

MENOSPRECIO Y RIESGO EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES VIVIENDO CON VIH EN MEDELLÍN

Sebastián Marín Posada *
Isabel Cristina Posada Zapata **

Recibido en julio 19 de 2018, aceptado en junio 1 de 2019

Citar este artículo así:

Marín S, Posada IC. Menosprecio y riesgo en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH en Medellín. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (1): 13-28 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.2

Resumen

Objetivo: comprender los significados de menosprecio construidos por hombres que tienen sexo con hombres (HSH) viviendo con VIH y su relación con prácticas de riesgo, en el área metropolitana de Medellín, 2016. **Métodos:** enfoque cualitativo. Se realizaron 11 entrevistas que fueron codificadas y analizadas siguiendo el método de Teoría Fundada propuesto por Strauss y Corbin. El muestreo tuvo dos momentos, en el primero se desarrolló un muestreo intencional estratificado y en el segundo un muestreo teórico. Participaron 8 HSH con VIH mayores de 18 años y residentes del área metropolitana de Medellín. **Resultados:** los significados de menosprecio derivados de experiencias de menosprecio vividas en diferentes escenarios de socialización por HSH con VIH permiten comprender prácticas de riesgo en este grupo poblacional. **Discusión:** las prácticas de cuidado y de riesgo de HSH con VIH están influenciadas por un contexto relacional donde se llevan a cabo interacciones de reconocimiento y menosprecio. En esta trama la heteronormatividad es un elemento central que atraviesa los vínculos en escenarios privados (familia, amigos, pareja) y públicos (instituciones educativas, de salud, etc.); de modo que las prácticas de cuidado-riesgo merecen ser comprendidas en clave de justicia social y no sólo como aptitudes meramente individuales.

Palabras clave

VIH, homosexualidad, discriminación social, riesgo, salud sexual (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Magíster en Salud Pública, Investigador Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: sebastianmarinp@gmail.com.

 orcid.org/0000-0001-8764-827X.  Google

** Magíster en Salud Pública, Profesora Asociada Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: isabel.posada@udea.edu.co

 orcid.org/0000-0003-4953-6490.  Google



DISDAIN AND RISK IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN LIVING WITH HIV IN MEDELLÍN

Abstract

Objective: to understand the meanings of disdain built by Men who have Sex with Men (MSM) living with HIV and their relationship with risky practices in the metropolitan area of Medellín, 2016. **Methods:** qualitative approach. Eleven interviews were conducted that were coded and analyzed following the method of Founded Theory proposed by Strauss and Corbin. The sampling had two moments: in the first moment an intentional stratified sampling was developed and in the second moment a theoretical sampling was carried out. Eight MSM with HIV over 18 years of age and resident of the metropolitan area of Medellín participated. **Results:** the meanings of disdain derived from experiences of contempt experienced in different scenarios of socialization by MSM with HIV allow understanding risk practices in this population group. **Discussion:** the care and risk practices of MSM with HIV are influenced by a relational context where recognition and contempt interactions take place. In this context, heteronormativity is a central element that crosses the links in private (family, friends, couple) and public (educational institution, health, and other institutions) scenarios so that care-risk practices deserve to be understood in terms of social justice and not only as purely individual skills.

Key words

HIV, homosexuality, social discrimination, risk, sexual health. (Source: MeSH, NLM).

DESPREZO E RISCO EM HOMENS QUE TÊM SEXO COM HOMENS VIVENDO COM VIH EM MEDELLÍN

Resumo

Objetivo: compreender os significados de desprezo construídos por homens que têm sexo com homens (HSH) vivendo com VIH e sua relação com práticas de risco, na área metropolitana de Medellín, 2016. **Métodos:** enfoque qualitativo. Realizaram-se 11 enquetes que foram codificadas e analisadas seguindo o método de Teoria Fundada orçamento por Strauss e Corbin. Amostragem teve dois momentos, no primeiro se desenvolveu uma amostragem intencional estratificada e no segundo uma amostragem teórica. Participaram 8 HSH com VIH maiores de 18 anos e residentes da área metropolitana de Medellín. **Resultados:** os significados de desprezo derivados de experiências de desprezo vividas em diferentes cenários de socialização por HSH com VIH permitem compreender práticas de risco em este grupo populacionais. **Discussão:** As práticas de cuidado e de risco de HSH com VIH estão influenciadas por um contexto relacional onde se levam a cabo interações de reconhecimento e desprezo. Nesta trama a heteronormatividade é um elemento central que atravessa os vínculos em cenários privados (família, amigos, casal) e públicos (instituições educativas, de saúde, etc.); de modo que as práticas de cuidado-risco merecem ser compreendidas em clave de justiça social e não só como atitudes meramente individuais.

Palavras Chave

VIH, homossexualidade, discriminação social, risco, saúde sexual (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un tema de preocupación e interés para la salud pública, las ciencias médicas y la sociedad en general desde la década del 80, debido a que aproximadamente 35 millones de personas en el mundo han fallecido por enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y cerca de 37 millones de mujeres y hombres viven actualmente con la infección por VIH (1). La evocación a la sexualidad y a la muerte confiere a este virus una complejidad de representaciones a nivel social que la presentan como la enfermedad maldita de la época (2). Además, la transmisión por la vía sexual ha connotado una idea asociada a obtener una calamidad buscada, donde se establece un juicio severo sobre el sujeto; como si el hecho de vivir con el virus lo hiciera poseedor de un tipo de perversión sexual (3).

En Medellín, la prevalencia de VIH presenta una progresión bastante significativa: para 2005 respondía al 0,15% y en 2017 al 0,42% (4); además, las enfermedades relacionadas con el VIH ocuparon el primer lugar como causa de muerte por enfermedad para el grupo de hombres de 15 a 44 años en esta misma ciudad para el año 2017 (5). Adicionalmente, desde que el virus se ha hecho visible en la agenda pública se le ha vinculado con ciertos grupos poblacionales, dentro de los que sobresale el de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)¹, grupo entre el cual se estima una prevalencia de la infección en Latinoamérica que oscila entre el 5 y el 40% (6); y para el caso de Medellín se tiene una prevalencia del 20,7% para 2015 (7), dando cuenta de una concentración de la infección por VIH en este grupo poblacional.

Sumado a lo anterior, el mismo estudio reveló asuntos interesantes con relación a las prácticas

¹ La categoría HSH reúne al grupo de hombres que, con independencia de su orientación sexual, realizan prácticas sexuales con otros hombres. De esta forma incluyen hombres heterosexuales, bisexuales, gay, entre otros, que en algunas situaciones o de manera frecuente tengan relaciones sexuales con otros hombres (8).

sexuales de riesgo, por ejemplo que el 18,5% de los HSH refirió utilización del condón sólo algunas veces y el 2,8% reportó que nunca lo usa; por otra parte, también se evidenció que la discriminación hace fuerte presencia en la vida de los HSH: el 22,2% de participantes reportaron rechazo, desprecio u ofensa familiar frente a su orientación sexual y el 12,1% teme que información sobre su vida sexual quede registrada en su historia clínica (7). En relación a esto, es importante tener en cuenta que la historia biológica de la enfermedad ha venido acompañada por una historia social de estigmatización y discriminación frente a las personas que viven con VIH (8, 9), lo que añade complejidad a su intervención. Esta realidad social produce en algunos casos dificultades en la aceptación del diagnóstico y en la adherencia al tratamiento, y en otros puede generar apatía frente a la realización de pruebas diagnósticas (9).

Por las razones expuestas anteriormente existe un interés especial por comprender las experiencias y los significados que motivan las prácticas sexuales de riesgo vinculadas con la transmisión del virus en HSH. Así, este artículo se desprende de un trabajo de investigación de maestría en salud pública donde se utilizó la categoría *reconocimiento*² porque se trata de un recurso conceptual que permite articular contextos sociopolíticos (p. ej. la discriminación hacia los HSH) con el fenómeno de interés (las prácticas de cuidado-riesgo), de manera que el estudio pudiera trascender explicaciones que de otra forma no sobrepasarían una dimensión de comprensión individual. Uno de los capítulos de ese trabajo de investigación remitió a las experiencias de *menosprecio*³ que viven HSH con

² Axel Honneth plantea que a partir de las diversas formas de reconocimiento que se ponen en juego en las interacciones humanas se configura la subjetividad; y en ese sentido, considera que a cada una de las tres esferas de la socialización —la familia, el Estado y la sociedad civil—, le corresponde una de tres formas de reconocimiento: el amor, el derecho y la solidaridad (10, 11).

³ Siguiendo nuevamente a Honneth (10, 11), el menosprecio se entiende en un sentido amplio, correspondiente a las tres esferas de socialización descritas para el caso del reconocimiento. Es así como se hace presente a través de las formas del maltrato físico (menosprecio en el amor), de la privación de derechos (menosprecio en el derecho) o como devaluación de las propias capacidades (menosprecio en la solidaridad).

VIH de Medellín y cómo éstas se relacionan con prácticas sexuales de riesgo. Este es el objetivo del presente artículo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para responder a las preguntas de investigación se utilizó el método de la teoría fundada (TF) propuesto por Strauss y Corbin, el cual busca comprender fenómenos sociales a partir de la construcción de categorías emergentes y el establecimiento de relaciones entre éstas, de tal manera que se logre consolidar una teoría fundamentada en los propios relatos de los sujetos implicados (12). Desde esta postura epistemológica el conocimiento es considerado una construcción social e histórica donde los actores que participan en el proceso investigativo (incluido el investigador) nutren a los fenómenos en cuestión con sus propios significados y valores (13). Es importante resaltar que, si bien ya existen teorías que explican el fenómeno de interés (las prácticas de riesgo frente al VIH en HSH), una buena parte de éstas lo hacen desde una perspectiva externa a los sujetos investigados (14, 15), es decir, no lo hacen a partir de las voces y experiencias de los propios participantes. En ese orden de ideas, la TF también constituye una apuesta ético-política en tanto reivindica y legitima el saber del otro (el no científico, el no experto) y en este sentido rompe con esa relación vertical sujeto-objeto que ha caracterizado la tradición científica positivista (16).

Una de las bases teóricas de la TF es el interaccionismo simbólico, el cual asume tres premisas fundamentales: 1) los sujetos ordenan su comportamiento a partir de significados atribuidos a diferentes situaciones del mundo social, 2) la atribución de significados a esas situaciones se construye desde la interacción o experiencia con otros actores sociales, y 3) los significados se transforman a partir de la interpretación y las nuevas interacciones frente a tales situaciones del mundo social. En este sentido, es claro que en este trabajo la *interacción* (o experiencia), el *significado*

y el *comportamiento* son tres elementos clave para pensar el menosprecio y las prácticas de riesgo en HSH con VIH.

Se utilizaron dos estrategias de muestreo. La primera fue un *muestreo intencional estratificado*, que consiste en la selección de casos que pueden aportar una información enriquecida y heterogénea en torno al tema de la investigación; sin que esto conduzca al establecimiento de generalizaciones (17). Esa estrategia orientó la búsqueda de participantes para buscar representación de acuerdo con diferentes estratos propios de varias categorías demográficas; de tal manera que la investigación contó con la participación de HSH entre los 29 y los 66 años de edad, con escolaridad desde el nivel de básica primaria hasta el de educación superior, con estado civil soltero o divorciado, viviendo con el diagnóstico de VIH desde hacía 6 años el que menos hasta 26 años el que más, con orientación sexual homosexual y bisexual, y con afiliación al sistema general de seguridad social en los regímenes contributivo, subsidiado y especial. La segunda estrategia fue el *Muestreo Teórico*. Se trata de una estrategia que permite orientar la búsqueda de participantes a partir de las primeras categorías que emergen en el proceso de investigación y lo que permite es obtener información para dar mayor densidad (en cuanto a dimensiones y propiedades) a esas categorías. Se trata, pues, de un tipo de muestreo que evoluciona conforme se avanza en el proceso (17).

Los *criterios de inclusión* fueron los siguientes: 1) hombres que tuvieran relaciones sexuales con hombres, 2) mayores de 18 años, 3) residentes del área metropolitana de Medellín y, 4) con diagnóstico confirmado de VIH.

Para el contacto de participantes se contó con el apoyo de la Fundación Rasa, una ONG de Medellín que brinda acompañamiento a personas que viven con enfermedades crónicas, de tal manera que esta institución sirvió de puente para el acercamiento a los primeros participantes.

Cabe aclarar que la información de contacto sólo se obtuvo cuando los participantes consintieron y manifestaron verbalmente a los profesionales de la mencionada fundación, su voluntad para este primer acercamiento. Además, dado que un principio rector del estudio fue la voluntariedad no se estimuló o coaccionó la participación a través de beneficios en los servicios ofrecidos por la institución ni de alguna otra manera.

Como técnica de recolección de información se utilizó la *entrevista semiestructurada y en profundidad*, un formato que permite guiar la entrevista a partir de unos tópicos y que es flexible ante el ritmo y las emergencias que se presentan en ese ejercicio dialógico (18). Se construyeron tres guiones de entrevista como base para cada uno de los momentos del proceso de investigación. En total fueron 8 sujetos participantes, a los cuales se les realizaron 11 entrevistas individuales que tuvieron una duración aproximada entre 45 y 80 minutos cada una. En una primera fase se entrevistaron 5 sujetos y se realizó un proceso de codificación abierta emergieron 15 categorías de tipo descriptivo; en un segundo momento se entrevistaron tres personas y se realizó codificación axial, las categorías descriptivas fueron nutridas y relacionadas para construir cuatro categorías analíticas; y finalmente en un tercer momento de codificación selectiva se entrevistaron tres sujetos más, con quienes las categorías analíticas fueron refinadas para llegar a categorías interpretativas que condujeron a la teoría propiamente dicha. En este artículo se retoma una de esas categorías interpretativas finales, la que relaciona los significados alrededor de las experiencias del menosprecio para la asunción de las prácticas de riesgo.

Para validar los resultados se hizo uso del *análisis comparativo constante* propuesto por la TF (12). En este, los hallazgos de cada una de

las fases de análisis se someten a consideración de los participantes de cada nuevo momento de recolección para que sean realimentados, confirmados o negados, y así avanzar en la estructuración y afinación de hipótesis presentes en las categorías.

En cuanto a *consideraciones éticas y deontológicas* se tuvieron en cuenta los principios de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que presentan normas para la investigación en salud; la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2008, la cual promueve la dignidad de las personas que participan en investigaciones en salud y la protección de su bienestar; y el capítulo IV del Decreto 1543 de 1997 que regula la investigación sobre el VIH y el SIDA en Colombia, y el cual se sujeta a las mismas disposiciones presentadas en la Declaración de Helsinki. Adicionalmente, se diseñó un flujograma de atención, remisión y seguimiento ante situaciones de crisis durante las entrevistas, dado que por la naturaleza del estudio era importante contar con este tipo de recurso; sin embargo, este no fue implementado, pues no se presentó tal situación de crisis durante las entrevistas. Todas estas consideraciones fueron revisadas y avaladas por el Comité de Ética del Centro de Investigación de la Facultad Nacional Pública de la Universidad de Antioquia. Finalmente, a la hora de realizar el trabajo de campo se revisó, se puso en consideración y se firmó con los sujetos invitados un formato de consentimiento informado previo a su participación en la investigación.

RESULTADOS

De acuerdo con el método propuesto por la TF se desarrollaron tres momentos de análisis que dan cuenta de la emergencia y afinamiento de las categorías. En el primer momento, llamado *descriptivo*, se construyeron 15 categorías:

Discursos sobre salud sexual	Expectativas sobre el porvenir	Experiencia con el diagnóstico de VIH	Experiencia con el sistema y con profesionales de la salud	Experiencias de menosprecio
Mundo gay	Prácticas de cuidado	Prácticas de riesgo	Reconocimiento de derechos	Reconocimiento de sí mismo
Reconocimiento social	Redes de apoyo	Relación con la familia	Relaciones de pareja	Relaciones sexuales

Figura 1. Categorías descriptivas

Fuente: elaboración propia.

En un segundo momento estas categorías se nutrieron con datos obtenidos de nuevas entrevistas y se hallaron relaciones entre ellas para dar lugar a cuatro *categorías analíticas*: a) Las prácticas de cuidado vinculadas a significados de reconocimiento; b) Las prácticas de riesgo derivadas de experiencias de menosprecio; c) Luchas por el reconocimiento en escenarios del sistema de salud y su papel frente a la experiencia con el diagnóstico de VIH; y d) Construcción de significados de reconocimiento a través de los discursos en salud sexual.

Finalmente, en la tercera fase se realizaron nuevas entrevistas y, a través de un proceso de codificación selectiva, se construyeron las cuatro *categorías interpretativas* que constituyeron el eje de la presente TF, las cuales confirmaron las hipótesis presentadas en la categorización anterior. Este artículo se concentra en la segunda categoría interpretativa, que se derivó de una categoría analítica anterior en la que se relacionaban las prácticas de riesgo con las experiencias de menosprecio y en la cual se describen finalmente las interacciones relatadas por los participantes del estudio y su rol en la construcción de significados de menosprecio.

Ahora bien, para orientar la comprensión de este artículo es importante tener en cuenta que

los resultados se basan en los tres elementos clave del interaccionismo simbólico que fueron considerados previamente: experiencias, significados y comportamientos; los cuales se dinamizan y realimentan en una espiral de interacciones sociales.

En los relatos de los HSH con VIH se da cuenta de experiencias de menosprecio vividas en diferentes escenarios de socialización: familia, pareja, vecindario, instituciones religiosas, etc. Tales vivencias son el insumo para la construcción de significados de menosprecio y, dados los hallazgos de esta investigación, se tiene que para el caso de los participantes en que estos significados de menosprecio se encuentran muy presentes los resultados comportamentales guardan relación con prácticas de riesgo.

Experiencias de menosprecio en diferentes escenarios de socialización

Algunos grupos poblacionales han sufrido experiencias de menosprecio debido a la “posesión” de cierta característica que ha sido históricamente estigmatizada (remarcada), de tal manera que ese determinado atributo se vuelve definitorio de la valoración que el resto de la sociedad establece a estos sujetos. A ese fenómeno se le conoce como estigmatización, y en muchos casos se

presenta acompañado por el ejercicio de prácticas discriminatorias. Si bien la estigmatización y la discriminación pueden responder a motivos étnicos o religiosos, para lo que nos interesa en este trabajo se ha reconocido que los hombres que tienen relaciones sexuales o afectivas con otros hombres, así como las personas que viven con VIH, han sido grupos poblacionales que han padecido este tipo de experiencias (6, 8, 9).

Fueron varios los relatos que nos mostraron el menosprecio que experimentan los HSH en diferentes escenarios interpersonales, y la diversidad sexual es una característica que frecuentemente se presenta como motivo de esas vivencias de menosprecio. En el fragmento que se presenta a continuación observamos cómo es que crecer en un ambiente familiar que no brinda reconocimiento a la propia forma de ser (particularmente en lo que se refiere al género), sino que por el contrario manifiesta agresión y negligencia, genera miedos, abusos y dificultades en la propia aceptación de sí:

Yo desde niño la tendencia siempre era lo mismo, al niño no le gustan los carritos, al niño le gusta más otra cosa, o sea, era tanta la confusión, y como yo crecí en medio de ciertas manos, sobre todo hombres, solo había una niña, y era la mayor, entonces... fue algo durísimo, porque era pelea todos los días con esto que sentía, con esto que salía natural, y que me pegaban por eso que salía natural (...) Entonces fue crecer con todos esos miedos e ir calculando todos esos miedos y calculándolos en mí, y hasta que no, hasta que ellos decidieron a los doce años que yo tenía que ser hombre, yo tenía que irme para un prostíbulo, yo tenía que estar con una mujer. E1C60-61⁴

⁴ Este tipo de código y los que le siguen a cada fragmento de entrevista fueron los que se utilizaron en el trabajo de investigación de la maestría para identificar el número de la entrevista y su posición dentro de todo el procedimiento de codificación.

Pero estas interacciones de menosprecio en la familia no son circunstanciales, no son casos aislados que hacen parte del estilo de ciertas familias, sino que guardan relación con la *heteronormatividad* (como discurso social) que acompaña una crianza “tradicional” (19). En algunos casos, las consecuencias de este rechazo a la diversidad sexual no sólo introducen un bloqueo frente a la posibilidad de expresar la propia sexualidad ante la familia, sino que además pueden suscitar conflictos internos frente a la aceptación y valoración de sí:

El tema de la autoestima, de mi autoestima y mi autoaceptación, va también ligado a todo lo que ha sido mi vida. Yo vengo de una familia, a pesar de que hubo ausencia de papá, mi familia muy tradicional, mi mamá siempre fue la enseñanza básica tradicional, y criado con ocho hermanos, yo era el octavo de los hermanos, solo había una chica, entonces imagínate ahí, de pronto el rechazo hacia mí mismo, en cuanto a mis prácticas. E9C4

Y en un sentido más amplio, otro entrevistado menciona que las personas que viven con VIH cumplen las veces de chivo expiatorio (o recipiente) que carga con un malestar generalizado de la sociedad:

Al tener el diagnóstico siempre voy a ser señalado o mirado, siempre se va a tratar de cargar más a la persona. Lamentablemente el tema del diagnóstico se convierte en un recipiente de la sociedad para cargarlo a uno de cosas. E6C29

Entonces encontramos que el menosprecio en relación con la diversidad sexual y con el VIH hace parte de interacciones que se presentan en diferentes escenarios de socialización, lo cual tendrá efectos en la subjetividad a partir de los significados que de allí se promueven.

Construcción de significados de menosprecio

Se puede apreciar que las interacciones sociales caracterizadas por el menosprecio se imponen a los HSH con VIH de tal manera que estos no pueden responder, por lo menos en principio, de una forma activa frente a ellas (p. ej., un niño no cuenta con los recursos psicológicos y físicos para contrarrestar la violencia o el acoso por parte de sus cuidadores). Pero en adición al dolor que suponen este tipo de violencias, *tal vez el principal problema es la introyección de estas a través de la construcción de significados de menosprecio* (el menosprecio propio que se deriva del menosprecio externo); tal es el caso del rechazo de la propia sexualidad o de los problemas de autoestima que refieren algunos de los entrevistados.

Ahora bien, y a propósito del próximo relato, podemos observar que la violencia heteronormativa no acontece exclusivamente en el mundo social privado de los HSH con VIH (el correspondiente a la familia, la amistad, etc.), sino que se puede encontrar en instituciones como la iglesia. Podemos observar cómo algunos pronunciamientos propios de esa institución, y de algunos de sus representantes, se constituyen en juicios discriminatorios sobre el VIH y sobre la diversidad sexual (19, 20). Luego, esos juicios terminan generando sentimientos de culpa y aislamiento en los sujetos (introyección o construcción de significados de menosprecio). A propósito, lo referido por uno de los participantes:

Los primeros años fue darme golpes, y castigarme diariamente porque... por ahí un sacerdote me dijo que eso era un castigo de Dios, que eso me pasaba por marica, mejor dicho, que era un castigo de Dios por yo ser así (...) Eso me aisló durante muchos años, el hecho de decir que soy gay y que tenía VIH, y me lo creía, yo me creí

el cuento, me lo dijo con tanta certeza que yo sí me lo creí. E1C62-64

Varios de los relatos de los HSH con VIH revelan un conflicto entre su preferencia sexual y su juicio de valor sobre la misma. Esto da cuenta de la introyección de discursos heteronormativos que terminan configurando significados con contenido de menosprecio en torno a la diversidad sexual. En ocasiones esos significados se prestan para legitimar formas de exclusión con el argumento de que la sociedad todavía no está preparada para vivir de manera diversa e incluyente:

Yo siempre he dicho, la gente gay todavía... queremos meternos a una parte donde no se debe meter, porque muchas veces la gente no está preparada como para vernos como personas como... digámoslo, igual a ellos. E3C45

Los significados de menosprecio también emergen en los relatos de algunos HSH cuando estos hacen alusión a la vida de pareja. Por ejemplo, algunos entrevistados apelaron a la idea de que la mayoría de las personas gay no quiere establecer relaciones afectivas y que vive la vida sexual y afectiva de una manera separada:

¿Afectivamente?... la mayoría de gente en el ámbito gay, podemos decir que la gente no quiere nada, afectivamente no se entrega, afectivamente solamente es algo muy pasajero, de solamente conocernos, tener sexo y ya, pero afectivamente no se llena, sino que más bien como lo pasajero. E3C7-9

En los últimos relatos presentados observamos cómo los HSH presentan valoraciones que desvirtúan la forma de ser del grupo poblacional con el que se identifican, y lo que revisaremos en el siguiente apartado es cómo esto se relaciona con la implementación de prácticas de riesgo por parte de estos mismos sujetos.

Prácticas de riesgo asociadas a significados de menosprecio

En este trabajo las prácticas de riesgo se entienden como aquellos comportamientos que promueven una afectación en la persona que las realiza. En torno a la vida sexual y frente a la infección por VIH, el icono del riesgo es la no utilización del condón en las relaciones. Ahora bien, una de las maneras de entender esa asociación entre significados de menosprecio y prácticas de riesgo la encontramos en los relatos de algunos entrevistados donde se vinculó la baja autoestima y el ejercicio poco autónomo e inseguro de la sexualidad:

Es que ese rechazo de las diferentes poblaciones, llámense religiosas, o de cualquier corriente, ¿qué hace en el otro, independientemente de que uno tenga sexo con hombres, sea gay, bisexual o como se sea?... claro que baja la autoestima, y también te convierte en cosas que no sos. E9C23

Observemos en este punto la similitud con el planteamiento del filósofo Axel Honneth. Este autor plantea que la autoestima es uno de los efectos de la experiencia de reconocimiento en los sujetos (10); y, en la vía contraria, las experiencias de estigmatización y otras formas de menosprecio atentarían contra ese afecto positivo del sujeto hacia sí mismo. Luego, siguiendo esta lógica, tenemos que esa falta de reconocimiento de sí por parte de los sujetos propicia situaciones de riesgo, en tanto se delega la decisión en el otro:

Cuando yo no tengo reconocimiento de mi ser muy seguramente estoy sujeto a la manipulación y a la dependencia del otro (...) entonces mi corporalidad no me es propia, mi corporalidad es del otro, y entonces las decisiones sobre mi corporalidad no son mías, son del otro. Entonces si el otro no quiere tener prácticas sexuales seguras y yo no soy el dueño de mi cuerpo, el dueño del cuerpo es el otro, entonces seguramente yo no

tendré capacidad de negociación de prácticas sexuales seguras. E10C12-14

De manera similar, otros entrevistados plantearon que en el terreno de pareja es posible perder los límites, y allí es cuando bajo la égida del amor se presenta una “entrega total” que desdibuja la implementación de prácticas de cuidado. La confianza que se deposita en la pareja reemplaza la apuesta por el cuidado propio y emerge la exposición al riesgo:

Digamos que por eso nos confiamos, porque es mi pareja, porque lo amo, porque llevo mucho tiempo con él, porque me demuestra amor, entonces ya mi cuidado personal pasa a un segundo plano, porque finalmente si es lo que yo quiero yo me le entrego totalmente, y en esa entrega muchas veces uno no tiene en cuenta ese tipo de protección, simplemente yo confío en ti entonces no hay necesidad de utilizar un preservativo. E5C34

Al relato de este participante le podemos dar un poco de contexto, conocer un poco más de su historia, para comprender mejor esa lógica que se planteó como hipótesis en este trabajo (experiencia de menosprecio ® significados de menosprecio ® prácticas de riesgo), que aunque se muestre lineal es de carácter circular pues las prácticas nuevamente afectan la experiencia:

En mi casa por la situación de haber una familia de cuatro niños, y una mujer que tenía que trabajar para sostener esos niños, entonces la parte afectiva casi nunca se vio. De hecho, yo fui muy maltratado por mis hermanos. De hecho, yo fui abusado por mi hermano mayor. Yo de mi niñez realmente son muy pocos los bonitos recuerdos que tengo. Entonces definitivamente el yo llegar y encontrar una persona, que no solamente me estaba brindando muchas cosas económicas,

sino que me estaba brindando algo desde su corazón, eso me genera el que yo me entregue totalmente. E5C64

Pese a lo anterior, consideramos importante observar que la referencia a la autoestima puede terminar convirtiéndose en una comprensión tautológica, toda vez que no se la entienda en términos de sus condicionantes sociales. La autoestima como concepto categórico e individualista (poseo o no poseo autoestima por mi propia voluntad) puede limitar la comprensión de los factores que la configuran, que para el caso de este trabajo corresponderían a las experiencias de reconocimiento y menosprecio.

Otra interpretación en torno a las prácticas de riesgo las vincula a la clandestinidad, la disociación de sexualidad y afectividad y el menosprecio hacia otros. Para uno de los entrevistados la vida sexual clandestina no propicia la vinculación afectiva con el otro, más bien favorece su cosificación (el otro es visto como un objeto), y así las posibilidades de generar cuidado y riesgo disminuyen y aumentan respectivamente:

La clandestinidad le da cierto grado de permisividad, digamos de

irresponsabilidad, en relación a que como no me voy a volver a ver con la persona en un término afectivo, si yo no tengo un relacionamiento a largo plazo con este sujeto, pues yo no tengo por qué tener la necesidad de cuidar a la otra persona (...) Es un uso del otro. E8C44

Adicionalmente, se destaca que las prácticas de riesgo y cuidado impactan de manera simultánea al otro y a la propia persona (p. ej. el uso del condón me protege y protege al otro). Esto es importante considerarlo porque nos permite interpretar que la representación que se tiene de otros depende en buena medida de la representación que se tiene sobre sí mismo, y tal representación influirá en la forma como se asume el cuidado o el riesgo:

Si no reconoces al otro tampoco te estás reconociendo a vos, o sea, así como el otro es un objeto para vos, vos sos un objeto para el otro (...) y bajo esa medida ¿qué interés o cuidado? E8C49

Ahora, para finalizar el capítulo el cuadro 1 recoge un listado de las experiencias de menosprecio, significados de menosprecio y prácticas de riesgo asociadas, que fueron explorados en este trabajo.

Cuadro 1. Síntesis de resultados

Experiencias de menosprecio	Significados de menosprecio	Prácticas de riesgo asociadas al menosprecio
Agresión física, violencia sexual, crianza “tradicional” (heteronormativa), señalamientos por parte de la sociedad.	Los HSH con VIH como transgresores de la moral, personas con sentimientos de culpa y aislados, pasivos frente al libre desarrollo de su personalidad, inestables y promiscuos en sus relaciones de pareja.	Ser susceptible de manipulación, no tener capacidad de negociar prácticas sexuales seguras, “entrega total” o pérdida de establecimiento de límites con la pareja, irresponsabilidad frente al cuidado de otros por no haber establecido una vinculación afectiva, cosificación de otros y de sí mismo.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La comprensión de las prácticas sexuales de riesgo con relación a la infección por VIH resulta de suma importancia para la salud pública, toda vez que la sexual es la principal vía de transmisión de este virus. La ruta a la que apuntan los resultados de esta investigación nos conduce a interpretar tales prácticas como comportamientos derivados de la introyección de vivencias de menosprecio suscitadas, en gran medida, por la heteronormatividad presente en diferentes contextos sociales.

Otras líneas de investigación proponen, interpretaciones diferentes. Por ejemplo, Avinó et al. (21) plantea que las prácticas de riesgo de HSH son consecuencia de un particular estilo de vida de este grupo poblacional, caracterizado por el consumo de sustancias psicoactivas y por una alta necesidad sexual. Similarmente de Mosteyrín et al. (22) atribuye las prácticas de riesgo a baja percepción del peligro que esto suscita y al optimismo por el avance en tratamientos frente

al VIH. Estas líneas de investigación enfocan el “árbol”: problematizan los estilos de vida de HSH y pierden de vista el contexto histórico en el cual estos se desarrollan. En contraste, otros investigadores se han dedicado a explorar el “bosque”. Por ejemplo, en el estudio de Ribotta (23) se pone en el centro de la cuestión del VIH la pobreza, afirmando que cerca del 90% de las infecciones por VIH se presentan en países pobres o en desarrollo. Asimismo, Barahona-Strittmatter, y Luciano (24), han problematizado la relación entre la violencia contra la mujer y la infección por VIH. Se observa que cada línea de investigación tiene consecuencias profundamente disímiles: las investigaciones que enfocan los estilos de vida (el mencionado árbol) llevan a pensar en la propia responsabilidad (incluso culpa) de los HSH frente a la infección por VIH, y así, las formas de intervención se centran en “correcciones” a estos comportamientos patológicos. En contraste, las investigaciones que enfocan aspectos estructurales (el bosque: la violencia de género o la pobreza) derivan en denuncias y transformaciones en torno a una dimensión social más amplia.

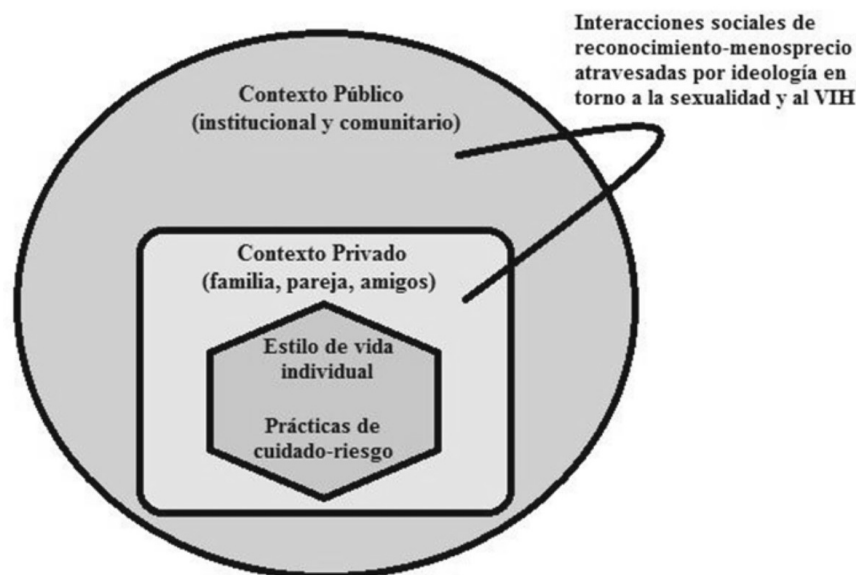


Figura 2. Contexto social de las prácticas de cuidado-riesgo¹

Fuente: elaboración propia.

¹ Fuente. Marín, S. Significados de reconocimiento y prácticas de cuidado en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH, Medellín, 2016 [Tesis de Maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017.

Con base en los resultados de este trabajo la experiencia del cuidado se plantea como una disposición para ser, con otros y con uno mismo, que se pone de manifiesto en prácticas individuales, tales como la utilización del condón, pero que se configura en un contexto relacional que a su vez hace parte de un marco social e histórico. Ese contexto relacional, donde se llevan a cabo interacciones de reconocimiento y menosprecio, agrupa las diferentes formas de socialización: tanto las que se presentan con la pareja y la familia, como las que se establecen con la comunidad en general y las diferentes instituciones que la conforman (p. ej.: colegios, iglesias, centros de salud, etc.).

Como ha sido reconocido ampliamente (6, 8, 9), los HSH con VIH tienen experiencias alrededor de un fenómeno social denominado estigmatización que, para este caso, se encuentra anclado a la homosexualidad y a la infección por VIH; por eso la comprensión del fenómeno del riesgo en clave de una teoría del reconocimiento se nos agota cuando la estudiamos a nivel individual. Además, tal como plantea Nancy Fraser (p. 125), “la falta de reconocimiento es una relación social institucionalizada y no un estado psicológico” (25). Al respecto sólo una pequeña ilustración: en Colombia el 22,2% de HSH reportaron haber sido rechazados por su familia debido a su orientación sexual (7) y en México cerca de la mitad de los HSH se han sentido rechazados a nivel general por la sociedad (26).

Vale la pena destacar que la relación entre VIH y menosprecio no se restringe a los HSH. Existe una alta concentración de la infección por VIH en otras poblaciones que históricamente han sufrido experiencias de menosprecio: africanos, personas pobres, personas privadas de la libertad, etc. (8, 9). Este hallazgo nos permite pensar el menosprecio como un *lugar* que genera las condiciones para su propia actualización dentro de la estructura social. De manera similar se plantea que la estigmatización, junto con los sentimientos de vergüenza y anormalidad que conlleva, genera

docilidad en los individuos que la experimentan, de tal manera que estos terminan legitimando la vulneración de sus propios derechos (recordemos al entrevistado que considera que la gente gay no se debe meter en ciertos espacios). Como plantean Aggleton et al. (27) “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” (p. 3). Esta serie de razonamientos nos permite explicar la transición entre el menosprecio como fenómeno social y las prácticas de riesgo como fenómeno individual.

En este sentido, es destacable que la incorporación del menosprecio en los HSH genera experiencias conflictivas en torno a la propia identidad, donde el deseo, el cuerpo y las prácticas sexuales pueden ser vividas con rechazo y culpa. Asimismo, otras investigaciones afirman que la discriminación que padecen los HSH permite explicar el aislamiento social y los problemas emocionales que presentan muchos de ellos (28, 29). Y de manera similar la teoría intersubjetiva en psicología plantea que la falta de empatía y de reconocimiento por parte de otros cuando se está ante situaciones dolorosas, por ejemplo, ante un diagnóstico estigmatizado, sienta las bases para la construcción de una experiencia de sí basada en un estilo depresivo y un replegamiento afectivo (30).

Ahora bien, la heteronormatividad fue uno de los conceptos de mayor circulación en este trabajo. A ella aludimos con frecuencia cuando pensamos en la fuente social del menosprecio hacia los HSH con VIH, pero... ¿dónde se encuentra? A pesar de que en algunos casos la familia fue reconocida como el primer escenario donde ésta se pone de manifiesto, es importante constatar que no nace allí, sino en instituciones generadoras de “grandes discursos” como la iglesia y los medios masivos de comunicación. Por esta razón, la familia no es más que un recipiente donde esos discursos se descargan, alimentando el miedo, la culpa y

los estereotipos en torno a las formas de hacerse hombre o hacerse mujer. Como lo plantea Juan Marco Vaggione (19):

La Iglesia católica ha sido y es una de esas instituciones que sostienen que la moralidad y la legalidad de la sexualidad se adscriben al que consideran su fin esencial, esto es, la reproducción (...) Las parejas del mismo sexo se ven como la negación de esas capacidades reproductivas y, por ende, como la negación de la familia y del matrimonio definidos a la manera tradicional. La fuerte conexión entre sexualidad y reproducción margina a las mujeres y a las personas y parejas LGBTQ. (p. 16)

Asimismo, algunos grupos religiosos refuerzan aquella significación del VIH como castigo de Dios (20) y en este orden, en lugar de reducir el estigma y la discriminación asociada al VIH, la religión termina por reproducir esas formas de menosprecio (20).

Pero los medios masivos de comunicación también tienen su parte en el regular nivel de conocimientos que se tiene en torno al VIH, como lo muestra un estudio con jóvenes universitarios en Cartagena, Colombia (31); así como en la promoción de la heteronormatividad. Un estudio sobre campañas de prevención del VIH (32) mostró cómo “la figura del varón homosexual [presentada en las campañas] ha sido propuesta continuamente (de una forma que parece casi aleccionadora) como prototipo de ciudadano expuesto a un virus que nada entendía de tendencias ni opciones sexuales” (p. 791). Adicionalmente, este mismo trabajo presenta cómo algunas de estas campañas de prevención parten de la monogamia como principio rector para vivir la sexualidad. De esta manera podemos ver la heteronormatividad actuando a través de campañas comunicativas, las cuales están más interesadas en promover prejuicios morales con relación a las formas de vivir la sexualidad que en prevenir efectivamente la transmisión del virus (32).

CONCLUSIONES

Frente a la categoría riesgo, protagonista en este trabajo, es importante no perder de vista que no existe una práctica sexual 100% segura y por lo tanto un margen de riesgo en salud es inevitable. Sin embargo, a partir de los resultados es posible afirmar que los significados de menosprecio, que en ocasiones se traducen en baja autoestima, favorecen la implementación de prácticas de riesgo en los sujetos, lo que implica pensar como agentes de los sistemas de salud y como sociedad en pleno que para modificar tales prácticas de riesgo, han de asumirse primero acciones que modifiquen los significados que se construyen alrededor de los HSH que viven con VIH, que han normalizado el estigma y favorecen la heteronormatividad en las sociedades que habitamos.

Adicionalmente, con base en los resultados del estudio, podemos afirmar que las campañas de prevención del VIH basadas en prácticas educativas de carácter informativo resultan limitadas, toda vez que el riesgo no es un desconocimiento, sino una apuesta subjetiva enmarcada en una historia de vida y en un contexto social que genera sus condiciones de existencia y reproducción. En este sentido, una lectura histórica del estigma y la discriminación hacia los HSH es una fuente de comprensión de la alta prevalencia de VIH en este grupo poblacional. Además, como se desarrolló en este trabajo, las interacciones de menosprecio que viven los HSH, basadas en discursos y prácticas heteronormativos (con frecuencia reproducidos por familias, algunos medios de comunicación e instituciones basadas en la fe), y los significados construidos a partir de esas interacciones, están asociados con la implementación de prácticas de riesgo en estos sujetos. Tales afirmaciones permiten pensar en un norte para el desarrollo de políticas integrales en educación para la salud, que se dirijan a los grupos primarios de interacción en nuestras sociedades y que cuestionen las únicas formas permitidas para vivir la sexualidad, que conducen al estigma y la discriminación.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes del estudio por poner aquí su voz y compartir sus experiencias con los autores; a la Fundación RASA quien abrió y brindó una valiosa colaboración; y al Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Antioquia quien financió parcialmente este trabajo.

REFERENCIAS

1. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. [Internet] [consultado 2019 jun 29]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
2. Martín JC, Aparicio P, Manso B. La imagen negada: Mito e ideología en la imagen de la persona con VIH. *Polít Soc.* 2013; 50(2): 707-732.
3. Susan S. *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphors.* New York: Picador; 1990.
4. Medellín Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2017 [Internet] [consultado 2019 jun 29]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/download/documento-informe-de-calidad-de-vida-de-medellin-2017/?wpdmdl=20427&ind=1550258504619>
5. Alcaldía de Medellín. Indicadores básicos 2017 Situación de Salud en Medellín. 2018 [Internet] [consultado 2019 jun 29]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/Shared%20Content/Libros%20de%20indicadores/Libro%20indicadores%20%202017%20-%20Secretar%c3%ada%20de%20Salud.pdf
6. Estrada JH, Vargas-Rico L. Invisibles y excluidos: la infección VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En: Arrivillaga M, Useche B, directores. *Sida y Sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia.* Colombia: Gente Nueva Editorial; 2011. pp. 115-169.
7. Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. INFORME DE RESULTADOS Comportamiento sexual y prevalencia de VIH hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cúcuta, Pereira y Cartagena), 2016. 2016 [Internet] [consultado 2019 jun 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-comportamiento-sexual-hombres-2016.pdf>.
8. Ministerio de la Protección Social República de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía de Prevención VIH/Sida Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. 2011 [Internet] [consultado 2015 oct 18]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/prevencion_poblaciones_vulnerables/a_poblaciones_vulnerables/HSH.pdf
9. Aristizábal C. Estigma y discriminación frente a las personas con VIH como fuente de vulnerabilidad e inequidad en la atención en salud. En: Arrivillaga M, Useche B, directores. *Sida y Sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia.* Colombia: Gente Nueva Editorial; 2011. p. 289-321.
10. Honneth A. *La lucha por el reconocimiento.* Barcelona: Crítica; 1997.
11. Honneth A, Gamper D. Reconocimiento y menosprecio: sobre la fundamentación normativa de una teoría social; la lucha por el reconocimiento debe ser considerada un fenómeno claramente diferenciado de naturaleza moral, así como una acción social: entrevista de Daniel Gamper Sachse. Buenos Aires: Katz; 2010.
12. Strauss AL, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
13. Galeano ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa.* Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004.
14. Folch C, Casabona J, Muñoz R, Zaragoza K. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gac Sanit.* 2005; 19(4): 294-301.
15. Mendoza-Pérez JC, Ortiz Hernández L. Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. *Rev. salud pública.* 2009; 11(5): 700-712.

16. De Sousa-Santos B. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce; 2010.
17. Patton MQ. *Qualitative designs and data collection. Qualitative research & evaluation methods*. 3 ed. Estados Unidos de América: Sage Publications, Inc; 2002.
18. Erlandson DA, Harris EL, Skipper BL, Allen SD. *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. Estados Unidos de América: Sage; 1993.
19. Vaggione JM. Las familias más allá de la heteronormatividad. En: Motta C, Macarena S. Editoras. *La mirada de los jueces. Sexualidades diversas en la jurisprudencia Latinoamericana*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2008. p. 13-87.
20. Arévalo Mora L, Ávila Mira SP. Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA: revisión literaria. *Rev.fac.med.* 2012; 20(1): 52-61.
21. Avinó CJ, de Olalla PG, Díez E, Martín S, Caylà JA. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac. sanit.* 2015; 29(4): 252-257.
22. de Mosteyrín S, del Val Acebrón M, de Mosteyrín TF, Guerrero MLF. Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014; 32(4): 219-224.
23. Ribotta S. Pobreza, hambre y justicia en América Latina y el Caribe. *Debatiendo sobre la justicia mientras 53 millones de latinoamericanos sufren hambre*. *Rev. electrón. iberoam.* 2010; 4(1): 144-180.
24. Barahona-Strittmatter A; Luciano D. Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. En: *Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Interamericana de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres*. Washington; 2008.
25. Fraser N. Heterosexismo, falta de reconocimiento y capitalismo: una respuesta a Judith Butler. *New Left Review.* 2000; 2(1): 123-134.
26. Estrada F, Magis C, Bravo E. Estigma y discriminación en hombres que tienen sexo con hombres. En: Magis C, Barrientos H, Bertozzi S. Editores. *Sida: aspectos de salud pública*. México: CENSIDA-INSP; 2006. p. 97-103.
27. Aggleton P, Parker R, Maluwa M. Estigma y discriminación por VIH y Sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción. *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina.* 2003; 1(1).
28. Aguirre-Martínez JJ, Rendón-Salazar AE. *Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen Sexo con otros Hombres*. México: COLECCIÓN ESTUDIOS 2008 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2009.
29. Hobbes M. La epidemia de la soledad gay. *El Huffpost* [internet] Sin fecha de publicación. [Consultado 2017 may 9]. Disponible en: <http://projects.huffingtonpost.es/articles/la-epidemia-de-la-soledad-gay/>.
30. Stolorow RD, Atwood GE. *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. España: Herder; 2004.
31. Díaz Montes CE, Catillo Uribe L, García Vergara K, Martínez Marengo L, Vega Recuerdo J. *Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena – Colombia*, 2011. *Hacia la promoción de la salud.* 2014; 19(2): 38-52.
32. Baya Gallego A, del Río Almagro A. Representaciones, silencios y reiteraciones en las campañas de información y prevención del VIH-SIDA: la invisibilidad. En: *Congreso Internacional de Comunicación y Género; Sevilla 2012 Mar 5-7*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Facultad de Comunicación; 2012. p. 786-799.