “norma cultural”, y a las dinámicas consideradas como convencionales que se dan en las relaciones sexoafectivas heterosexuales. No obstante, parece ser que les basta con no ser discriminados al contar que se reconocen como homosexuales, sin ser una necesidad primaria el reivindicar sus derechos y necesidades, a pesar del malestar emocional que provocan las restricciones y/o limitaciones percibidas (especialmente en contextos familiares).

También es posible apreciar el cambio que Tosoli et al. (2011) mencionaban con respecto a que el VIH sea considerado como

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

una enfermedad crónica en lugar de una enfermedad mortal. No obstante, existen aristas que no fueron consideradas en su estudio. Una de ellas es vivir el “duelo” de lo que se pierde ante la enfermedad, trabajado como la pérdida de Bermejo (1995). Los sujetos mencionan que deben pasar por un proceso de asimilación y adaptación ante su “nueva condición”, donde adquiere gran relevancia el entorno sociopolítico en el que están circunscritos.

El cambio de perspectiva sólo es posible cuando existe información respecto a la distinción de las fases del VIH y SIDA (latencia e inmunodeficiencia adquirida, respectivamente). Esto, según los entrevistados, permite ser consciente de la importancia del tratamiento farmacológico, y de considerarlo como un elemento fundamental en su vida en adelante. En ese sentido, el rol que juegan los servicios de salud es vital, pues entregar la información oportuna y asertivamente puede hacer una gran diferencia con respecto al significado que cada persona le otorgue al vivir con VIH, además de la adherencia al tratamiento. En la misma línea, cobran relevancia las políticas públicas respecto al tema, particularmente en las áreas de salud y educación; es necesario un trabajo en conjunto y coordinado para tratar estos

temas en la población chilena, más allá que campañas masivas que sólo incentiven a hacerse el test de ELISA, ya que los mismos sujetos mencionan que, de haber tenido información oportuna y de calidad, el proceso vivido hubiese sido menos oscilante.

Para concluir, respondiendo a la pregunta de investigación, se aprecia que la principal implicancia del diagnóstico de VIH en los significados y prácticas de las relaciones sexoafectivas de hombres jóvenes homosexuales, es experimentar un proceso de incertidumbre que incide en la proyección, en cómo se ven a sí mismos como sujetos sexoafectivos, en cómo interactúan con un compañero sexoafectivo y lo que se busca de esa persona, y de esa relación.

La forma en que los sujetos van articulando las dimensiones mencionadas transformaría el modo en la que experimentan el relacionarse sexoafectivamente, y por ende, incidiría en sus significados y prácticas. Por último, el contexto en el que los sujetos se encuentran circunscritos facilitarían u obstaculizarían el proceso oscilante de vivir con VIH, lo que complejizaría aún más la forma en la que las relaciones sexoafectivas se desarrollan,

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

entendiéndolas como un proceso que de por sí es dinámico.

Referencias

Aggleton, P., Parker, R., & Maluwa, M. (2002) Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción. *Documento de la Campaña Mundial contra el sida 2002-2003* [online]. Recuperado de <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/Discriminaci%F3n%20por%20VIH.pdf> el 9 de junio de 2014.

Barbosa, A. & Jiménez, P. (2010) Significados asignados al Establecimiento de Vínculos Afectivos y la Posible Conformación Familiar por parte de Jóvenes Adultos Homosexuales. *Revista Vanguardia Psicológica* [online] Vol. 1, núm. 1. pp 33-51. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815122> el 20 de diciembre de 2014.

Bauman, Z. (2005) Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Bermejo, J. (1995). Comprender y ayudar al enfermo de SIDA. Santiago, Chile: Caritas Chile.

Berríos C., Martínez P., Melo C. & Menares A. (2004) *Adaptación y adversidad: un análisis desde la resiliencia, las fortalezas de quienes viven con VIH-Sida*. Tesis para optar a licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

CChPS, (1997) *De Amores y Sombras: Poblaciones y Culturas Homo y Bisexuales*

en Hombres de Santiago. Santiago, Chile: Corporación Chilena de Prevención de Sida.

Chong, F., Fernández, C., Huicochea, L., Álvarez, G. & Leyva, R. (2012) Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios Fronterizos* [online], Vol. 13, núm. 25. pp 31-55. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612012000100002&script=sci_arttext el 30 de Mayo de 2014.

Gala, A., Berdasquera, D., Pérez, J., Pinto, J., Suárez, J., Joanes, J., Sánchez, L., Aragonés, C., & Díaz, M. (2007) Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical* [online], Vol. 59, núm. 2. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602007000200003&script=sci_arttext el 9 de Junio de 2014.

Gallego-Montes, G. (2010) Implicaciones del VIH/SIDA en la biografía de varones con prácticas homoeróticas en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* [online], Vol. 52, núm. 2, pp. 141-147. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n2/v52n2a06> el 26 de mayo de 2014.

Gallego-Montes, G. (2011) Explicación sociodemográfica de la duración de las relaciones de pareja masculina en la Ciudad de México. *Revista Papeles de Población* [online], Vol. 17, núm. 67, pp. 91-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219005003> el 30 de Mayo de 2014.

Gallego, O., Barreiro de Motta, E. (2010) Análisis de los Factores Asociados a las relaciones de pareja homosexual (Gays y

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

Lesbianas) en la Ciudad de Bogotá. *Suma Psicológica* [online], Vol. 17, núm. 1, pp. 69-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134215244006.pdf> el 28 de Abril de 2014.

Giddens, A. (2012) *La Transformación de la Intimidad: Sexualidad, Amor, y Erotismo en las Sociedades Modernas*. Madrid, España: Cátedra.

Goffman, E. (1970) *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Gómez-Zapiain, J. (2000) Educación afectivo sexual. *Anuario de Sexología* [online], Vol., núm. 6, pp. 41-56. Recuperado de <http://www.aeps.es/wp-content/plugins/mycore/files/anuario-6-2000.pdf#page=41> el 20 de diciembre de 2014.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. (3^o Ed). Ciudad de México, México: Editorial McGraw-Hill.

Larrúa, L., Rabassa, Y., Lado, G., & Gonzáles, S. (2006). Algunos aspectos sociales en la epidemiología de la infección por VIH. *Revista Humanidades Médicas* [online], Vol. 6, núm. 3. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202006000300002&script=sci_arttext el 26 de abril de 2014.

Mata, L. (1989). Aspectos psicosociales en torno a las personas afectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense* [online], Vol. 33, núm. 2, pp. 62-68. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v33n21989/art5.pdf> el 2 de Junio de 2014.

Mella, O. (2003). *Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación: Orientaciones Teórico-Metodológicas y Técnicas de Investigación*. Santiago, Chile: Editorial Primus.

MINSAL (2013). *Informe Nacional: Evolución VIH/SIDA, Chile 1984-2012*. Santiago, Chile [online]. Recuperado de http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2012_vih_sida.pdf el 26 de Abril de 2014.

Miranda, O. & Nápoles, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, Vol. 38, núm. 3-4, pp. 63-72 [online]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572009000300007&script=sci_arttext el 2 de Junio de 2014.

OMS (2013) *Preguntas y Respuestas sobre el VIH/SIDA* [online]. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/71/es/> el 26 de Abril de 2014

ONU (2012) *Índice Compuesto de Estigma y Discriminación hacia hombres homosexuales, otros HSH y mujeres transgénero en Chile (ICED)* [online]. Recuperado de <http://www.onu.cl/onu/wp-content/uploads/2013/01/ESTUDIO-ESTIGMA-Y-DISCRIMINACION-HSH-Y-MUJERES-TRANS.-CHILE-dic-2012.pdf> el 26 de Abril de 2014.

ONUSIDA (2012). *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA* [online]. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf el 27 de mayo de 2014.

IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN

ONUSIDA (2013). *El Sida en cifras* [online]. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf el 27 de mayo de 2014.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2005). *Desarrollo humano*. (9° Ed). México: Ediciones McGraw Hill.

Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*. Madrid, España: La Muralla.

Rodríguez, G. Gil, J. & García, E. (1996) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga, España: Ed. Aljibe

Rodríguez, E. & García, N. (2006) Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Opción* [online]. Vol. 22, núm. 50. pp. 9-28. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1012-15872006000200002&script=sci_arttext el 10 de junio de 2014.

Rodríguez, M., Pulido, S., Amaya, A., Garavito, I. & Salazar, M. (2007) Factores psicosociales asociados a la infección por VIH/SIDA en pacientes residentes de la ciudad de Bogotá D.C. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* [online], Vol. 7, núm. 1, pp. 59-68. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen7_numero1/articulo_4.pdf el 30 de abril de 2014.

Sarquis, C., (1991) *Manuales de Psicología. Introducción al estudio psicológico y tratamiento de la pareja humana*. Vol. II. Santiago, Chile: Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Schutz, A. (1993) *La Construcción Significativa del Mundo Social*. Barcelona, España: Ed. Paidós.

Shibley, J., & Delamater, J. (2006) *Sexualidad Humana*. (9° Ed). Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana

Silva, M. (1994) *Relaciones Sexuales en la Adolescencia*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Tosoli, A., Pinto, É., & Oliveira, D. (2011). Representaciones Sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], Vol. 19, núm. 3. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_06.pdf el 26 de Abril de 2014.

Venegas, M. (2011) Un Modelo Sociológico para Investigar las Relaciones Afectivosexuales. *Revista Mexicana de Sociología* [online] Vol. 73, núm. 4, pp. 559-589. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32121233001> el 20 de diciembre de 2014.

Yela, C. (2000) *El amor desde la Psicología Social. Ni tan libres ni tan racionales*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.