

Experiencias y percepciones sobre sexualidad, riesgo y campañas de prevención de ITS/VIH por estudiantes universitarios. Diseñando una intervención digital

Experiences and perceptions on sexuality, risk and STI/HIV prevention campaigns by university students. Designing a digital intervention

Giuliano Duarte-Anselmi (<https://orcid.org/0000-0001-9724-0796>)¹

Eduardo Leiva-Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-9026-0345>)²

Jairo Vanegas-López (<https://orcid.org/0000-0001-5281-483X>)¹

Jeffrey Thomas-Lange (<https://orcid.org/0000-0002-3414-7858>)³

Abstract *This study reports on the qualitative phase of a study that seeks to design a digital intervention for the prevention of STI / HIV and promotion of sexual health in university students. The experience and perception that university students have about sexuality, risk and prevention campaigns are addressed through focus groups. Semi-structured interviews are conducted with key informants. The results reveal that sexual education is limited and restricted to the biological aspect, as well as loaded with prejudices and gender biases, which narrows the information provided to the student population. Wavering prevention strategies that fail to motivate students or offer them opportunities for making informed and independent decisions about their sexual health are apparent. The STI / HIV campaigns assessed are distant, fear-based and not inclusive. Interventions in sexual health do not weigh experiential aspects of youth sexuality, as they are based on models of ideal and stereotyped behavior, discarding first-person narratives and their rich complexity. It is imperative to innovate in the prevention of STI/HIV, formulating interventions based on an integrative, multidisciplinary and contextualized design that values the theory and experience of the target populations.*

Key words STI, HIV, Sexuality, Young people, Prevention

Resumen *Damos cuenta de la fase cualitativa de una investigación que busca diseñar una intervención digital de prevención de ITS/VIH y promoción de salud sexual en jóvenes universitarios. A partir de grupos focales se abordó la experiencia y percepción que universitarios tienen sobre sexualidad, riesgo y campañas de prevención. Se realizan entrevistas semiestructuradas a informantes claves. Los resultados muestran que la educación sexual es escasa, reducida a lo biológico, cargada de prejuicios y sesgos de género, limitando el manejo de información por la población estudiantil. Se evidencian estrategias vacilantes de prevención, no logrando motivar ni ofrecer oportunidades para la toma de decisiones conscientes y autónomas en salud sexual. Las campañas de ITS/VIH se evaluaron poco inclusivas, lejanas y basadas en el miedo. Las intervenciones en salud sexual han fallado en sopesar aspectos experienciales de la sexualidad juvenil, basándose en modelos de comportamiento ideal y estereotipado, desechando narrativas en primera persona y su rica complejidad. Es imperativo innovar en la prevención de ITS/VIH, formulando intervenciones basadas en un diseño integrador, multidisciplinar y situado, que valore la teoría y la experiencia de las poblaciones objetivo.*

Palabras clave ITS, VIH, Sexualidad, Jóvenes, Prevención

¹ Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Av. Libertador Bernardo O'Higgins 3363, Estación Central. Santiago Chile. giuliano.duarte@usach.cl

² Escuela de Periodismo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago Chile.

³ Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Andres Bello. Santiago Chile.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un importante problema de salud pública, acarreando altos costos, tanto sociales como económicos. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual en todo el mundo¹. Las ITS pueden manifestarse según su agente etiológico en gonorrea, verrugas genitales, clamidiasis, hepatitis, sífilis, Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), entre otras.

Según datos de ONUSIDA², Chile cuenta con la mayor tasa de incidencia de ITS/VIH de Latinoamérica, y son los jóvenes quienes presentarían un riesgo de contagio especialmente alto. A nivel nacional, los grupos etáreos con mayor tasa de incidencia de VIH, Gonorrea, Hepatitis B y Sífilis son precisamente los quinquenios 20-24 y 25-29 años³, edades entre las que se encuentra la mayor parte de la población universitaria. Actualmente, la *clamidia* representa la ITS de mayor prevalencia en jóvenes⁴ y se observa un preocupante aumento de los casos de VIH en esta población⁵. El riesgo de adquirir una ITS/VIH no siempre es tenido en cuenta por los jóvenes, o su conocimiento no siempre induce prácticas preventivas necesariamente⁶. La última Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) muestra que sólo uno de cada cinco jóvenes utilizaría condón⁷.

Los jóvenes conforman una comunidad, comparten lugares, preferencias y vivencias en común. Según Arnett⁸, los años de vida universitaria representan una etapa crucial (adultez emergente) en la formación y ajuste de hábitos saludables. Por ello, las políticas institucionales universitarias que busquen mejorar la salud de sus estudiantes tendrían la posibilidad de generar un impacto especialmente alto.

Una revisión cualitativa sobre experiencias y percepciones respecto a la educación sexual recibida por jóvenes menores de 25 años⁹, la que incluyó 48 estudios realizados en países de los cinco continentes, muestra resultados consistentes a pesar de las diferencias geográficas y culturales entre países. Los centros educacionales parecieran abordar la educación sexual indistintamente a otra materia y mostrarían dificultad para reconocer la actividad sexual de los estudiantes. Por su parte, los estudiantes destacan la necesidad de profesionales especializados y consideran que la educación sexual recibida ha sido escasa, tardía, enfocada en lo biológico, heteronormada y sexista. Además, consideran necesario abarcar tópicos hasta ahora ausentes, como el erotismo y el pla-

cer. Esto coincide con los resultados de estudios realizados en Chile^{10,11}.

A nivel regional, la educación sexual es parte de la agenda pública de América Latina. Baez¹² en una revisión sobre políticas de educación sexual en Latinoamérica, muestra cómo tres nociones han marcado las leyes y programas en el continente: derechos, perspectiva de género e integralidad. Sin embargo, no existe claridad sobre cómo se traduce cada uno de estos términos en las diferentes políticas, existiendo – según la autora – cierta amplitud semiótica así como una “estratégica ambigüedad”, lo que termina condicionando los contenidos impartidos según la capacidad e interés de cada institución educacional.

Tal es el caso de Chile, donde el año 2010 se aprobó la Ley 20.418, dando carácter de obligatorio a la educación sexual en los establecimientos de educación primaria y secundaria. Sin embargo, no establece contenidos obligatorios, permitiendo que sean los mismos establecimientos educacionales quienes “según sus principios y valores, incluyan contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados”¹³. Según Figueroa¹⁴ esta “libre elección” forzaría a las escuelas a optar sobre la base de valores morales particulares que terminan siendo presentados como universales. El resultado es, como se vio en otras partes del mundo, una educación deficitaria, centrada en la anticoncepción, heteronormada y cargada de valores morales y tabúes¹⁵.

Distinto es el caso de Brasil, quien sobresale dentro del continente sudamericano por la implementación de una educación sexual obligatoria desde mediados de los años noventa, destacando por un énfasis antihomofóbico y por la articulación con organismos de derechos humanos y GLTBI (gays, lesbianas, trans, bisexuales e intersexuales)¹². Desde el 2004, este país cuenta con el programa de “Lucha contra la violencia y la discriminación contra personas GLTBI y de promoción de la ciudadanía de homosexuales”, denominado “Brasil sin Homofobia”. Este programa depende de la Secretaría de Derechos Humanos y fue elaborado con la participación de distintos sectores: educación, salud, trabajo y justicia. Sin embargo, en el año 2011, la estrategia “Kit de Escuelas contra la homofobia” (mediáticamente denominado el “kit gay”) – paquete con una serie de folletos, carteles y audiovisuales

– se vió fuertemente criticado por agrupaciones religiosas y legisladores representantes de sectores evangelistas¹⁶. Tal fue la controversia, que la presidenta de ese entonces vetó su distribución y estableció que ese tipo de materiales deben ser analizados previamente por un comité de la Secretaría de Comunicación Social dependiente de la Presidencia. Esto marcó el fin de una educación sexual de referencia a nivel latinoamericano, dejándola condicionada a un sesgo político que pareciera existir hasta hoy^{17,18}.

A partir de los ejemplos de Chile y Brasil, es posible observar que la educación sexual representa un problema no resuelto en nuestro continente, estando aún sumamente influenciada por aspectos políticos y culturales.

Dentro de las estrategias preventivas generadas por distintas organizaciones y/o gobiernos, tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo, se identifican intervenciones individuales, grupales y/o comunitarias. Independiente del nivel de intervención, todas comparten un fin en común: modificar el comportamiento, las actitudes y/o las barreras estructurales que fomentan el problema¹⁹.

La incorporación de teoría científica en el diseño de las respectivas estrategias de intervención resulta clave²⁰, existiendo variados modelos teóricos enfocados en cambiar el comportamiento²¹. En el presente estudio abordaremos en mayor profundidad uno de ellos: La Rueda de Cambio de Comportamiento o *Behaviour Change Wheel*. Este modelo, propone un sistema de comportamiento basado en la capacidad, oportunidad y motivación del ser humano (*COM-B System*, por sus siglas en inglés)²². Así, logra incorporar un análisis integrador y complejo sobre el cambio de hábito o comportamiento, siendo ya probado en prevención de los llamados “cuatro grandes”: tabaco, alcohol, sedentarismo y alimentación saludable^{23,24}. Sin embargo, no existen estudios sobre su utilización en diseños de intervenciones para prevención de ITS/VIH.

En base a este modelo, se debe proporcionar a los jóvenes información procesable para la autoprotección y una guía clara para la búsqueda de comportamientos o hábitos saludables. Para hacer que la información sea “procesable”, lo primero es identificar con precisión qué comportamientos están involucrados: quién debe hacer qué, cuándo y dónde. Lo segundo es asegurar que las personas tengan la capacidad, oportunidad y motivación para representar los comportamientos deseados²⁵. Si falta alguno de estos elementos, el comportamiento deseado no ocurrirá²⁶.

Las recomendaciones de cambios de comportamiento (comportamiento deseado y preventivo) variarán según la modificación requerida – en la capacidad y/o la oportunidad y/o la motivación – para alcanzar dicho comportamiento deseado²². El punto de partida para una intervención exitosa de cambio de comportamiento es establecer de manera clara y específica, los cambios que se requieren, pudiendo utilizar para ello narrativas, discursos, dispositivos o plataformas. Una de las ventajas distintivas del modelo de Rueda de Cambio de Comportamiento es precisamente el definir primero el contenido y el contexto que se desea modificar²⁷.

En la actualidad, la OMS reconoce el aumento de la prevalencia de ITS/VIH y sus consecuencias sanitarias. Junto con aseverar que este aumento representa uno de los retos sanitarios más importantes del siglo XXI, manifiesta que las políticas de prevención suelen aplicarse de manera no sistemática ni específica. Por ello recomienda – además de incorporar la teoría científica en el diseño de intervenciones en salud – centrarse en grupos poblacionales específicos, consultar ampliamente a los destinatarios y darles voz en el diseño, aplicación y evaluación de las intervenciones²⁸. Se necesita esfuerzos mancomunados y multidisciplinarios en materia de prevención para abordar los obstáculos que enfrentan los estudiantes universitarios para adquirir comportamientos que permitan una práctica de sexo seguro²⁹, donde entender la percepción de los jóvenes resulta esencial para desarrollar programas de educación sexual de calidad^{11,30}.

Es importante que aprendamos de nuestra historia y las lecciones a partir de cómo hemos construido intervenciones y/o campañas preventivas en ITS/VIH. Debemos incorporar las opiniones de quienes participan en la toma de decisión final y garantizar que la ciencia del comportamiento esté en el centro del diseño, planificación e implementación de nuevas intervenciones con sentido para las poblaciones objetivo.

El presente escrito representa la etapa inicial (cualitativa) de una investigación mayor que busca diseñar una intervención digital – implementada con la Rueda de Cambio de Comportamiento – para la prevención de ITS/VIH y promoción de salud sexual en estudiantes universitarios. En esta primera etapa, el objetivo general es develar las experiencias y percepciones de estudiantes universitarios sobre sexualidad, riesgo y campañas de prevención de ITS/VIH. Adicionalmente, buscamos contrastar estos relatos con la opinión de expertos en el área.

Materiales y métodos

El proyecto de investigación “Efectos de las intervenciones digitales para la prevención de ITS y VIH/SIDA” presenta componentes metodológicos tanto cualitativos como cuantitativos. Este artículo da cuenta de la primera fase de esta investigación, eminentemente de carácter cualitativa exploratoria, que combina análisis de fuentes bibliográficas, grupos focales con jóvenes (2) y entrevistas semi estructuradas con informantes claves (13). El criterio de selección muestral fue intencional, eligiendo participantes que se relacionaran desde distintas perspectivas con el objeto de estudio, y que aportaran diversidad y complementariedad en la aproximación a las problemáticas principales e información entregada.

En cuanto a los grupos focales, participaron 20 jóvenes (14 mujeres y 6 hombres), de entre 18 y 25 años; hombres, mujeres, y de género no conformistas; heterosexuales, lesbianas, homosexuales y bisexuales. En estos encuentros se dialogó en torno a los siguientes ejes temáticos: sexualidad; educación sexual; percepciones sobre conductas de riesgo; campañas de prevención en VIH/SIDA e ITS. Las y los jóvenes, todos estudiantes de la Universidad de Santiago de Chile, cursan las carreras de Pedagogía en Inglés, Obstetricia, Estudios Internacionales, Ingeniería en Química, Ingeniería en Matemáticas, Diseño Industrial. Para la convocatoria de las y los participantes se contó con la colaboración de las organizaciones de representación estudiantil, y de la Vocalía de Género y Sexualidad de la Universidad. Para la determinación muestral se estimó pertinente el principio de saturación, teniéndose en cuenta los ajustes planteados al principio por Morse³¹, Denzin³² y Mayan³³.

En relación a las entrevistas a informantes claves, éstas fueron realizadas a profesionales no médicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); profesionales de la salud especialistas en ITS/VIH/SIDA; activistas de la disidencia sexual e ITS/VIH/SIDA (Fundación Savia); investigador y filósofo especialista en juventud (CEDER, Universidad de Los Lagos, asesor del Instituto Nacional de la Juventud – INJUV); investigadora en cambio conductual en jóvenes (Department of Behavioural Science and Health, University College London); investigadora en ITS/VIH/SIDA en población latina en EEUU (School of Nursing, University of North Carolina – Chapel Hill); profesional no médico del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL); ex encarga-

do de comunicación estratégica y campañas del MINSAL.

Cada entrevista y grupo focal se realizó en un único encuentro, en el lugar de estudio o trabajo del sujeto. Los participantes aceptaron cooperar voluntariamente, y sin mediar pago. Los participantes de los grupos focales firmaron un consentimiento informado, instancia donde se les comunicó los objetivos de la investigación y se les garantizó la confidencialidad de los resultados. La investigación contó con la validación del Comité Ético Científico de la Universidad de Santiago de Chile (Informe ético n° 226, 16 de mayo 2019).

Los grupos focales y entrevistas fueron registradas, transcritas palabra por palabra y posteriormente organizadas. Se realizó un análisis de contenido temático a partir de los distintos instrumentos de recolección de datos – grupos focales y entrevistas a informantes claves – integrándose ambos para su interpretación. Para la sistematización y análisis de datos se utilizó el software *Atlas.ti*. Para garantizar el rigor metodológico en esta investigación, se resguardaron los criterios descritos por Guba y Lincoln³⁴: Credibilidad, neutralidad y transferibilidad.

Resultados

Luego de analizadas las transcripciones, se crearon tres meta-categorías: (1) percepciones sobre educación sexual y sexualidades; (2) experiencias y percepciones sobre riesgo; (3) campañas de prevención de ITS/VIH. Las categorías se aplicaron para ambos grupos de participantes (focal y clave).

Para la citación de las y los participantes de los grupos focales se utilizará la siguiente codificación: Estudiante Mujer n° (EMn°), Estudiante Hombre n° (EHn°). Para la citación de las y los informantes claves se utilizará la siguiente codificación: Informante Clave n° vrg. (ICn°, vrg.).

En relación a las **percepciones sobre educación sexual y sexualidades**, las/os estudiantes universitarios coinciden en que el abordaje de la educación sexual durante su etapa escolar tuvo un enfoque netamente biológico, centrado en el miedo y cargado de estigmas y sesgos de género. Ejemplo de esto es el relato de una participante quien manifestó: *Si lo vemos del lado sociocultural, las ITS son un castigo, porque se supone que son por libertinaje, por experimentar sexualmente. [...] En enseñanza media nunca me enseñaron cómo convivir con alguien que tuviera una*

ITS (EM6). Esta percepción de los jóvenes es compartida por profesionales expertos quienes además explicitan la necesidad de abordar otras áreas – como el placer – y no sólo el aspecto biológico y genital de la sexualidad: *En los sistemas educacionales, si es que hay educación sexual, se termina discutiendo los métodos anticonceptivos y muy desde la mirada biológica. Nos ha faltado desde la mirada de las emociones, desde los afectos. Hay poca discusión sobre el tema del placer* (IC2, médico infectólogo).

Las/os estudiantes indican que esto cruzaría el área de la formación docente, por lo que los profesionales de la educación no egresarían capacitados para enseñar sobre sexualidad: *Los docentes de nuestra generación tenían nula formación en educación sexual y reproductiva, y actualmente en las pedagogías tampoco se les forma respecto a educación sexual. Si uno quiere trabajar (en el área) tiene que hacer diplomados. Entonces a nivel nacional sigue estando la falencia* (EM4).

La población universitaria destaca la necesidad de un cambio profundo de mentalidad en la educación sexual, reconociendo algunos avances, pero aún insuficientes. Refieren como un importante obstáculo la concepción reproductiva y machista que se tendría sobre la sexualidad, la que entre otras inconsistencias, reafirma la virilidad masculina como argumento para no utilizar preservativo: *Pasa mucho que los hombres se ofenden si uno les dice “ya, pero el condón”, y te responden “Ay, pero si no tengo nada”, y te dicen: “¿pero no te cuidai? ¿no tomai pastillas?”. Entonces se asocia mucho el condón con el no tener hijos* (EM10). Además, existiría una mirada conservadora reflejada en una educación sexual cargada de tabúes – tanto en espacios públicos como privados –, y con una fuerte influencia de la iglesia católica y evangélica frente a las políticas de Estado. Relacionado a esto, una ex funcionaria ministerial reconoce: *cuando se ha querido abordar la sexualidad como un proceso normal de la vida, la oposición de la Iglesia y de los grupos más conservadores ha sido tremenda* (IC5, médica salubrista).

Se observa que incluso las/os estudiantes y profesionales de la salud, quienes tendrían mayor conocimiento sobre sexualidad en comparación a la población general, no escaparían de haber sido modelados por esta formación convencional que entre otras carencias, estaría marcada por la poca inclusividad a la diversidad y disidencia sexual en todas sus identidades, siendo abordada desde un enfoque heterosexual y heteronormado. Reconociendo esto, una experta señala: *Hemos tratado de realizar campañas educativas para*

profesionales de la salud – sobre diversidad sexual por ejemplo – y ha sido súper difícil. [...] si la gente es discriminada en el consultorio, no va más (IC5, médica salubrista). Las/os estudiantes mencionan que sólo se reconocen los homosexuales en su identidad masculina, estigmatizándolos como grupos de riesgo y excluyendo además otras identidades como lesbianas y transexuales. Una estudiante se cuestiona: *¿Y qué pasa con las personas queer, o las personas intersexo, o las personas trans? Resulta que la mayoría no va a consultar con matrona, con psicólogo o con ginecólogo, porque los profesionales de la salud tampoco están capacitados respecto de entregarles una atención de calidad a estas personas. Ellos sienten miedo de ir a consultar por lesbofobia, transfobia y cosas así* (EM14). Expertos reconocen un importante aporte en los movimientos sociales de los últimos años, los que contribuirían con una mirada menos homofóbica hacia las diversidades sexuales, posicionando la sexualidad como un tema de conversación y debate. Sin embargo, señalan que desde las autoridades de salud sigue existiendo una actitud de negación frente a los diversos problemas de salud sexual.

La educación sexual recibida por distintas generaciones a lo largo del tiempo – escasa, enfocada en lo biológico y cargada de prejuicios y sesgos de género – se traduciría actualmente en una falta de conocimientos sobre el tema en la población general. Se observa que incluso la población universitaria no lograría establecer distinciones entre cada una de las ITS y ETS, ni tampoco entre ambas nomenclaturas, existiendo muy poca información y muchos mitos respecto de síntomas, formas de transmisión y tratamientos.

En relación a las **conductas de riesgo**, las/os estudiantes señalan como causa de preocupación la poca información y conocimiento general respecto a la sexualidad. Esto generaría que la población juvenil tenga poca consciencia real de cuáles son las conductas y prácticas sexuales de riesgo. Como ejemplo, se refieren a que el uso de condón en población universitaria – ya escaso – estaría limitado a la práctica de sexo anal/vaginal y ausente en prácticas de sexo oral. Esto refleja un manejo limitado sobre los mecanismos de transmisión de las ITS, o bien una subestimación del riesgo. Una estudiante comenta: *Muy poca gente usa preservativo para el sexo oral, pero muy poca gente. No tienen la conciencia de que en realidad sí se transmiten (ITS), tanto en hombres como mujeres* (EM10). Además, existiría un claro sesgo sobre el empleo del condón vaginal, desconociendo su disponibilidad, uso e incluso existencia. Así,

otra estudiante relata: *Por lo menos hasta este año, yo tampoco tenía idea de cómo se ponía un condón vaginal, o incluso que existiera. Tampoco está esa información disponible. Y lo mismo con los preservativos, se supone que uno los puede conseguir en el CESFAM gratis, si uno se inscribe ¿O ni siquiera con inscripción?* (EM1).

La población universitaria indicó al consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo directo en la práctica de sexo de manera riesgosa: *Yo creo que el alcohol también es un componente súper fuerte dentro de esto [...] porque uno se lanza no más. Yo he estado borracha y no me importa nada [...] ¡claro que una está más desinhibida!* (EM9). En relación a la influencia del alcohol sobre el comportamiento, no sólo existió preocupación sobre el autocuidado, sino también sobre la responsabilidad con el otro y la importancia del consentimiento: *El consentimiento es un tremendo tema. Cuando una persona está borracha o está bajo el efecto del alcohol puede acceder a tener relaciones sexuales (contigo), a pesar de que en un estado más sobrio señaló claramente que no. Ahí viene todo ese tema del abuso* (EH3).

Las/os estudiantes argumentan que para lograr una práctica sexual responsable, la base es la consciencia, el autocuidado, y la responsabilidad afectiva con la comunidad y las parejas sexuales. Así, actualmente se estaría naturalizando la toma de examen como método de prevención de ITS, como también el poder solicitarlos a las parejas sexuales sin caer en estigmatizaciones ni prejuicios: *No hay nada de malo en asegurarte de que tu pareja sexual no tiene ninguna enfermedad o infección, porque también es ser responsable con la comunidad; al no tener riesgo de contagiar a alguien más. Se deja mucho de lado lo que es la responsabilidad social y comunitaria* (EM14).

Dentro de los informantes claves, existe consenso en que el aumento de ITS/VIH en la población joven obedece a múltiples factores: *tiene que ver con la pérdida del miedo de la gente (al VIH/ITS), eso es seguro, pero también han cambiado los hábitos de las conductas sexuales* (IC10, médica salubrista). En relación a estas conductas, un activista VIH/Sida declara: *Tú vas identificando los grupos, pero más bien a través de sus prácticas, el tipo de relación que tienen, y el uso que hacen de sus cuerpos. O sea, pene-vagina, pene-ano, boca-ano* (IC6, activista VIH/Sida). Esto sería importante para identificar a grupos de población clave, término acuñado por ONUSIDA, y a los que antes se les llamaba grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan dro-

gas y personas bajo reclusión): *Esos son los grupos claves a los cuales tienen que estar enfocadas las campañas. No se habla de grupos de riesgo, porque estamos todos en riesgo, más bien son las conductas de riesgo* (IC6, activista VIH/Sida). Esta terminología ayudaría a disminuir el estigma sobre determinados grupos y favorecería la concientización del riesgo en la población general.

Los profesionales coinciden sobre la especial vulnerabilidad de los jóvenes frente a conductas sexuales riesgosas, aludiendo a distintas causas que se entrecruzarían: etapa de experimentación, poca información, menor consciencia del riesgo, alto consumo de alcohol y drogas, mayor accesibilidad al sexo casual, entre otras. Además, existirían aspectos culturales aún arraigados que funcionarían igualmente como factores de riesgo. Un profesional señala: *¿Por qué los chilenos no usan condón? ... por un tema cultural. Yo lo he escuchado, (dicen) que es como lavarse los pies como calcetines, es como comerse un chocolate con papel. (Crean que) a ti no te va a pasar [...] ¡pero puede pasar!* (IC4, profesional OPS).

Sobre la utilización del condón, una experta declara: *El problema es que la gente no gasta en prevención, eso está demostrado. O sea, uno gastará en antibiótico si está muy enfermo, pero no gasta para prevenir esa misma enfermedad* (IC5, médica salubrista).

En esa misma línea, las/os estudiantes señalan primeramente como una barrera de acceso, el costo de los preservativos. Además, identifican una carga moral entre pares al momento del uso de dispensadores ubicados al interior de los baños del establecimiento universitario, indicando que en general, existen fuertes prejuicios respecto de la calidad de los preservativos “estatales”, que son los que se entregan en campañas y en el centro médico del establecimiento universitario.

Respecto de los espacios o lugares más adecuados para ubicar los dispensadores, señalan la necesidad de naturalizar su uso, y ubicar la mayor cantidad posible en todas las Facultades, y no sólo en algunas o al interior de los baños. Esto, como una estrategia de promoción y de visibilización, y como parte de una educación sexual libre de tabúes y prejuicios.

En relación con las **campañas de prevención de ITS/VIH**, tanto estudiantes como expertos manifiestan preocupación por un evidente enfoque basado en el miedo, precisando que actualmente las campañas sólo destacan el incremento en la tasa de incidencia de ITS/VIH y/o promueven la toma de exámenes, pero no informan respecto de afectividad, erotismo, goce, sexualidad,

o sobre qué hacer una vez que adquieres la enfermedad o infección, ni cómo prevenirla de manera eficaz. Una estudiante recuerda: *Hay un afiche de una persona saliendo a la calle y aparece otra que lo salva de ser atropellado [...] como diciendo que si no te haces el test te vas a morir. Te estaba atropellando un auto y lo estaban comparando a tener VIH* (EM2). Una experta salubrista es tajante en señalar que *las campañas de terror mostrando cuerpos calavéricos no funcionan* (IC1, médico infectólogo), mientras que otra estudiante declara: *Me parece que una buena campaña debe generar conciencia, no debe generar terror, porque eso es lo que hace que la gente siga evadiendo el tema y siga creyendo que es lo peor que te puede pasar en la vida* (EM5). En relación a este mensaje, un activista VIH destaca la importancia de abordar el tema de la discriminación y el derecho que tienen las personas seropositivas de visibilizar su estado, aportando ello a la prevención.

Existe consenso entre todas y todos los entrevistados, jóvenes y profesionales expertos, sobre la necesidad de abordar la problemática transversalmente, dirigiéndose a la totalidad de la población, reconociendo disidencias y diversidades sexuales, y enfocándose a conductas de riesgo y no a la estigmatización y segregación de grupos mal caracterizados como poblaciones de riesgo. Una estudiante manifiesta: *“Se genera un prejuicio, y si las personas no se sienten identificadas ahí, piensan que no les va a pasar. A mí no me llega. Por mucho tiempo pensé que esto era un tema de homosexuales no más, y sólo de hombres homosexuales, porque así se veía en la televisión y así nos dijeron desde chicas”* (EM2).

Como ya mencionábamos, ambos grupos de entrevistados afirman que las campañas deberían generar conciencia – y no miedo –, y que para ello es necesario ligar los mensajes directamente a las emociones y a las experiencias personales; logrando así que las/os jóvenes se sientan identificadas/os. Destacan también la necesidad de promover la sexualidad como una práctica natural, asociada al disfrute, al goce, al relacionamiento y socialización, como parte de la vida cotidiana de las personas, y no únicamente reducida al ámbito reproductivo; e incluyendo la responsabilidad afectiva como uno de los ejes centrales: *[...] normalizar que somos seres sexuales, es la base. Es normal, no tabú, no miedo, no temor, nada. Normalizar que somos seres sexuales* (EM9).

Otro punto de importancia en cuanto a las campañas de prevención de ITS/VIH que se han desarrollado en Chile, reconocido tanto por estudiantes como por informantes claves, es la persis-

tencia discursiva, desde los años 90's a la fecha, de tres métodos de prevención: (1) abstinencia, (2) pareja única y (3) uso de preservativo; sumándose últimamente, el testeo. Es destacable que las/os estudiantes reconocen el uso de preservativos como un método de prevención de ITS/VIH efectivo y acorde a su realidad sexo-afectiva. Un estudiante afirma: *Lo que más se reconoce es abstenerse, (pero) si han aumentado los casos de VIH, es porque claramente la gente no se abstuvo de tener sexo* (EH7).

Entre los tópicos que los jóvenes identifican como importantes de abordar en las campañas de prevención de ITS/VIH, predominan: uso práctico del preservativo “para pene” y “para vagina”; visibilización de conductas de riesgo; consumo de alcohol y drogas; reconocimiento de la diversidad afectiva y sexual; promoción de la educación sexuales; abordaje de la responsabilidad afectiva; consentimiento entre parejas sexuales. Todos ellos, y coincidiendo con el grupo experto, a partir de mensajes directos, cercanos, cotidianos, inclusivos y sin caer en el mandato, prohibición o castigo. Un experto reconoce que *en la sociedad chilena ha habido mucho conservadurismo en la política pública. Hemos tenido campañas que han sido poco claras, poco nítidas, poco directas a la población objetivo. No vamos a lo concreto que son las medidas que la evidencia dice que sirven para actuar sobre la prevención* (IC2, médico salubrista).

Las/os estudiantes exponen también la necesidad de incluir información sobre espacios amigables de atención en salud para jóvenes y adolescentes, en los que se pueda acceder de manera expedita a información, métodos de prevención, tratamiento, y toma de exámenes de detección. Esto, no sólo reducido a VIH, sino que ampliado a otras ITS: *Ahora que estudio esto (obstetricia) sé que hay espacios amigables para jóvenes y adolescentes, pero ¿Saben ellos que existen esos espacios? ¿Qué hago? ¿Dónde voy? ¿Con quién hablo?* (EH8).

Por su parte, expertos reconocen la importancia de considerar la opinión de las/os jóvenes – como población objetivo – a la hora de diseñar una campaña de prevención. Indican que las campañas debieran ser constantes en el tiempo y no reducidas a días y horarios que impidan que el mensaje llegue a toda la población. Expertos y jóvenes universitarios atribuyen gran relevancia a que las/os protagonistas o “rostros” de una campaña sean fundamentalmente estudiantes, personas comunes y no personajes famosos o actores poco representativos de la comunidad universitaria. Esto con la finalidad de lograr identificación

y cercanía, utilizando escenas y recursos relacionados a la cotidianidad de la vida universitaria. Así mismo, refieren que los medios de difusión idóneos para el despliegue de una campaña son aquellos más cercanos a la población juvenil, como las redes sociales y plataformas institucionales (correos, sitio web institucional). Consideran también la posibilidad de una aplicación móvil amigable al público universitario. Un estudiante declara: *Nosotros pasamos acá (en la universidad) la mitad del día, y la otra mitad en el teléfono. La campaña o la información de prevención tiene que pasar por redes sociales* (EH1).

Profesionales aseguran que, para incidir en un cambio de conducta, es imprescindible la coherencia al momento de diseñar una campaña, donde el mensaje que recibe el joven a través de distintos medios sea similar al entregado, por ejemplo, en una sala de clases. En concordancia con ello y en relación a la carencia de información sobre sexualidad reconocida tanto por jóvenes como por expertos, un profesional infectólogo declara: *Las campañas no son sinónimo de prevención. La prevención se hace a través de estrategias preventivas y las campañas entregan elementos que ayudan a que éstas puedan instalarse y puedan ser aceptadas. Entender eso es central. Una campaña no reemplaza la educación, y no es ese su objetivo, sino visibilizar* (IC1, médico salubrista). Una profesional ministerial comenta: *La campaña tiene que motivar, tiene que generar sensibilidad, posicionar la temática en el colectivo* (IC12, coordinadora comunicacional). En consonancia con lo anterior, un estudiante opina: *una campaña debe sobrecoger, tocar la fibra de que esto es real (...) todas las campañas son súper lejanas* (EH7).

Discusión

Naturalizar el abordar temáticas de sexualidad, permitiría educarse y desprenderse de prejuicios arraigados históricamente. Es el medio social el que categoriza a las personas que en él conviven, mediante mecanismos sociales de determinación de lo que es normal, corriente y natural y lo que no lo es y, por tanto, lo que debe ser reconocido como extraño y ser señalado³⁵. En la práctica, estos mecanismos representan hoy una barrera para el logro de una práctica sexual segura, al dificultar el abordaje de la sexualidad, restando a las/os jóvenes de acceder a centros sanitarios y a preservativos, resolver inquietudes, realizarse test de tamizaje, etc. Según ONUSIDA “el estigma y la discriminación a los que se enfrentan las perso-

nas jóvenes, sobre todo las adolescentes y las mujeres jóvenes, a la hora de acceder a los servicios relacionados con los derechos y la salud sexual y reproductiva, crean grandes barreras a distintos niveles; individual, interpersonal, comunitario y social”³⁶.

Al mismo tiempo, si confiamos en que los problemas que no eran concebibles en cierta época se vuelven cognoscibles en otra, podemos concebir un espacio de posibilidades que faciliten la transformación de lo que, en su momento, se consideraron barreras. Hoy, el problema es, por una parte, seguir considerando a la sexualidad como un tema “tabú”, tornándose en un aspecto dificultoso e intratable, y no como propio del ser humano, natural, ligado al goce y a las emociones; y por otra, una práctica cada vez más medicalizada, extendiéndose el dominio médico a ámbitos que no son estrictamente médicos. Así, la sexualidad se ha medicalizado, evidenciando que los determinantes de los “problemas sanitarios” son, ante todo, de orden sociocultural, pues hay que buscarlos en la actividad clasificatoria de los profesionales de la medicina, particularmente de los que gozan de más poder^{37,38}.

Ahora bien, junto con los racionamientos clásicos que explican la progresiva medicalización de la sexualidad^{39,40} es posible que para el caso chileno y latinoamericano, dicha medicalización se haya potenciado a consecuencia de los mecanismos de barrera que impedían un tratamiento social más abierto y plural de la sexualidad. La medicina y su secularidad concurre facilitando un acceso legitimado socialmente para el tratamiento de la sexualidad; acceso que estaba “bloqueado” por otras dimensiones de lo social: educación, política, religión, familia, costumbres etc. Como consecuencia, si bien se logra abordar socialmente la sexualidad, su tratamiento adquirirá un “tono” mayoritariamente medicalizante.

Por su parte, mejorar la calidad de las intervenciones o campañas en materia de ITS/VIH ha sido un desafío complejo y permanente. En Chile, diversas iniciativas de alcance político y técnico lo han intentado, no logrando cambios significativos en el incremento permanente de contagios de ITS/VIH, en específico, en la población joven. En gran medida estas intervenciones o campañas han sido diseñadas siguiendo patrones tradicionales, no considerando, o considerando mínimamente, las vocerías de las poblaciones a las que están destinadas. Ello supondrá la utilización de marcos de racionalidad que dan sentido a los grupos contratados para el diseño de la intervención, más no de las poblaciones destinatarias.

Complementario a esto último, sociedades desiguales (hombres/mujeres, ricos/pobres, jóvenes/adultos, indígenas/no indígenas, heterosexual/homosexual, etc.), gestan distancias muchas veces insalvables, rigiendo en sus relaciones sociales supuestos y pre-concepciones acerca del “otro”. Así, la investigación reconoce el importante y escasamente abordado rol de los determinantes económicos, políticos, sociales, culturales en salud, en la implementación óptima de las políticas públicas, y en la necesidad de diseñar estrategias de prevención integrales, coordinadas y participativas entre los diversos actores involucrados.

Por otra parte, estimamos que el conocimiento es el resultado de “una interpretación que emerge de nuestra capacidad de comprensión. Esta capacidad está arraigada en la estructura de nuestra corporización biológica, pero se vive y se experimenta dentro de un dominio de acción consensual e historia cultural”⁴¹. Por tanto, para comprender la cognición humana y el comportamiento consecuente, es fundamental considerar en su estudio, el posicionamiento desde un sentido experiencial. En particular, en nuestra investigación fue fundamental conocer cómo las/os jóvenes vivencian su sexualidad, erotismo y afectividad. Las investigaciones e intervenciones que hemos podido conocer, han fallado, precisamente, en sopesar adecuadamente los aspectos experienciales de la sexualidad juvenil, basándose en modelos de comportamiento ideal y estereotipado, desechando las narrativas en primera persona sobre las vivencias sexuales y toda su rica complejidad. Respetar esto último tiene por fundamento los ejercicios de reducción fenomenológica para la observación de la experiencia⁴². Así, consideramos a la entrevista como un evento comunicativo donde la realidad no es sólo referenciada hacia fenómenos externos, sino como una verdadera construcción social^{43,44}.

Finalmente, una interacción virtuosa entre teoría y práctica tendría por resultado intervenciones más efectivas. Ello requerirá un diálogo permanente entre los centros de investigación y los equipos de acción directa en salud. La iniciativa puede surgir de uno u otro, lo importante será la integración de los desarrollos investigativos y de sus resultados. En tal sentido, valoramos el diseño de intervenciones mediadas y co-construidas por todos los agentes incumbentes. La formulación de espacios de diálogo equilibrado (sin la preeminencia o sobrevaloración de ciertas percepciones u opiniones) permite arribar a comprensiones mutuas, salvando, en parte, los vacíos de entendimiento y permitiendo gestar

instancias de colaboración, comprometidos con un propósito, efectivamente, común.

Conclusiones

La sexualidad debe ser entendida de manera integral y reconociendo su complejidad, valorándola como una experiencia fundamental del ser humano a lo largo de la vida, abarcando el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, las prácticas sexuales, el erotismo, el placer, la empatía, el vínculo afectivo y la reproducción; siendo influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales; en contextos temporales y geográficos⁴⁵.

Por ello, planteamos que los esfuerzos de investigación, tendientes a desarrollar programas significativos de prevención e intervención en ITS/VIH con población joven, se han visto obstaculizados por la adopción de modelos y perspectivas que no capturan adecuadamente la complejidad asociada con la experiencia sexual, particularmente juvenil. Y, más bien, se han estigmatizado y castigado sus prácticas sexuales, medicalizándolas⁴⁶, al extender el dominio médico a ámbitos que no son propiamente médicos, y designando como patológico aquello que no lo es.

Considerando lo antes planteado, y teniendo en cuenta la importancia que reviste abordar el incremento en la tasa de contagios de ITS/VIH en la población joven chilena, nos consultamos por la posibilidad de diseñar estrategias preventivas de ITS/VIH con jóvenes, que complejicen la comprensión de la sexualidad juvenil, y que no impliquen la estigmatización y medicalización de sus prácticas sexuales.

Con tal propósito la investigación recogió en su primera fase, perspectivas sobre la sexualidad, prácticas de riesgo y campañas de prevención. La formulación de espacios dialogales como método de acercamiento a narrativas autobiográficas, resultó ser una herramienta que facilitó el acceso a información calificada, desde un enfoque subjetivo y experiencial, rescatando la visión que los propios jóvenes tienen del concepto; ello tendiente a enriquecer y diversificar la explicación de la transmisión de ITS/VIH.

A su vez, la investigación propone la utilización de marcos de comprensión de la sexualidad juvenil y de la prevención, que consideren un esfuerzo coordinado de las organizaciones de la sociedad civil, y las comunidades políticas y

científicas, en respuesta a los diversos escenarios e interrogantes que presenta el VIH/SIDA/ITS y sus estrategias de prevención. Asimismo, alienta el acompañamiento, educación y guía de las/os jóvenes en el acercamiento de su propia sexualidad y procesos de vida, y que, en términos metodológicos, se valoren y adquieran un grado protagónico las vivencias de las personas en relación a su sexualidad.

El contexto actual, mediado por la pandemia SARS-Cov-2, nos recuerda la importancia de adoptar comportamientos deseados para evitar contagio de enfermedades infecciosas; en este caso mediante el uso de mascarillas, lavado frecuente de manos, distanciamiento social, entre otros. Por otra parte, la pandemia actual sin duda ha modificado las interacciones humanas,

restringiéndolas mayormente. En relación a la prevención de ITS/VIH, se ha de considerar el presumible aumento de los encuentros sexuales conforme avance el levantamiento progresivo de las medidas de restricción física. Por ello, las investigaciones que permitan comprender de mejor modo las estrategias de adopción de medidas preventivas de ITS/VIH resultan hoy particularmente relevantes.

La siguiente etapa de esta investigación será eminentemente de carácter cuantitativa. Sus resultados, en conjunto con los aquí reportados, permitirán diseñar una intervención digital – en base a la Rueda de Cambio de Comportamiento – para la prevención de ITS/VIH y promoción de salud sexual destinada a estudiantes de la Universidad de Santiago de Chile.

Colaboradores

G Duarte-Anselmi y E Leiva-Pinto participaron en el diseño y aplicación de los instrumentos de recolección de información, y en la redacción de la Discusión y Conclusiones.

Agradecimientos

Concurso Apoyo a la Investigación Clínica DICYT/Facultad de Ciencias Médicas, código 021903 DA_MED, Vicerrectoría de Investigación, Desarrollo e Innovación. Universidad de Santiago de Chile, Usach.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Report on global sexually transmitted infection surveillance*. Ginebra: OMS; 2018.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). *Trend of new HIV infections* [Internet]. 2019. [cited 2020 Oct 6]. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org/>
- Cáceres K. Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Rev Chilena Infectol* 2019; 36(2):221-233.
- Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015; 10(12):e0143304.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *VIH Sida* [Internet]. 2020. [cited 2020 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Ahlemeyer HW, Ludwig D. The sexual behaviour of adolescents and HIV risk. *Sociologický časopis* 1999; 35(3):267-267.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). *Encuesta Nacional de Salud 2016-17 (ENS)*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2018.
- Arnett JJ. *Emerging Adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Pound P, Langford R, Campbell R. What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences. *BMJ Open* 2016; 6(9):e011329.
- Silva-Segovia J, Méndez-Caro L, Barrientos-Delgado J. Discursos sobre normas relativas a sexualidad en jóvenes del norte de Chile. *Converg Rev Ciencias Soc* 2015; 67:13-33.
- Obach A, Sadler M, Jofré N. Saud sexual y reproductiva del adolescente en Chile. *Rev Salud Pública* 2017; 19(6):848-854.
- Baez J, González del Cerro C. Políticas de Educación Sexual: tendencias y desafíos en el contexto latinoamericano. *Rev del IICE* 2015; 0(38):7-24.
- Biblioteca Nacional del Congreso de Chile (BCN). Ley 20.418 [Internet]. 2010. [cited 2020 Oct 6]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482&idVersion=2010-02-02&idParte=>
- Figueroa E. Política pública de educación sexual en Chile: actores y tensión entre el derecho a la información vs la libertad de. *Rev Chil Adm Pública* 2012; 19:105-131.
- Morán J. Feminismo y la Iglesia Católica. *Rev Estud Fem* 2013; 21(2):485-508.
- Romancini R. Do "Kit Gay" ao "Monitor da Doutrinação": a reação conservadora no Brasil. *Rev Contracampo* 2018; 37(2):87-108.
- Olivera Júnior IB, Braga ERM. Diversidade sexual e homofobia: a cultura do "desagendamento" nas políticas públicas educacionais. *Prax Educ* 2015; 10(1):35-53.
- Silva ZP. "Bafao/confusión" del kit gay: análisis del discurso de la militancia LGBT (lésbicas, gays, bisexuales y travestis, transgénero). *Rev Científica Educ y Comun* 2011; 3:27-43.
- Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2010. [cited 2020 Oct 6];10:538. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-538>
- Michie S, Prestwich A. Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychol* 2010; 29(1):1-8.
- Davies P, Walker AE, Grimshaw JM. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implement Sci* 2010; 5(1):1-6.
- Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011; 6:42.
- Gould GS. Exploring the barriers and enablers to smoking cessation in pregnant Aboriginal and Torres Strait Islander women with the behaviour change wheel. *Australas Epidemiol* 2014; 21(2):31-34.
- Carney R, Bradshaw T, Yung AR. Physical health promotion for young people at ultra-high risk for psychosis: An application of the COM-B model and behaviour-change wheel. *Int J Ment Health Nurs* 2016; 25(6):536-545.
- Michie S, Abraham C, Eccles MP, Francis JJ, Hardeman W, Johnston M. Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behaviour change interventions: a study protocol. *Implement Sci* 2011; 6:10.
- Fishbein M, Triandis HC, Kanfer FH, Becker M, Middlestadt SE, Eichler A. *Factors influencing behavior and behavior change. Handbook of health psychology*. Mahwah: Erlbaum; 2001.
- Cohen DA, Scribner R. An STD/HIV prevention intervention framework. *AIDS Patient Care STDS* 2000; 14(1):37-45.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Infecciones de transmisión sexual* [Internet]. 2019. [cited 2020 Oct 6]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago: Gobierno de Chile; 2011.
- Moura LR, Lamounier JR, Guimarães PR, Duarte JM, Beling MT, Pinto JA, Goulart EMA, Grillo CFC. The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):1008-1018.
- Morse J. The significance of saturation. *Qual Health Res* 1995; 5(2):147-149.
- Denzin NK. Moments, mixed methods, and paradigm dialogs. *Qual Inq* 2010; 16(6):419-427.
- Mayan MJ. *Essentials of qualitative inquiry*. New York: Routledge; 2016.
- Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.

35. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
36. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) [Internet]. 2021. [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://www.unaids.org/es/taxonomy/term/798>
37. Castro R. De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad. *Ideias* 2013; 4(1):15-40.
38. Foucault M. *The archaeology of knowledge*. Londres: Tavistock; 1972.
39. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *Underst Deviance Connect Class Contemp Perspect* 2014; 46:185-196.
40. Clarke AE, Mamo L, Fishman JR, Shim JK, Fosket JR. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *Am Sociol Rev* 2003; 68(2):161-194.
41. Varela F, Thompson E, Rosch E. *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa; 2011.
42. Husserl, E. *La idea de la fenomenología*. Barcelona: Herder; 2012.
43. Guber R. Nacionalismo reflexivo. La entrevista como objeto de análisis. *Rev Investig Folclóricas* 1994; 9:30-40.
44. Briggs C. *Learning How to Ask?* Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
45. Vance C. La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. *Estud Demogr Urbanos* 1997; 12(1/2(34/35):101-128.
46. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.

Artículo presentado en 12/10/2020

Aprobado en 26/03/2021

Versión final presentada en 28/03/2021

Editores jefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva