

**LOS BARES GAY Y EL SIDA**

JACOBO SCHIFTER SIKORA  
INSTITUTO ESTUDIOS LATINOAMERICANOS (IDELA)  
UNIVERSIDAD NACIONAL

## CONTENIDO

ANTECEDENTES HISTORICOS.....	1
IMPORTANCIA DE LOS BARES GAYS.....	4
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.....	6
SOCIALIZACION.....	6
Asistencia a centros de reunión.....	6
Fuentes de apoyo.....	7
Conocimiento de la identidad sexual.....	8
Convivencia.....	8
CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA.....	9
Fuentes de información.....	9
Transmisión, prevención y síntomas.....	10
Gays seropositivos y redes de amigos.....	11
PRACTICA SEXUAL.....	11
Inventario de parejas sexuales.....	11
Práctica del sexo seguro e inseguro.....	12
Cambios debido al Sida.....	12
ACTITUD HACIA EL CONDON.....	13
GRADO DE EXCITACION Y PERCEPCION DEL RIESGO.....	14
Grado de excitación.....	14
Percepción de riesgo de infección.....	14
CONSUMO DE DROGAS.....	15
FACTORES DE PERSONALIDAD.....	16
Presión de los amigos.....	16
Negación.....	16
Homofobia interiorizada.....	16
Autoeficacia.....	17

Sexo compulsivo.....	17
Comunicación sexual.....	18
ANALISIS GLOBAL DE VARIABLES.....	18
Variables que explican la práctica insegura.....	24
Interrelación de los factores que explican la práctica insegura.....	24
COMPARACION DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS REALIZADOS.....	26
Conocimiento sobre el Sida.....	26
Percepción del riesgo.....	26
Estado de seroconversión.....	27
Conocimiento de amigos y amantes con ARC o Sida.....	27
Condomes.....	28
Conocimiento acerca de cómo prevenir el Sida.....	28
Identidad gay.....	29
Homofobia interiorizada.....	30
Negación.....	30
Sexo compulsivo.....	30
Alcohol y Drogas.....	31
Autoeficacia.....	31
Influencia de amigos.....	32
Características sociodemográficas.....	32

## LOS BARES GAY Y EL SIDA

JACOBO SCHIFTER SIKORA  
INSTITUTO ESTUDIOS LATINOAMERICANOS (IDELA)  
UNIVERSIDAD NACIONAL

### ANTECEDENTES HISTORICOS

De acuerdo con la información obtenida de entrevistas orales hechas a miembros de la comunidad, la existencia de establecimientos gays en Costa Rica se remonta a 1920. A estos sitios, pequeños y peligrosos, muy pocas personas podían acudir debido a la presencia de delincuentes o a las frecuentes redadas policiales. Las fiestas privadas fueron, entonces, el eje en torno al cual giró el ambiente gay, ya que eran más seguras y libres de delincuentes y policías.

En la década de los setentas, había uno o dos bares gays en San José. Eran lugares cerrados y peligrosos pues a ellos concurrían individuos de distintas clases sociales: desde hombres adinerados que se exponían al chantaje hasta personas de muy escasos recursos que eran víctimas de explotación sexual.

Hasta nuestros días, debido a la actitud hostil de las autoridades públicas, los bares se han constituido en uno de los principales centros para acosar a los homosexuales. La policía realizaba allí -también en la calle cuando los identificaba- redadas. Estos individuos eran rapados, con el fin de exponerlos al escrutinio público.

Sin embargo, en vista de que en ese entonces el Estado no contaba con cuadros policíacos especializados al estilo estadounidense, la represión alcanzaba solo a unos pocos individuos. Muchas de estas redadas era la manera en que los mismos policías "vendían" protección a los dueños de estos establecimientos.

Como sucedió a principios de siglo en ciudades como Nueva York, los travestidos eran quienes organizaban hasta los años setentas la vida social gay. Ellos eran los únicos más asumidos en el medio y eran quienes, en una proporción mayor, acudían a los bares gays y organizaban las fiestas con espectáculos travestis.

La visión de la identidad gay y de los roles sexuales que éstos tenían era más estereotipada y sirvió como modelo para los demás. El que toda la vida gay social, aunque no la sexual, girara alrededor de ellos, les daba una influencia enorme para imponerlo. Para asistir a las fiestas o a los mismos bares era necesario tener amistad con estos individuos y de ahí que la imagen del homosexualismo estuviera tan influida por personas, que en realidad constituían una minoría entre los grupos gays.

Para los hombres gays no travestidos existía de todas maneras cierta admiración hacia estos individuos que se atrevían a ir bien lejos en su conducta social y sexual. La causa de este fenómeno podría explicarse por el hecho de que los gays eran un grupo marginado que llevaban consigo una carga emocional que no podían expresar dentro del rol masculino tradicional. Es decir, la expresión de sentimientos y emociones de un hombre hacia otro no encajaba en el ambiente social de la época. Su estilo de vida, por tanto, requirió de formas de expresión ajenas a las permitidas dentro de lo que se concibió como "masculino". De esta manera, algunos gays buscaron en lo femenino una forma de comunicación con su medio y durante los espectáculos empezaron a imitar las características idealizadas de las grandes actrices de la época.

Las actividades que se desarrollaban en bares o fiestas privadas, era una forma de atenuar la represión que se vivía en esa época, representando ostentosamente, en forma exagerada y ridícula, lo que la sociedad esperaba del comportamiento de una mujer. La burla, la chota y la vulgaridad de estas "mujeres artificiales", simbolizó la crítica contra el sistema socio-cultural y sus valores tradicionales. Vestidos de mujer hablaban como hombres, con un lenguaje prohibido para una mujer "decente" en esa época. Para los espectadores, el show travesti era una forma de reírse de la sociedad.

Posteriormente, la década de los setentas marcó una brecha generacional y social en la vida gay del país. Un sector considerable de la clase media optaba por el estilo de vida gay. El crecimiento de la clase urbana en el país y el

movimiento gay norteamericano, el cual en 1969 había entrado en una fase de militancia activa y politización por sus derechos, llegaron a ejercer influencia en la vida gay tradicional. Las nuevas corrientes que llegaron al país rechazaban las explicaciones médicas y políticas de la homosexualidad. El "orgullo gay" sustituía las definiciones del homosexualismo como una enfermedad y afirmaba la masculinidad frente al estereotipo del hombre gay como travestido o afeminado. La nueva imagen era la del hombre joven profesional, masculino y agresivo.

Esto hizo crecer la afluencia a los bares y la disminución de la importancia relativa de la fiesta gay. Año con año, el "desfile" de los travestidos iba perdiendo importancia debido a la presencia de un nuevo público de clase media que los veía con indiferencia e imponía sus gustos.

Los bares como "Cabaret", que se convirtió en el primer establecimiento de la clase media josefina, reunían cientos de hombres durante un fin de semana. Por simple peso numérico, los travestidos y hombres afeminados se fueron convirtiendo en una minoría. Esta masificación gay permitió difundir más rápidamente la actitud masculina y el abandono del estereotipo gay, lo que a su vez traería más reclutas de la clase media urbana.

No obstante, la proliferación de los bares que servía como centro de reunión para cientos de hombres gays, también fue útil para que el Estado hostigara, por medio de redadas más grandes, a un número considerable de homosexuales. La policía irrumpía intempestivamente en estos locales y aduciendo que sospechaba un tráfico de drogas o que las escenas que se presenciaban eran obscenas, arremetía en contra de algunos o todos los clientes, llevándolos a centros de detención.

Uno de los móviles del acecho, aparte del ideológico, era el chantaje a los dueños de los bares y a los detenidos. La "mordida" se convirtió en un pago obligatorio para mantener las puertas abiertas, aunque no inmunizó a los establecimientos contra estas acciones, ya que nuevos cuadros policiales aparecían y buscaban obtener una tajada propia del pastel.

Nadie protestaba por miedo a un escándalo mayor. La policía, que legalmente no podía arrestar a una persona con base en la práctica de la homosexualidad, la cual no es prohibida per se en el Código Penal, lo hacía por medio del subterfugio y la mentira. El acoso fue humillante e irrespetuoso de los derechos civiles.

Para los gays, el precio de la lucha abierta contra el acoso del sistema era demasiado alto como para arriesgarse. Cualquiera que fuera expuesto como homosexual, perdería su prestigio, trabajo, negocio o familia. El miedo a ser detenido, encarcelado y humillado se volvería parte de la vida gay josefina.

Puede afirmarse que la relación entre el policía y el gay era compleja. El primero disfrutaba de perseguir a un grupo de individuos que, a pesar de que pertenecían a una clase y cultura superiores, tenían un "pecado" oculto que los hacía vulnerables y sumisos. El segundo sufría en silencio el atropello y, aunque despreciaba a ese policía que a menudo era ignorante, marginal y mafioso, tenía que rendirle pleitesía.

Quizá uno de los principales factores que facilitaron esas acciones contra los gays era la ausencia de alternativas económicas. No había personas que pudieran arriesgarse a una lucha porque no existían posibilidades de trabajo en la comunidad gay. Ningún homosexual podía darse el lujo de arriesgar su empleo. Tampoco se crearon guetos gays como en las grandes urbes norteamericanas. San José era una ciudad pequeña como para impedir el anonimato de los gays que necesitaban de la sociedad para trabajar, invertir y establecer su propio negocio o para practicar su profesión. La heterosexualidad seguía siendo un pasaporte importante para la sobrevivencia.

La década de los ochentas vino a marcar un cambio importante. La proliferación de bares y la aparición del Sida si bien han avivaron dificultades, también trajeron nuevas posibilidades para que los gays vivieran y lucharan. Todas sus consecuencias están aún por verse.

En 1987 había en el país por lo menos diez bares exclusivamente gays en el área metropolitana de San José. Además, se conocen otros, situados en las zonas del país, a los que asisten una cantidad considerable de gays, no obstante que no son exclusivamente gays.

Una característica importante de los bares que se encuentran en el centro del país es que la clientela de cada uno es

socialmente distinta. Por ejemplo, "La Torre", uno de los bares al que acuden hombres de clase media y alta, y que se destaca por lo moderno de sus instalaciones, reúne durante un fin de semana por lo menos a 500 hombres gays. Este bar, en 1985 fue incluido por el Instituto Costarricense de Turismo como de interés turístico. Es el más popular en el ambiente gay y está situado a escasos 100 metros de la principal avenida del país.

El clima que prevalece actualmente en los bares es muy diferente al de la década de los sesentas. No existe tanto conflicto debido a la asistencia de grupos polarizados socialmente. Cada clase social tiene su establecimiento de preferencia. Diferentes grupos de amigos gays ven en ellos una de los pocos sitios donde pueden socializar libremente y el único donde pueden ser ellos mismos. Se han convertido en un punto de atracción tal, que se ha producido hacia ellos una afluencia en masa. Cada fin de semana no menos de dos mil gays los visitan.

No obstante que su presencia, por lo menos numérica, en nuestro país era mayor, la persecución de los homosexuales no menguó. Por el contrario, el Sida vino a agravarla, pues los represores creyendo que cerrando los bares o haciendo redadas en ellos, el peligro del Sida disminuiría. Pero lo menos menos se imaginaron que los gays encontrarían en esa epidemia el detonante que desataría, por primera vez, su lucha organizada.

Hasta 1985, la comunidad homosexual costarricense no mostró víctimas del Sida. Sólo se sabía de un hombre que había fallecido en el extranjero. Durante ese año, varios profesionales gays llamaron la atención del Gobierno de turno para que hiciera algo con el fin de proteger a la población. Consideraban que aún había tiempo de coordinar los esfuerzos para informar acerca de la epidemia y realizar una acción preventiva inmediata. Sugirieron que se estableciera un enlace entre una comisión profesional del Estado, libre de actitudes represivas y condenatorias, y representantes de la comunidad gay. Además, se propuso que los bares y los centros sociales gays, que eran la única institución gay existente para esta fecha, serían el medio para establecer el contacto. Después de varios intentos por establecer el diálogo, la idea fue desechada.

En 1986 no se realizó ninguna campaña preventiva, pues se consideró que los siete casos registrados eran muy pocos como para realizar una campaña y que no se debía provocar alarma por una epidemia que aún no se había desarrollado aquí.

Las posibilidades de aquel diálogo también fueron canceladas porque la homofobia se acentuó. Se difundió el pánico cuando la prensa dijo que el contacto casual con los gays causaría el Sida. Además, importantes grupos protestantes y católicos asumieron una posición antihomosexual. Agréguese a ello que existía una ignorancia tan grande acerca del homosexualismo, que casi nadie se atrevió a combatir los disparates que se transmitían por los medios de comunicación.

Las autoridades de la salud, como ya se apuntó en un capítulo anterior, dieron inicio a una campaña educativa que recomendaba -casi como únicas medidas preventivas- evitar las relaciones sexuales con homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos o personas desconocidas. Esto fomentó la idea de que el Sida era producto del comportamiento sexual de un grupo y, como consecuencia, los homosexuales se convirtieron en el "chivo expiatorio" de la epidemia y la alarma general. Se incrementaron entonces los ataques y los prejuicios en su contra. Se les presentó como el factor etiológico del Sida. La homofobia hizo que, desde entonces, de igual forma que las enfermedades venéreas fueron vinculadas indisolublemente a las prostitutas, el Sida fuera asociado con los homosexuales. Esto indica que en el Sida, la instrumentalización de la conciencia social llegó a ser más importante que su proceso de transmisión.

A finales de 1987 había 25 homosexuales y bisexuales con Sida, de un total de 43 casos reportados ese año, por lo que aparecieron como los más afectados. Las soluciones tradicionales no se dejaron esperar. Tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Gobernación, optaron por presionar sobre los bares y lograr que fueran cerrados después de numerosas redadas. La vagancia, la venta de licores a menores de edad y el tráfico de drogas, fueron las excusas principales para arremeter contra estos establecimientos y detener a sus clientes por 24 horas.

Los primeros en sufrir el atropello policial fueron Julian's y La Avispa. El hecho de que este último sufriera la arremetida de la policía era la prueba más fehaciente de la intención represora del gobierno, de sus prejuicios y de su ignorancia: ¡La Avispa es un bar de lesbianas, el sector menos expuesto al contagio del VIH! La Torre, el más importante y popular, que sirve a una clientela de clase media, también fue víctima de las redadas. Pese al status

socioeconómico de su clientela, 253 personas fueron arrestadas y llevadas a la Detención General, ante la presencia de las cámaras de televisión.

Estas y otras acciones fueron contraproducentes para los supuestos objetivos de la lucha contra el Sida, pues ahuyentaron de los bares a la minoría más consciente de los grupos gays. Se le aplicó la "ley del garrote" cuando pudo ser perfectamente utilizada como multiplicadora de las técnicas preventivas tanto en esos negocios como entre quienes no asisten a ellos.

Las redadas sembraron la desconfianza de los gays hacia la Comisión Nacional del Sida y del Ministerio de Salud, porque temían que de realizarse el examen del Sida, fueran identificados y, como consecuencia, acosados y perseguidos. La represión hizo que el contacto entre los diversos grupos homosexuales se redujera y, lo más probable, que aumentaran los encuentros sexuales ocasionales.

Las redadas en los bares y los ataques ideológicos contra los gays revivieron prejuicios y estereotipos de la población acerca de los gays y de lo que se desarrollaba en los establecimientos, haciendo creer al público que los gays practicaban orgías y bacanales, corrupción de menores, trasiego de drogas ilícitas y todo tipo de actividad sexual en estos u otros lugares, lo que era totalmente falso.

Lo que el gobierno no anticipó es que estas acciones traerían como consecuencia la politización de la comunidad gay y que un grupo organizado estuviera dispuesto a dar la pelea por mantener los bares abiertos. El 5 de abril de 1987, en el periódico de más circulación en el país, se dirigió una carta abierta a los ministros de Salud y de Gobernación, firmada por más de 150 personas, la mayoría de los cuales no era gay: de ahí su impacto político. Los firmantes eran profesionales destacados, exMinistros de Justicia, familiares de exPresidentes de la República y otros costarricenses de renombre. En ella se condenó el fanatismo y el atropello a la libertad y la violación de las garantías constitucionales y de la igualdad de todos ante la ley.

La carta no decía, explícitamente, que se protestaba contra las redadas ni que quienes la firmaban apoyaran todos los derechos y reivindicaciones de los gays. Dos días después, el mismo diario, de corte conservador y antigay, expresó, por un lado, la conveniencia de lograr un saneamiento moral y físico de las ciudades, pero también atacó al gobierno por la política de redadas injustificadas. A mediados de 1987, como parte de la paralización que el hizo el gobierno de la campaña contra el Sida, se suspendieron las redadas.

A finales de 1987, diversas asociaciones gays habían surgido. La primera que apareció se dedicó a proveer apoyo espiritual y promover una pastoral para la gente gay de clase popular. Sus dirigentes, con posturas de la teología de la liberación, trabajarían con los sectores más marginales para brindarles apoyo como homosexuales dentro de la religión cristiana. La segunda, fue la vinculada con los sucesos del 5 de abril y los grupos de concientización gay. Estos dieron luz a la Asociación de Lucha contra el Sida, la primera en establecer proyectos de prevención y cuidado de enfermos en la comunidad gay. Las lesbianas se organizaron en un grupo radical feminista. Los dueños de establecimientos homosexuales formaron su propia asociación para defenderse de las redadas.

Aunque el proceso es muy reciente y las diversas organizaciones no cuentan con una alta membresía, la realidad es que los gays dieron un paso crucial hacia la militancia para defender su estilo de vida.

## **IMPORTANCIA DE LOS BARES GAYS**

Los bares gays son un centro importante de información sobre la conducta y la cultura de los homosexuales y bisexuales costarricenses. Se reúne en ellos el sector que asume su homosexualidad y que tiene un peso decisivo en los patrones sociales gays del país.

En una ciudad pequeña como San José, ingresar a un bar de este tipo es hacer pública una preferencia sexual. En ciudades grandes como Nueva York o la capital de México, en cambio, es factible que un gay acuda a un sitio de éstos sin que su familia, amigos o conocidos se enteren.

A pesar de la discreción que caracteriza a los bares gays josefinos, de que no se anuncian como tales ni se identifican en la puerta, y de que vigilan sigilosamente que no ingresen, por error, parejas heterosexuales, cualquiera

que acuda a ellos no puede esperar mantenerse incógnito. No sólo los viejos clientes tratarán de averiguar la identidad del nuevo, sino también muchos de los heterosexuales que los visitan con sus amigos gays. Muy pronto individuos que ni siquiera acuden allí obtienen la información que tarde o temprano, llegará a oídos de amigos o familiares.

Está tan asociada en Costa Rica la permanencia en uno de esos bares a cierto reconocimiento público de la identidad, que miles de hombres gays más escondidos o en posiciones políticas, económicas o sociales clave, optan por no acudir nunca. Es un hecho que la mayoría de los hombres que practican la homosexualidad no frecuentan, por esta razón, los bares.

Sin embargo, los clientes tienen más peso social de lo que su número pudiera indicar. A pesar de que sólo unos dos mil hombres y mujeres frecuentan un fin de semana los cinco bares en los que se hizo la investigación, que por cierto no incluyen todos los que existen (mucho menos aquellos mixtos, de homosexuales y heterosexuales), su influencia es muy grande.

En primer lugar, el constituir un grupo que acepta mejor su identidad, lo hace más dinámico socialmente. Organiza fiestas, paseos, actividades artísticas y otras a las que llegan gays más escondidos que no se atreven a poner los pies en un bar, pero sí en un sitio donde se realiza una actividad privada. Los gays de los bares también van a muchos lugares de ligue, tanto públicos como privados, en los que se relacionan con muchos otros miles de practicantes de la homosexualidad.

Eso significa que sus contactos son más amplios con diversos grupos practicantes de la homosexualidad que los de otros grupos. Un cliente de un bar puede acudir a ligar a un bar, un sauna, un parque, un cine o un orinal, y, a la vez, socializar en una discoteca, fiesta o baile privados. Es muy difícil, por el contrario, que una persona que ligue en los orinales, asista a un bar gay o acuda también a una fiesta privada.

Los clientes de bares no solo tienen un repertorio de posibilidades, social y sexual más amplio, sino que también un mayor acceso a los mensajes que en su comunidad se han elaborado con respecto al Sida y otros asuntos de su interés.

Como se analizó en el primer capítulo, la Asociación de Lucha Contra el Sida ha usado, desde 1987, los bares gays como centros de divulgación del sexo seguro. La agrupación ha visto que estos son, además, un canal ideal para enviar información a los sectores más ocultos, dado que muchos clientes tienen buenos contactos con ellos. El hecho que todos los grupos estudiados, hayan, mayoritariamente, recibido su información sobre el Sida en los folletos de la asociación, como se verá más adelante, demuestra que, en efecto, hay esos contactos.

Pero esos clientes no son únicamente transmisores de información. También por las razones que hemos visto, imponen una serie de patrones que van desde la moda y el baile hasta el comportamiento en público, el cortejo, los modelos de pareja y las prácticas sexuales. Aunque muchas de estas conductas son transformadas, ignoradas, distorsionadas o rechazadas por otros homosexuales, no por eso dejan de ser un modelo.

Se justifica, entonces, plenamente que los bares hayan constituido un foco de interés muy especial en este estudio. No existen hasta la fecha otros lugares que los igualen.

Hay que tomar en cuenta que, además, los clientes no son necesariamente los únicos actores en la vida de los bares. También forman parte de ellos los dueños, administradores y trabajadores, quienes ejercen una determinada influencia en general y, en cuanto a la problemática del Sida, una actitud negativa o positiva, que va desde la propaganda que permiten en los locales, hasta la distribución de preservativos. En vista de que algunos de ellos son heterosexuales, extranjeros y mujeres, tienden a desvincularse de lo que realmente significa el Sida. Es importante, entonces, tomar en cuenta esa influencia y esa actitud cuando se analiza la información referente a los gays que concurren los bares capitalinos.

En el estudio cuantitativo financiado por la OMS fue seleccionada una muestra de 162 individuos entre quienes frecuentan los bares para gays, tal y como se describió en el capítulo II. Los resultados de esta investigación se ofrecen a continuación.



## **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

La edad promedio es de 26.1 años. Si se agrega que el 36.4% cuenta entre 20 a 24 años de edad y que un 45.1% (Cuadro 1a) de 25 a 43 años, se ve que la clientela es relativamente joven.

Las edades menores de 20 y mayores de 35 años, son menos frecuentes y representan una quinta parte de los casos. Esto indica que predominan los individuos que podrían clasificarse como adultos jóvenes.

En el campo de la educación, se observa que el 57% tiene alguna educación universitaria y el 43% algún nivel de secundaria. El número promedio de años de educación es de 13.1. Si se toma en cuenta que sólo un 14% de todos los hombres entre 15 y 49 años posee educación universitaria (Madrigal et.al, 1991), se puede afirmar que los gays que van a los bares tienen un alto nivel educativo.

En cuanto a su participación en la actividad económica del país, los resultados indican que mientras las tres cuartas partes de ellos cuentan con una ocupación remunerada (72%), en la población ese índice es de 87%. Esto significa que un número importante de gays no reciben ningún sueldo u otro tipo remuneración. Es probable que sean jóvenes que estudian, a tiempo completo en la universidad. Pese a esto, sus ingresos mensuales les permite ir a divertirse a los bares.

El estado civil heterosexual de los gays se caracteriza por una alta proporción de solteros (94%). Los casados son únicamente el 2%. El resto se encuentra clasificado como separado, divorciado o viudo. Este resultado era de esperar. Los gays casados que van allí son muy pocos porque se enfrentan a las presiones sociales para que no revelen su orientación sexual (temor de ser identificados por otros gays y de que su familia se entere).

## **SOCIALIZACION**

### **Asistencia a centros de reunión**

Como era de esperar, los gays que asisten a los bares poseen altos índices de socialización (Cuadro 2a). La cena con los amigos en su casa, la salida al cine o al teatro, los paseos fuera de la ciudad y la tertulia son, es por lo general, más frecuentes que en grupos como los bisexuales y los gays en el closet. Incluso, se dan más que en los grupos de concientizados.

Otra muestra del grado de socialización es el marcado interés que se hizo palpable hacia la afiliación a los partidos políticos, las asociaciones religiosas y los movimientos de la Iglesia (Cuadro 3a). En cuanto a lo primero, cabe aclarar que durante los meses en que se recolectó la información de la encuesta, había, debido a las elecciones presidenciales, efervescencia política en el país. La participación política en estas ocasiones se amplía. También la comunidad gay se agita políticamente: muchos de sus miembros se afilian a uno u otro de los partidos mayoritarios. En cuanto a las asociaciones religiosas o asuntos de la Iglesia, el interés creciente se debe, probablemente, a la creación, en 1987, de una iglesia gay. No obstante, no se puede menospreciar el interés que tiene un grupo importante por la Iglesia Católica, que ejerce gran influencia en la población.

En cambio manifestaron poco interés en las asociaciones de profesionales y los sindicatos, probablemente porque el contacto social y la comunicación con personas heterosexuales sea mayor. Su participación en organizaciones propiamente gays es baja (6%). Sin embargo, hay que anotar que siendo la creación de una organización el resultado de un proceso lento y reciente ese 6% en realidad no es tan bajo (Cuadro 4a).

Como se vio antes, la asistencia a bares y discotecas es alta. A los bares, van en promedio 17.5 horas por mes y a las saunas, 2.1 horas. Aunque otros grupos, tales como los travestis y los trabajadores del sexo, asisten a menudo, debe tomarse en consideración que más por su trabajo que por sus deseos de ir (Cuadro 4a).

Los gays que frecuentan los bares tienen amigos y amigas de diferentes orientaciones sexuales y más de los primeros que de las segundas (Cuadro 6a). En promedio, tienen 3.8 amigos y 2.5 amigas. Es importante observar

que, pese al alto grado de socialización, el promedio de amistades con individuos de ambos sexos es inferior al de otros grupos de homosexuales. Tanto que se asemeja mucho al del gays en el closet, que es el que menos socializa.

El que la asistencia a los bares no se relacione con una más amplia red de amistades se torna significativo porque corrobora cierto aislamiento, también observado en el trabajo etnográfico, entre las personas que acuden a ellos. Esto indica, a la vez, que proliferan múltiples núcleos con diversas actitudes, prácticas y conductas. No es de extrañar, entonces, por ejemplo, que los bisexuales que acuden a los bares, como se analiza en el capítulo respectivo, muestren conductas distintas a los gays.

Otro aspecto de interés es que ellos tienen más amigas que amigos entre los heterosexuales y que pocos de ambos entre otros bisexuales. Al mismo tiempo, los hombres gays cuentan con menos amigas lesbianas que heterosexuales, a pesar de que la mayoría de los bares son mixtos. Esto, nuevamente, expresa que aunque, por un lado, gays y lesbianas acudan a los mismos bares, ésto no los hace necesariamente más cercanos y, por el otro, que para los primeros, después de otros gays, los nexos amistosos más cercanos sean con la mujer heterosexual.

### **Fuentes de apoyo**

La socialización proporciona una fuente apoyo para quienes tienen problemas personales. Les da más confianza al individuo y les permite vivir mejor.

Un grupo de buenos amigos, no obstante que sea relativamente pequeño, cumple ese papel. Casi la mitad manifestó que acudiría a sus amigos en el caso de ser perturbado por dificultades. Sólo el 10% anotó que sus amigos nunca servirían como punto de apoyo (Cuadro 7a).

En lo que respecta a la familia nuclear, la madre resultó ser una mayor fuente de apoyo que el padre (Cuadro 8a). El 56% afirmó que la mamá podría dar ayuda o consejo, mientras que solo el 20% respondió que el papá. Esta diferencia no es de extrañar. El patrón cultural costarricense, en lo que respecta al proceso de crianza, ha establecido que la madre es la que se dedica a las labores del hogar y al cuidado de los hijos. Al hombre se le adjudica un lugar más alejado de esas tareas del hogar debido al carácter de su trabajo y de sus actividades sociales.

Además, lo más probable es que el hombre gay tiene más resistencia para acudir al papá, pues él representa los valores de la masculinidad y el machismo, en los que hay menos cabida para el homosexualismo.

Es más, hasta los hermanos (32%) y las hermanas (46%), son percibidos como un alero de protección más asequible que el padre. Las hermanas son vistas como más accesibles, posiblemente porque son más tolerantes de la homosexualidad. El hecho de que los hermanos también sean tenidos como fuentes de apoyo y consejo, puede manifestar una mayor apertura en las nuevas generaciones.

Aunque la pregunta no pedía información acerca del tipo de ayuda que el entrevistado solicitaba, es de suponer que es más fácil la pida a quienes conocen y aceptan su orientación sexual.

La persona que es vista como el mejor apoyo es el amante o compañero, en aquellos que lo tienen. Más del 90% así lo considera. Otro son los amigos gays. Son juzgados así por un 77%. Cerca de la mitad no piensa así de los heterosexuales.

El patrón en una empresa o el jefe en una institución no son apreciados como una ayuda. Solo el 8% dijo que sí. En cambio, el doctor, el psicólogo, el sacerdote y el abogado cuentan con una opinión favorable por alrededor de la mitad de los entrevistados.

Cabe resaltar que son pocos los que creen que las organizaciones, sean gays o no, pueden servir de aliento en caso de problemas. Como se comentó anteriormente, la comunidad apenas se empieza a organizar en el país, por lo que era de esperar el resultado.

## **Conocimiento de la identidad sexual**

El proceso de socialización en el que los gays de bares están inmersos, sea con amistades gays o no, supone que su identidad sexual es conocida por éstas. Entre las personas más allegadas, la amiga heterosexual (54%), en una proporción mayor que el amigo heterosexual (41%), sabe de ella (Cuadro 9a). Otros amigos heterosexuales lo saben en magnitudes similares. Estos datos señalan que la orientación sexual de los gays que asisten a bares no es desconocida por sus amigos y amigas heterosexuales. Contrario a lo que podría pensarse, aproximadamente la mitad de sus amigos y amigas saben este hecho.

En el trabajo, por el contrario, esa orientación sexual es menos conocida. Solo el 11% manifestó que el jefe inmediato, y el 26% que sus compañeros de trabajo, lo sabían. La represión contra los gays en el mercado de trabajo, principalmente después de la aparición del Sida, es muy marcada. Si dan a conocer su identidad pueden ser despedidos.

Los vecinos y los médicos están enterados en magnitudes medianas. Resulta significativo que casi el 50% de los médicos personales de los entrevistados la desconocen. Es más si tomamos en cuenta que el 17% no tiene un médico personal, se hace palpable que los médicos no son canales muy efectivos para diseminar la información sobre el Sida.

Por otra parte, en el núcleo familiar, únicamente el 24% de los padres sabe acerca de la orientación sexual de su hijo, mientras que el 53% de las madres está enterada.

Estos resultados no necesariamente deben interpretarse en el sentido de que el padre rechaza más la homosexualidad que la madre. En una encuesta paralela realizada en Costa Rica por Sharratt (1991) con lesbianas, se encontró la relación inversa. Ellas se sienten más cercanas a sus padres, la mayoría de los cuales conocen su orientación sexual. Estos resultados sugieren que los mismos gays pueden ser también responsables del distanciamiento o cercanía con sus progenitores y que la relación no es necesariamente determinada de manera unilateral.

Resulta importante destacar, una vez más, que dentro del núcleo familiar, las mujeres funcionan más como fuente de apoyo que los hombres. Los hermanos saben con mayor frecuencia que el padre acerca de la orientación sexual de los entrevistados y más las hermanas que los hermanos. Otros familiares la conocen en una proporción similar a la de la madre.

## **Convivencia**

La convivencia de los gays con otras personas es variada. La mayoría, 55%, acostumbra vivir la mayor parte del tiempo con sus padres o parientes; el 17% vive solo, el 14% con amigos, y el 11% con su pareja masculina (Cuadro 10a). Es importante destacar que más de la mitad de los que asisten a bares, viven aún con sus padres o parientes, lo que significa que dependen, en alguna forma, de ellos. La información recogida al respecto, no suministrada en los cuadros, señala que el apoyo económico de los padres es uno de los móviles por el que ellos prefieren que su identidad sexual no sea conocida.

Por otra parte, también es importante destacar el hecho de que casi un tercio de los gays vive solo o con amigos y un 11% con su pareja, pues se ve una cantidad importante ha optado por separarse del núcleo familiar, llevar una vida independiente y asumir su homosexualidad.

Con respecto a las parejas, se observa que el 27% se encuentra en una relación cerrada, es decir, tiene un único compañero habitual (Cuadro 11a). No debe confundirse este porcentaje con el señalado ya que el primero se refiere a la persona con quien tiene relaciones sexuales, y el segundo, a la persona con quien vive. El compañero habitual puede convivir o no con su pareja.

En términos de fidelidad sexual, una minoría se encuentra en una relación monogámica. El 44% no tiene compañero habitual, pero sí ocasionales.

En la relación abierta, que se caracteriza porque existe un compañero habitual y otros ocasionales, se clasifican el 22% de los gays que asisten a bares. Debe observarse que, para efectos de difusión de la epidemia, las relaciones abiertas y esporádicas desempeñan un papel importante. El 66% de los gays se encuentran en un tipo de relación que, en principio, si no se usa el preservativo, favorecería la expansión de la epidemia. Posteriormente, se analizará el uso del condón en estas relaciones para estudiar la frecuencia con que se practica el sexo inseguro y poder dar un dato más exacto sobre la población en riesgo de infección.

## **CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA**

### **Fuentes de información**

La principal fuente de información sobre el Sida y el sexo seguro que tienen quienes asisten a los bares es la campaña que desarrolla la comunidad gay (Cuadro 13a). Un 91% así lo hace constar. Los folletos y los afiches que se distribuyen en la comunidad, son los vehículos por los que más se han informado sobre el Sida. Los porcentajes que aseguran haber obtenido información específica sobre el sexo seguro de esta campaña de prevención gay es superior al 98%. El 74% afirma también haber recibido información de su compañero sexual.

Esa labor de educación e información la ha realizado la Asociación de Lucha Contra el Sida, una organización privada compuesta fundamentalmente por gays que, en vista de la renuencia del gobierno a colaborar, se dio a la tarea de emprender, desde 1987, su propia campaña. Esta fue analizada al principio de este trabajo. Sin embargo, es interesante anotar que los clientes de los bares son los que más información de ese tipo admiten haber obtenido, lo que resulta lógico porque la asociación ha concentrado sus principales esfuerzos allí.

Los medios masivos de comunicación son también importantes fuentes de información. Los periódicos (76%) y la televisión (70%) resultaron ser los que más promueven la información sobre el Sida, aunque no en igual medida sobre el sexo seguro.

Es importante mencionar que en lo que respecta a las campañas educativas, la realizada por el gobierno se ha dirigido enteramente a la población heterosexual y no a la comunidad gay. Como ya se mencionó, los mensajes iniciales en contra de los homosexuales, fomentaron más bien la idea de que el Sida era producido por éstos.

La reacción de la Asociación de Lucha Contra el Sida ante esta campaña ha sido criticada hasta en los mismos círculos gays, debido a que se dio a la tarea de llevar la información con el lenguaje, las prácticas y las costumbres de los homosexuales y con el uso de diversas técnicas. En vez de ignorar la homosexualidad y su extensión en el país, como lo hizo la Comisión Nacional de Sida, la asociación se dedicó a proyectar una imagen positiva y erótica del sexo seguro gay.

No obstante, en diferentes reuniones, algunos gays expresaron abiertamente que una campaña dirigida de este tipo, aunque fuese realizada por gays, era una forma de decir que el problema era de los homosexuales y no de la sociedad en general. En otras palabras, acusaban a la asociación de hacerle el juego que atribuía el Sida el ser una enfermedad causada por los gays.

Para los miembros de la asociación, por el contrario, el argumento de que la campaña educativa oficial se ha "deshomosexualizado" es un fraude porque consideran que el gobierno nunca ha educado a los gays sobre el sexo seguro. También fustigan a los gays (sobre todo los que están en el closet y no quieren hacer nada contra la epidemia) que se oponen a una campaña de esa clase, por cuanto éstos no quieren comprender que a pesar de todo, el 70% de los casos en Costa Rica se dan entre homosexuales.

La buena disposición de la Asociación de Lucha Contra el Sida, se ha visto también entorpecida por la renuencia de las autoridades de salud a emprender una campaña más vigorosa hacia la población heterosexual.

Según las fuentes de información que venimos analizando, el gobierno cuenta con porcentajes menores de

reconocimiento por su labor de difusión. Los folletos y afiches oficiales han servido como información a la mitad de los gays. Un 25% afirmó que ha recibido información de la Comisión Nacional de Sida o del Departamento Antivenéreo. Otras fuentes, como los políticos o las autoridades públicas y el Hot Line del gobierno, obtienen porcentajes aún más bajos de reconocimiento. Este Hot Line, que existió hace algunos años, era parte de un programa que el Ministerio de Salud y la CONASIDA desarrollaron. Después de realizada la encuesta, a mediados de 1990, un nuevo Hot Line, dirigido por gays y destinado a su comunidad, fue impulsado.

Un 14% señala que los institutos de investigación científica, INISA y INCIENSA, le han brindado información, pese a que no se dedican específicamente a la difusión, sino a trabajos de laboratorio sumamente especializados. Pese a ello, más del 80% de los que han obtenido información por estos medios ha recibido información acerca del sexo seguro.

Otros medios indicados fueron la familia, los amigos, el lugar de trabajo, el centro de estudios, las clínicas, los hospitales y la iglesia: su incidencia varía entre el 14% y el 40%.

Cabe destacar que quienes asisten a bares han recibido la mayor cantidad de información por medio de la comunidad gay. Los porcentajes son considerablemente más altos que los obtenidos por los medios masivos de comunicación y la información oficial del gobierno. Tomando en cuenta el poco presupuesto con que cuenta la asociación (150 mil colones anuales), estos resultados son impresionantes.

### **Transmisión, prevención y síntomas**

Las formas de transmisión del Sida son ampliamente conocidas (Cuadro 14a). Aproximadamente el 93% de los entrevistados afirmó que el virus del Sida se transmite por el semen y por la sangre. Un 95% sabe que debido al largo período de incubación del VIH, éste puede ser transmitido por alguien que aparentemente se vea sano. Además, un porcentaje similar afirmó que la penetración del puño en el ano causa heridas que ponen a la persona en mayor riesgo de contraer el virus, si después se practica el coito anal.

Con respecto a la saliva, se muestra cierta incertidumbre. Mientras el 18% admitió no saber la respuesta, el 29% manifestó que es definitivamente falso que ésta transmita el virus y solo el 0.6% afirmó que es definitivamente cierto. Esto significa que aproximadamente la mitad mantenía una opinión correcta.

Con respecto a las formas de prevención, las respuestas son similares: el uso del condón era conocido por el 94%. Un porcentaje parecido afirmó que lo importante para reducir el riesgo no es el número de compañeros sexuales, sino el carácter de la práctica que se haga con ellos (Cuadro 15a).

Con respecto a las preguntas que se referían al contacto oroanal y el número de compañeros sexuales, es difícil saber cuál es la actitud correcta. Mientras el 15% no sabe si el contacto oroanal aumenta el riesgo de contraer el VIH, la mitad desconfía de esta práctica sexual. El 15% afirma que es falso que reducir el número de compañeros sexuales ayude a disminuir el riesgo de infección. Si se toma en consideración que, en realidad, no es el número de compañeros sexuales sino las prácticas sexuales específicas lo que propicia el contagio, se puede afirmar que solo un pequeño grupo respondió correctamente a la pregunta. No obstante, el hecho de que el 80% respondiera afirmativamente también es válido, ya que si bien es cierto que un único contacto sexual con una persona infectada puede producir el contagio, también lo es que si no se utiliza la protección adecuada la probabilidad de llegar a infectarse aumenta con el número de parejas sexuales.

En cuanto a los síntomas que puede presentar una persona con el VIH, (Cuadro 16a), los más conocidos son una pérdida inexplicable de más del 10% del peso normal (98%) y la diarrea persistente (90%). Otros son la fiebre (84%), el cansancio inexplicable (81%), las manchas abultadas y púrpuras en la piel (77%) y los ganglios inflamados por más de tres meses (75%). Los síntomas menos conocidos son las sudoraciones nocturnas (69%), la confusión inexplicable, la amnesia o la pérdida de la concentración (59%) y la tos seca (54%).

## **Gays seropositivos y redes de amigos**

El examen de anticuerpos del virus del Sida ha sido practicado por el 45% de los gays que asiste a los bares (Cuadro 17a). Este porcentaje podría indicar que un grupo considerable de los entrevistados se ha preocupado por su estado de seroconversión, es decir, que ha tenido prácticas inseguras desde que el Sida está en el país.

Del total de entrevistados, un 0.6% sabía que era positivo y un porcentaje igual lo sospechaba, ya que aunque no se había hecho el examen presentaba síntomas de infección o había tenido relaciones con personas seropositivas. Los que saben o sospechan que son negativos, son la mayoría: el 36% lo sabe y el 62% lo sospecha.

Como era de esperar, la práctica sexual con personas seropositivas no es común (Cuadro 18a). No obstante, los gays manifestaron haber tenido relaciones sexuales con un promedio de 0.2 compañeros seropositivos. Esto significa que un máximo de 27 individuos seropositivos han tenido relaciones sexuales con los que asisten a los bares. La práctica sexual con personas que se sabe que tienen Sida se reveló nula. De igual manera, los que tuvieron relaciones sexuales con seropositivos o enfermos de Sida y no lo sabían en ese momento, son relativamente pocos.

El 41% de los gays que asiste a los bares declaró que conocía alguna persona que es positiva al anticuerpo del virus del Sida. Es un porcentaje alto, debido a que la epidemia se desarrolla principalmente entre los gays y al grado de socialización que existe entre ellos.

El conocimiento que tienen los gays que asisten a bares o discotecas sobre personas que son seropositivas o sidosas no parece modificar su percepción del riesgo. Los seronegativos consideran imposible el contagio (Cuadro 19a). Esto se comprueba

con el hecho de que consideran poco probable el desarrollo del ARC (Síndrome Relacionado de Sida) en ellos mismos y en sus compañeros (Cuadro 20a). La posibilidad que los entrevistados preveían de llegar a tener ARC o SIDA era de 3.0 (en una escala del 1 al 10), de que esto sucediera en un año, 2.4 y de que su pareja pudiera infectarse, de 3.8. En cambio, cuando se trata de otras personas lo consideraban más probable. Por ejemplo, el puntaje que califica el hecho de que una persona que se ve sana pueda estar infectada fue de 7.9, de que el condón se rompa en medio del acto sexual, de 6.1 y de que todos los infectados lleguen a tener Sida de 7.3.

Se puede observar que, en general, el Sida es percibido como algo que no es probable que suceda ahora o en el futuro.

## **PRACTICA SEXUAL**

### **Inventario de parejas sexuales**

Los gays que concurren a los bares manifestaron haber tenido, en promedio, 497 compañeros sexuales durante toda la vida (Cuadro 27a). Como compañero sexual fue definido aquel con el que se tuvo al menos una relación sexual en la que uno o los dos alcanzaron el orgasmo. De estos compañeros sexuales, la mayoría, 495 en promedio, eran varones y solo 1.8 mujeres.

Durante los últimos cinco años los entrevistados han tenido en promedio 157.5 compañeros sexuales, casi todos hombres. En los últimos 12 meses, el promedio había sido de 18.4, la mayoría también hombres. En los 30 días anteriores, el promedio fue de 2.2.

Si se toma como referencia el número de compañeros sexuales de los últimos 30 días (2.2), no se puede afirmar que se produjo una disminución sustancial con respecto al número que los entrevistados confesaron haber tenido durante los últimos 12 meses, pero sí con respecto al de los últimos cinco años. Es decir, si se comparan proporcionalmente el número de los últimos 30 días con el de los últimos 5 años, se ve que la cantidad de compañeros sexuales disminuyó en forma apreciable.

Por otra parte, con el fin de estudiar los cambios en la sexualidad, también es importante referirse a los compañeros

ocasionales, es decir, a aquellos con quienes si bien es cierto los entrevistados tuvieron relaciones sexuales una o más veces, éstas no son regulares, o no se contempla repetir en el futuro.

Los resultados muestran que el número promedio de compañeros ocasionales durante los últimos 30 días era de 1.9, en su mayoría hombres. Solo un 0.01 eran mujeres.

Estos resultados señalan que los compañeros ocasionales de los gays que van a los bares son principalmente hombres y no mujeres y constituyen cerca de la mitad de todos los compañeros con quienes tuvieron relaciones los últimos 30 días.

### **Práctica del sexo seguro e inseguro**

En los 30 días anteriores a la entrevista, el 49% había practicado la penetración anal activa con condón, en un promedio de 4.3 veces por mes (Cuadro 28a). El 23% no lo había usado. Esto significa que casi una cuarta parte había tenido coito anal activo de tipo inseguro.

Por otra parte, una cantidad similar, había tenido prácticas anales pasivas. El 41% había sido penetrado, con un promedio de 3.4 veces al mes, por otro hombre que usaba el condón. El 19% por uno que no lo usaba. Al respecto, cabe destacar que el sexo anal pasivo sin condón es practicado con mayor intensidad que con él, ya que, en promedio, se hace 4.2 veces al mes. Es decir, una de las prácticas sexuales más peligrosas, como lo es el sexo anal pasivo sin preservativo, es practicado, con una intensidad mayor, por una quinta parte de los gays.

El sexo oral receptivo (felacio) con eyaculación había sido practicado, en el último mes, por el 20% de los gays. Un porcentaje levemente inferior, usó el condón. También la práctica del felacio es más frecuente sin condón (3.2) que con él (2.9).

Durante los últimos 6 meses, las prácticas inseguras habían sido substancialmente mayores (Cuadro 29a). El 37% había penetrado a otro hombre sin usar el condón. El 38% había sido penetrado por otro que no lo usaba. Esto quiere decir que cerca de dos tercios hacía prácticas sexuales inseguras.

Pero es importante destacar que un alto porcentaje de los entrevistados habían usado también el condón. El 74% había realizado el sexo activo con condón; el 68%, el sexo pasivo. Esto significa que los gays que tienen prácticas sexuales inseguras (38%), lo hacen pese a que no desconocen la utilidad del preservativo como un medio preventivo.

En vista de que una gran mayoría lo ha utilizado alguna vez durante los últimos seis meses, el fenómeno sugiere que los gays hacen excepciones con algún compañero sexual, lo cual pueden convertirse en un importante factor de infección.

Estas excepciones se dan por diversos motivos que en las discusiones con algunos de los entrevistados, salieron a flote. Uno es la supuesta intimidad que proporciona el no usar el condón. Por eso, muchos individuos que establecen una relación, utilizan el preservativo al principio para irlo abandonando entre más se involucran emocionalmente. Abandonar su uso se convierte, así, en un acto de amor.

Otro motivo es la confianza: el hecho de no usar condón se puede convertir en una forma de demostrar fidelidad sexual, ya sea ésta real o no. Muchos hombres que son infieles, pero que lo ocultan a sus amantes, se sienten impulsados a no usar el preservativo.

Los entrevistados también mencionaron algunas razones para hacer excepciones como son el atractivo del compañero sexual, la edad, la bisexualidad, el origen rural y cualesquiera otras que los había hecho pensar que su compañero no estaba contagiado.

### **Cambios debido al Sida**

Los gays que visitan los bares manifestaron que han hecho cambios en su vida sexual desde que oyeron del Sida

(Cuadro 30a). El 49% afirmó que había hecho muchos cambios y el 19% que pocos. Es decir que cerca del 68% hizo modificaciones en sus prácticas sexuales. El resto no varió su comportamiento.

A los que tienen compañero habitual se les preguntó por los cambios que habían hecho. El 45% de ellos expresó que bajó la frecuencia de la penetración anal pasiva, el 10% dejó de hacerla. Un porcentaje similar nunca la había hecho. Un 29% manifestó que la hacía igual que antes y menos de un 6% que más bien había empezado a realizarla o que había incrementado su frecuencia. Estos datos indican que con los compañeros habituales la práctica del sexo anal pasivo ha disminuido.

En cuanto al sexo anal activo el panorama no es tan satisfactorio. Cerca del 20% dejó de hacerlo o nunca lo había hecho y el 23% bajó la frecuencia. Sin embargo, el 43% no cambió y cerca del 13% incrementó el número de veces, incluso, empezó a practicarlo. Esto indica que un poco más de la mitad de los gays que van a los bares sigue teniendo prácticas que favorecen la difusión del VIH.

El uso del preservativo aumentó con los compañeros habituales. Casi las tres cuartas partes de los entrevistados empezaron a usarlo (el 48% empezó a usarlo y el 25% incrementó la frecuencia). No obstante, la cuarta parte restante no lo usa, dejó de usarlo o no ha cambiado al respecto.

Con los compañeros casuales (aproximadamente en 85%), la práctica de la penetración anal pasiva y activa tiende a disminuir y el uso del condón, a aumentar.

A pesar de que el cambio de los hábitos sexuales apuntaban hacia una práctica sexual más segura, debido principalmente al uso del condón, el porcentaje que había tenido prácticas inseguras durante los últimos 6 meses era relativamente alto (alrededor del orden del 40%). Es muestra que las excepciones son un peligro para el sexo seguro.

## **ACTITUD HACIA EL CONDON**

Con respecto a las barreras que pueden impedir un uso adecuado y oportuno del condón, se encontró que una de las principales razones para sostener actitudes negativas es la creencia de que disminuye el placer sexual. La comparte el 46% de los entrevistados (Cuadro 32a). Un 4%, afirmó que el preservativo lo hace perder la concentración durante la relación sexual.

El control que mostraron los entrevistados con respecto al uso del preservativo no era firme. El 22% dijo que no perdería una relación sexual si no contara con uno, el 17% que debe usarse solo si el compañero lo desea, el 14% que si se va a practicar el sexo anal pasivo, la decisión del uso pertenece a su compañero sexual, y el 14% que no debe usarse cuando se quiere al compañero. Aunque estos porcentajes corresponden a una minoría de los entrevistados, evidencia que existen problemas en la utilización del preservativo.

El conocimiento que revelaron del uso es aceptable. El 97% afirmó que debe usarse uno nuevo en cada relación sexual y el 43% que se rompe fácilmente. El 31% expresó que el condón debe inflarse y estirarse para probar su calidad, lo cual indica que un grupo importante posee al respecto una idea errónea.

El precio no se ve como un obstáculo importante para el uso: solo el 4% consideró que era muy alto como para utilizarlo regularmente. Por otro lado, los prejuicios sociales a que se enfrenta el gay tampoco parecen constituir una barrera importante, ya que solo al 14% le da vergüenza ir a comprarlo.

Los factores que influyen en su utilización son variados: la práctica sexual específica (75%) (Cuadro 33a); el conocimiento que se tiene acerca del compañero (64%); el hecho de que la pareja sea el amante (54%); la actitud del compañero (61%); disponer de un condón cuando se requiere (63%); saber si el examen de Sida o el del compañero es negativo (54%); el consumo de licor o drogas (36%).



## **GRADO DE EXCITACION Y PERCEPCION DEL RIESGO**

### **Grado de excitación**

El grado de excitación es un factor importante que induce a tener prácticas sexuales riesgosas. Las personas que miran como muy excitantes las prácticas sexuales inseguras corren más peligro.

La masturbación, por ejemplo, es una práctica que se mira como muy excitante (Cuadro 34a). Masturbar a un hombre hasta que él eyacule o ser masturbado, produce mucha satisfacción. En este sentido, una de las prácticas que se considera segura, goza de buena aceptación por la mayoría de los entrevistados.

El felacio hasta la eyaculación, a un hombre que usa el condón es una práctica que porcentajes similares de los entrevistados, produce disgusto a unos y excitación a otros. No obstante, hacerlo sin el condón es más gustado. El 66%, aproximadamente, manifestó que le causaba alguna o mucha excitación hacer felacio a un hombre sin condón hasta que eyacule, pero solo el 37% opinó lo mismo en caso contrario. Este desplome en la percepción del goce, de casi el 100%, entre la práctica con y sin condón, explica una de las razones para incurrir en el sexo inseguro. Un porcentaje similar afirmó que le producía igual grado de excitación si el compañero no usaba el condón y sacaba el pene antes de la eyaculación. En otras palabras, no es la falta o no de eyaculación lo que desmotiva sino el uso del preservativo.

Recibir felacio de otro hombre es más excitante. Un 90% dijo que le deparaba algún o mucha excitación (79% mucha excitación). No obstante, es menos gustado si se saca el pene antes de la eyaculación, aunque siempre en un porcentaje elevado (78%).

La penetración anal, fue también vista como excitante por el 75% de los entrevistados. Esta práctica lleva implícita la ausencia del condón.

La mayoría manifestó su rechazo hacia el uso del condón en esa penetración: el 67% se pronunció porque era mejor sin él; el 41% opinó que también era muy placentero con el preservativo.

La penetración anal pasiva es menos gustada que la activa. El 57% señaló como muy excitante el ser penetrado por un hombre hasta que él eyacule. Un 41%, considera que causa gran placer si se hace con condón. El 53% estima que es mucho mejor sin no se usa.

Se puede observar que las prácticas sexuales más riesgosas, como la penetración anal activa y la pasiva, son muy atractivas para más de la mitad de los gays, sobre todo cuando no se usa el condón. Es evidente que existe menosprecio por relaciones sexuales seguras y un rechazo hacia la incorporación del preservativo.

### **Percepción de riesgo de infección**

Por otra parte, las mismas preguntas que se redactaron para averiguar el grado de excitación en las prácticas sexuales, fueron usadas para conocer cómo percibían los entrevistados las relaciones entre éstas y el riesgo de infección del Sida. En el momento de hacer las preguntas, se les señalaba que las respondieran desde el supuesto de que no supieran el resultado del examen del Sida de sus compañeros.

Aproximadamente un 85% consideró que masturbar o ser masturbado, hasta lograr la eyaculación, ofrece un riesgo muy bajo (Cuadro 35a).

Los resultados son diferentes cuando se preguntó acerca del felacio con y sin condón. El 75% creía que nada o poco arriesgado era practicar el felacio a un hombre que usa el condón hasta que él eyacule. Solo el 13% dijo lo mismo cuando se hace sin condón. El 65% pensaba que es extremadamente arriesgado o muy arriesgado.

En cuanto a recibir felacio, sea con o sin eyaculación, no se evidenció un patrón que indicara claramente que era visto como de alto o bajo riesgo. No obstante, el efectuarlo sin eyaculación aparecía un poco menos arriesgado.

La penetración anal activa fue señalada como de alto riesgo, el cual se consideró que era mayor si no se utiliza la protección adecuada. Aproximadamente el 73% respondió que la penetración activa con eyaculación es arriesgada o muy arriesgada, lo cual suponía que no se usaba el condón. Sin embargo, el uso del condón es valorado como un factor de disminución del peligro, pues el 63% estima que de esta forma hay poco o ningún riesgo.

Los resultados revelan que la utilidad del condón para prevenir el Sida es aceptada. Cuando se preguntó, de manera explícita sobre la importancia del condón, un 80% respondió que sin él la penetración anal activa es altamente riesgosa.

La penetración anal pasiva aún fue caracterizada como de mayor riesgo. Cerca del 85% manifestó que sin condón es sumamente peligrosa y el 13% que lo es hasta con condón.

Esos datos demuestran que sí existe conciencia de la amenaza que conlleva el sexo inseguro y que si un contingente importante de gays lo sigue practicando es por el mayor placer que le produce, pero no por desconocimiento.

## **CONSUMO DE DROGAS**

De los gays que asisten a bares, el 73% ha tomado licor alguna vez en su vida (Cuadro 36a). Durante los últimos seis meses, resultó variable su consumo antes o durante el sexo. El 5% lo bebió siempre antes del sexo; el 18%, la mayoría de las veces, y el 38% alguna vez. Los que nunca había ingerido licor antes de tener prácticas sexuales eran el 11%. Durante la relación sexual el consumo es menor pues el 56% lo hacía, mientras que el resto recurría a él con frecuencia decreciente.

La ingestión de alcohol podría ser uno de los principales factores que incentivan la práctica del sexo inseguro. En la Primera Encuesta Nacional Sobre el Sida (Madrigal et.al, 1991) se encontró que, entre otras variables, el consumo de alcohol es la variable que más explica el comportamiento de alto riesgo en la población heterosexual masculina.

Por otra parte, el 25% de los entrevistados había consumido marihuana alguna vez en la vida; el 10% manifestaron que la mayoría de las veces o siempre antes de tener relaciones sexuales; el 25% que no todo el tiempo y el resto (65%) que rara vez o nunca. Durante el coito, la frecuencia es significativamente menor.

El uso de la cocaína es menor que el de marihuana, excepto antes de la relación sexual es mayor. El 12% la había consumido alguna vez en su vida; el 16% muchas veces o siempre, antes de practicar el sexo, durante los últimos seis meses; el 21% alguna vez y el 63% rara vez o nunca. Durante el acto sexual, el consumo era menor.

Los poppers habían sido consumidos con una periodicidad similar a la de la marihuana. El 24% manifestó haberlo consumido alguna vez en su vida. No obstante, el consumo antes o durante el sexo se mostró relativamente bajo. Solo el 5% los usó alguna vez antes de tener relaciones sexuales y la mayoría rara vez o nunca. Algo similar sucedió con su consumo, en los últimos seis meses, durante el coito.

Cabe destacar que el consumo de drogas intravenosas es prácticamente nulo. A diferencia de otros países, en la comunidad gay costarricense no se obtuvo evidencia de una magnitud importante: únicamente el 0.6% de los gays manifestó haberlo hecho alguna vez en su vida.

Un aspecto que debe ser resaltado es que el consumo de drogas en la comunidad gay es mayor que en otros sectores de la población. Como se dijo en el primer capítulo, en 1987 una encuesta nacional, cuya población de interés era la comprendida en los 14 y los 60 años de edad, mostró que el 3.5% había consumido alguna droga al menos una vez (Alfaro, 1989, p.508). Aún en el caso de los hombres, cuyo uso era mayor que en las mujeres, no se alcanzaron los niveles observados en los gays.

Es probable que la represión interna y externa que sufren los gays por su orientación sexual sea uno de los principales factores que provoquen este fenómeno: las drogas pueden ser una válvula de escape. Otro es que no cuentan con otros sitios para socializar que los bares, los cuales tienen una función que trasciende la de sus similares visitados por heterosexuales.

## **FACTORES DE PERSONALIDAD**

### **Presión de los amigos**

La forma de pensar del grupo de amigos puede modificar o reforzar algunas de las actitudes contraproducentes que hacen proliferar el VIH. Alrededor de una cuarta parte reconoció que podía haber sido influido por sus amistades a practicar el sexo inseguro (Cuadro 37a). El 26% opinó que la mayoría de los amigos pensaban que insistir en el sexo seguro era complicarse la vida y volverse un aguafiestas. El 23% afirmó que la mayoría de sus amigos pensaban piensan que no había riesgo de infección si solo se penetraba al compañero. Este tipo de actitudes contribuyen a que algunos vean con apatía las prácticas seguras.

Cerca de un 80% se consideró positivamente influido por sus amigos, ya que éstos le aconsejaban usar siempre un condón (64%). Únicamente el 13% piensa que sus ligues no se interesarían en él si no practicara el sexo anal.

### **Negación**

Entre los gays que asisten a los bares se dan diferentes tipos de negación con respecto al Sida y su propia condición. El 17% aseguró que en Costa Rica no existe persecución contra ellos (Cuadro 38a), pese a que, por ejemplo, en los bares, sobre todo durante 1987, como consecuencia de la proliferación del Sida, se produjeron varias redadas o a que muchos homosexuales han sido despedidos de sus trabajos, acosados en la calle y atacados incesantemente por los medios de comunicación y la Iglesia Católica.

El 30% expresó que casi nadie sabe que él es del ambiente, lo que significa que existe un grupo importante que oculta su orientación sexual. La mitad estuvo de acuerdo en que la gente de ambiente, si se sabe comportar en público, no va a encontrar problemas. El 25% dijo que las personas promiscuas son las que se contagian del Sida.

Otro grupo podría ser considerado como fatalista, pues cree que ni la voluntad ni el esfuerzo personal pueden cambiar su destino. Cerca del 20% fue de la opinión de que si una persona se va a infectar con el virus del Sida, no podrá evitarlo pese a los esfuerzos que haga. El 35% estuvo de acuerdo en que si se está contagiado, es poco lo que se puede hacer para evitar el desarrollo de la enfermedad.

La negación de ciertos peligros obvios en la vida gay en Costa Rica, como lo son la represión y el Sida, en combinación con actitudes fatalistas, pueden convertirse en una mezcla muy peligrosa para el reconocimiento de una amenaza y su prevención.

### **Homofobia interiorizada**

La homofobia que han interiorizado gays desde los primeros años de crianza, puede inducirlos a tener prácticas sexuales inseguras como una forma de "autocastigo". Las preguntas que trataban de medir la homofobia interiorizada resultaron con respuestas más significativas que las que se refirieron a las de su negación (Cuadro 39a).

Un primer aspecto importante es el de la homofobia de la que son portadores los gays con respecto a su identidad sexual. El 56% dijo que a los demás no les importa saber si alguien es gay. Pero realmente, como lo hemos podido ver a lo largo de estas páginas, la sociedad costarricense es muy represiva de las diferentes orientaciones sexuales diferentes a la mayoritaria y si le importa que una persona sea gay. Probablemente, muchos entrevistados contestaron pensando más bien en si debería o no importarle y no en si sucede o no en la realidad. La respuesta refleja una escasa y errada ponderación de la realidad.

Ahora bien, esa respuesta se vincula con la opinión, vertida por un 90%, de que la homosexualidad no es el problema, sino la reacción social contra ella. La mayoría de los entrevistados expresó, así, una percepción positiva de su identidad y una negativa de la que se da en el medio social que los rodea.

Es interesante destacar que una minoría, el 31%, dijo que si pudiera escoger, sería heterosexual. Esta actitud negativa se corroboró con la respuesta que se dio a la pregunta de que si se puede o no confiar en los otros gays. Más de un tercio consideró que no. Casi un 50% fue de la opinión de que apenas se inicia un nuevo romance, es mejor retirarse de la vida social gay. El 45% afirmó que no existen relaciones estables porque los gays son infieles. Un 31% opinó que sí se puede confiar en ellos. Estos datos reflejan un sentimiento de disgusto en la relación con otros gays y con su propia conducta sexual.

Finalmente, el 32% manifestó que la gente de ambiente se buscó el Sida por lo promiscua que es. Esto demuestra que muchos de los mensajes empleados contra los gays por otros grupos y medios de comunicación claramente han calado en la mente de un tercio de los entrevistados.

Por otra parte, un 68% estuvo de acuerdo en que los hombres gays tienen más en común con los hombres heterosexuales que con las lesbianas. El 22% aseveró que lo mejor es que el amante sea heterosexual. Esto indica que el rechazo a otra orientación sexual que no es heterosexual es una forma de homofobia.

La homofobia interiorizada por consideraciones religiosas es menor. Solo un 14% está de acuerdo en que el Sida es un castigo de Dios y un 18% en que el sexo entre hombres es pecado.

Una minoría amenazada por una epidemia y desorganizada por niveles altos de desconfianza y recelo y bajos de solidaridad y empatía, está en una situación muy difícil. La falta de organización y solidaridad revela cuán fuerte es la influencia de la homofobia. Hasta la fecha, solo unos cuantos individuos se han organizado para dar apoyo y educación a sus compañeros gays.

La desconfianza también influye en el plano personal ya que hace que sea más difícil que alguien obtenga el apoyo emocional que le permita hacer cambios drásticos hacia el sexo seguro.

### **Autoeficacia**

Las respuestas indican que es bastante extendida la creencia en que cada uno puede las condiciones en que practica el sexo (Cuadro 40a). El 70% aseguró que uno es quien decide qué hacer y cuándo en cuanto al sexo. Solo el 20% declaró que si el compañero sexual no desea practicar el sexo seguro es poco lo que se puede hacer en sentido contrario. Otro ejemplo de autoeficacia es el hecho de que ellos piensan que cualquiera puede evitar infectarse: simplemente es tener cuidado con qué se hace y qué no se hace. Solamente el 9% afirmó que es tan fuerte y tan sano que no se infectará con el virus del Sida.

Un bajo porcentaje dijo que cuando se encuentra muy excitado sexualmente tiene problemas en practicar el sexo seguro. El 49% manifestó que debido al estilo de vida que lleva es seguro que no será infectado con el virus del Sida. Tres cuartas partes fue del criterio de que la gente que se infectó en los últimos dos años, lo hizo por descuido. Para un alto porcentaje, 70%, la penetración con condón evita el virus.

La autoeficacia, vista como la habilidad para hacer cambios y mejorar la salud, da un promedio mediano. El 62% estuvo de acuerdo en que el estrés debilita el sistema inmunológico, mientras que un porcentaje menor, 33%, dijo que los resfríos no tienen que ver con el estado emocional. Un porcentaje relativamente bajo sostuvo que lo importante de una buena alimentación es cuánto y no qué se come.

Únicamente el 38% dijo que no hay problemas en rechazar una propuesta de quien no practica el sexo seguro. Esto indica que persiste la resistencia en poner límites a los compañeros sexuales y que la autoeficacia es muy difícil aplicarla pese a estar teóricamente muy bien definida.

### **Sexo compulsivo**

Las preguntas que se relacionan con el sexo compulsivo intentaron medir el grado de dificultad que puede tener un

individuo para ejercer control sobre su actividad sexual. Aquél a quien la sexualidad le llena muchos vacíos o le permite aliviar tensiones diversas, puede tornarse en un adicto. Los indicadores de sexo compulsivo son diferentes. Así, un porcentaje mayor al 60%, afirmó que pensaba frecuentemente en el sexo y que existían períodos en que el deseo los dominaba (Cuadro 41a). Alrededor del 40% informó que en los momentos de tensión el sexo es lo único que relaja y que cuando el deseo sexual apremia, no se debe dejar de hacerlo. Cerca del 30% manifestó que cuando hay inseguridad con respecto a la pareja, lo mejor es buscarse un nuevo compañero sexual, que lo más importante de una buena relación es llevarse bien en la cama, que si no se logra "pescar" en un bar es que algo en uno está fallando y que la mejor manera de sentirse uno atractivo es iniciando un nuevo romance.

Ahora bien, aunque estos datos señalan que un gran número de los entrevistados reconocieron que el sexo sirve para relajar tensiones, que frecuentemente pensaban en él y que existen períodos en que el deseo es acuciante, la mayoría no pareciera que se deje llevar por el impulso. Solo un tercio cree que cuando el deseo domina, no se debe dejar de tener relaciones. En relación con otros grupos entrevistados, especialmente el de los trabajadores del sexo, pocos utilizan el sexo para afianzar su identidad o disminuir su inseguridad emocional.

### **Comunicación sexual**

Las respuestas con respecto a la comunicación en el campo sexual, o sea a la facilidad o no con la que se establecen las relaciones sexuales, sugieren que los obstáculos son menores. Más del 60% de los gays interrogados dijeron que antes de hacer el sexo encontraban fácil decirle al compañero lo que sexualmente disfrutaban y lo que no (67%) y lo que harían o no (63%) (Cuadro 42a). El 67% consideró que hablar de estos temas no es, en general, vergonzoso.

Las conversaciones acerca del sexo seguro se dan con más facilidad aún puesto que el 78% aseguró que encontraba cómodo preguntar a los compañeros qué pensaban del sexo seguro y el 80% que no era difícil advertirles que no se dejaría penetrar a menos que usaran el condón. Únicamente entre el 10% y el 20% de los entrevistados confesaron que tenían problemas en establecer ese tipo de comunicación.

Nuevamente, las excepciones que se hacen respecto al uso del condón no se deben tanto a la falta de comunicación sobre el acto sexual en sí sino más bien a su valorización subjetiva. Aquellos que lo miran como un acto de confianza en el otro, podrían realizar excepciones letales.

### **ANÁLISIS GLOBAL DE VARIABLES**

Antes de realizar un análisis global de las variables, es necesario presentar las que serán utilizadas para estudiar en relación con la práctica del sexo inseguro. A este conjunto de variables se le denomina "variables del estudio" y, en su mayoría, fueron analizadas en las secciones anteriores.

Para cada una de estas variables (Cuadro 44a) se calculó el promedio, la desviación estándar, el valor máximo, el mínimo y el número de casos válidos. Como se puede observar, fueron reunidas, para efectos de presentación, en ocho grupos: control, estilo de vida sexual, conocimiento y actitud hacia el Sida, apertura en el ambiente, características de la personalidad, percepción del riesgo, consumo de drogas e historia de enfermedades de transmisión sexual.

Es oportuno hacer antes algunas observaciones. En primer lugar, debido a la importancia que tiene la variable "práctica del sexo inseguro", es imperativo explicar cómo se construyó.

Ella fue el resultado de la suma de tres variables: el sexo anal activo, el pasivo y el oral sin condón, durante los últimos seis meses. Las respuestas en relación a estas prácticas se precodificaron como "1=SI" y "2=NO". Luego se integró un índice por medio de una suma de las respuestas afirmativas. Este variaba entre 0, es decir, sin prácticas inseguras, y 3, es decir, con las tres prácticas inseguras.

Se insiste en la importancia de la "práctica del sexo inseguro", ya que ésta constituirá la variable dependiente de los siguientes análisis, es decir aquella conducta principal que la investigación desea explicar. El objetivo es encontrar

los factores que más influyen en la práctica del sexo inseguro de los hombres gays que asisten a los bares. Estos factores, o variables independientes, pueden ser positivos (los que frenan el sexo inseguro) , negativos (los que lo propician) o neutrales (los que no influyen de uno u otro sentido).

Debe aclararse que en diversos estudios se ha encontrado que tanto el sexo anal pasivo como el activo, están relacionados con la infección del virus del Sida. Coates y otros (1988), en una revisión de la literatura, sugieren que ambas prácticas están relacionadas con la seroconversión. Sin embargo, Kingsley y otros (1987), analizando la seroconversión en un estudio de hombres gays en los Angeles, Baltimore, Chicago y Pittsburgh, entre 1985 y 1986, encontraron que después de ajustar, en un modelo de regresión múltiple, el número de compañeros sexuales y otros factores de riesgo, la penetración anal pasiva fue la única práctica sexual asociada con el incremento del riesgo de seroconversión al VIH. Winkelstein y otros (1987), en un estudio de hombres gays en San Francisco, también encontraron que únicamente la penetración anal pasiva se relaciona con el estado de seroconversión.

No obstante, algunos suponen que el sexo anal pasivo es menos reportado que el activo debido al prejuicio social contra el primero. Como consecuencia, esto podría hacer que muchos que se contagiaron pasivamente no lo admiten y, que por lo tanto, el porcentaje de infectados activos esté inflado. Debido a esta controversia, para efectos del presente estudio, se partió de que ambas prácticas son igualmente riesgosas.

Junto a la penetración activa y pasiva, la definición utilizada incluye una tercera variable: el sexo oral. En la literatura existente no hay un acuerdo sobre su peligrosidad. Aunque teóricamente es posible que tragar el semen exponga a una persona a la infección, en caso de que tenga heridas o rupturas en la boca, no existen datos contundentes que lo corroboren. Coates y otros (1988, 1988b), en los estudios de gays en San Francisco y en Toronto, encontraron que la seroconversión entre quienes practican el sexo oral -pero no el anal- es irrelevante. Van Griensven y otros (1987), en un estudio de 741 homosexuales sanos entrevistados desde octubre de 1984 a mayo de 1985, no encontraron relación entre el estado de seroconversión y el sexo oral. Kingsley y otros (1987), como se anotó anteriormente, tampoco la hallaron.

Por otra parte, debido a la gran cantidad de variables diferentes, se procedió a construir índices por grupos de variables, que miden dimensiones comunes. Otras variables fueron tratadas en forma independiente, tales como la edad y los años de educación.

A continuación, se pueden apreciar, en detalle, las variables que fueron incluídas en cada índice y la descripción de los códigos utilizados en algunas variables independientes.

1. Edad

2. Años de educación.

3. Grado de práctica hetero-homosexual:

0= No practica sexo con ninguno.

1= Solo practica sexo con mujeres.

2= Principalmente practica sexo con mujeres pero en ocasiones con hombres.

3= Practica sexo tanto con hombres como con mujeres.

4= Practica sexo casi solo con hombres pero ocasionalmente con mujeres.

5= Practica sexo únicamente con hombres.

4. Grado de deseos hetero-homosexuales:

0= No se siente atraído hacia ninguno.

1= Se siente atraído solo por mujeres.

2= Se siente casi siempre atraído hacia las mujeres, pero ocasionalmente hacia los hombres.

3= Se siente de igual forma atraído por los hombres y las mujeres.

4= Se siente atraído casi siempre hacia los hombres pero

ocasionalmente hacia las mujeres.  
5= Solo le atraen los hombres.

5. Grado de apertura de la relación:

0= Célibe.  
1= Cerrada.  
2= Abierta.  
3= Irregular.

6. Número de compañeros habituales.

7. Número de compañeros ocasionales.

8. Conocimiento de síntomas del Sida:

- Cansancio inexplicable.
- Ganglios inflamados por más de tres meses.
- Manchas blancas en la lengua persistentes.
- Sudoraciones nocturnas.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Confusión inexplicable, amnesia, pérdida de concentración
- Diarrea persistente.
- Manchas abultadas púrpuras en la piel.
- Tos seca.
- Fiebre.

9. Fuentes de información sobre sexo seguro:

- Televisión.
- Radio.
- Periódicos.
- Folletos, afiches, anuncios en pizarras oficiales.
- Folletos, afiches, anuncios en organizaciones gays.
- Los amigos gays.
- El compañero sexual.
- La familia o los amigos en general.
- En el trabajo.
- En la escuela, colegio o universidad.
- En una clínica, hospital o consulta médica.
- Comisión Nacional de Sida.
- Departamento Antivenéreo del Ministerio de Salud.
- El Instituto de Investigaciones en Salud, INISA (UCR).
- INCIENSA.
- En la iglesia o con sacerdotes, pastores o rabinos.
- En un teléfono de información sobre el Sida.
- Políticos, autoridades públicas

10. El condón ocasiona insatisfacción sexual:

- El preservativo disminuye el placer sexual.

11. El condón: ineficacia en la decisión de uso.

- Si no tengo uno no voy a perder una relación sexual por eso.
- Debe usarse solo si el compañero sexual está de acuerdo.
- Si me van a penetrar es cuestión del compañero ponérselo.
- Da vergüenza ir a comprarlos.
- Si uno penetra no hay necesidad de usarlos.
- Se deja de usar cuando ya se quiere al compañero.

12. Grado de apertura:

- Sabe el padre que es gay.
- Sabe la madre que es gay.

13. Facilidad de comunicarse en el sexo:

- Antes de hacer el sexo encuentra fácil decirle a su compañero lo que disfruta y lo que no disfruta.
- Encuentra fácil decirle al compañero lo que hará y lo que no hará sexualmente.
- En general, siente que hablar el sexo con los compañeros es vergonzoso.
- Encuentra fácil preguntarle al compañero cómo se siente respecto al sexo seguro.
- Encuentra fácil decirle al compañero que no se dejará penetrar a menos que use un condón.

14. Conoce o conoció a una persona con Sida:

- ¿Conoce Ud. alguna persona que tenga Sida o el síndrome relacionado con el Sida o ha conocido a alguien que ha muerto de Sida?

¿Cuántos...?

- ¿Es su compañero sexual o amante?
- ¿Fue su compañero sexual o amante?
- ¿Ud. no tuvo contacto sexual?
- ¿Son amigos?
- ¿Son conocidos?
- ¿Son heterosexuales?
- ¿Mujeres heterosexuales?
- ¿Son familiares?

15. Examen del Sida

- ¿Alguna vez se ha hecho el examen de anticuerpos del virus del Sida?

16. Prejuicios religiosos:

- El Sida es un castigo de Dios.
- El sexo entre hombres es pecado.
- La gente gay se buscó el Sida por lo promiscua que es.

17. Culpar a otros gays de problemas (negación):

- La gente promiscua es la que se contagia del Sida.
- La gente de ambiente que sabe comportarse en público no va a encontrar problemas.
- Casi nadie sabe que soy de ambiente.

18. Autoeficacia:

- Cuando se practica el sexo uno es generalmente quien decide qué hacer y cuándo hacerlo.
- No hay problema en rechazar una propuesta de alguien que no practica el sexo seguro.

19. Presión de amigos a practicar el sexo inseguro:

- La mayoría de mis amigos gays piensa que insistir en el sexo inseguro es hacerse la vida difícil.
- La mayoría de mis amigos gays pensaría que yo soy un aguafiestas o puritano si insisto en el sexo seguro.
- La mayoría de mis amigos gays piensa que uno no se puede infectar si solo penetra en vez de ser penetrado.
- La mayoría de mis amigos gays piensa que uno debe usar siempre un condón cuando se penetra o se deja uno penetrar por alguien.

20. Inseguridad sexual:

- Cuando uno está inseguro lo mejor es buscar un nuevo compañero sexual.
- Lo más importante de una buena relación es llevarse bien en la cama.
- Si no se logra pescar en un bar es que algo en uno debe estar fallando.
- La mejor manera de sentirse uno atractivo es empezar un nuevo romance.



21. Sexo compulsivo:

- En los momentos de tensión, el sexo es lo único que relaja.
- Pienso frecuentemente en el sexo.
- Existen períodos en que el deseo sexual domina.
- En esos períodos en que el deseo sexual domina, uno no debe dejar de hacerlo.

22. Homofobia interiorizada:

- Se puede confiar en la gente de ambiente (-).
- Lo mejor es que el amante de uno sea buga (heterosexual).
- No existen relaciones estables en el ambiente porque la gente gay es infiel.

23. Excitación en prácticas sexuales riesgosas:

- ¿Qué tan excitado se sentiría...
  - ¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que hasta que eyacule no use el condón?
  - ¿Penetrando a un hombre sin usar Ud. el condón?
  - ¿Siendo penetrado por un hombre sin que él use condón?

24. Percepción de riesgo en prácticas sexuales riesgosas

- ¿Cómo percibe el riesgo de infectarse...
  - ¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que no use el condón hasta que él eyacule?
  - ¿Penetrando un hombre sin usar Ud. el condón?
  - ¿Siendo penetrado por un hombre sin que él use condón?

25. Ingestión de alcohol antes de practicar el sexo:

- ¿Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha ingerido alcohol?

26. Consumo de marihuana antes de practicar el sexo:

- Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha usado marihuana?

27. Consumo de cocaína antes de practicar el sexo:

- Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha usado cocaína?

28. Número de infecciones de ETS que ha tenido:

- Gonorrea.
- Sífilis.
- Herpes.
- Verrugas venéreas.
- Uretritis sin gonococos.
- Uretritis no específica.
- Sarna.
- Piojillo.
- Hepatitis B.

29. Práctica del sexo inseguro durante los últimos 6 meses

- Alguna vez durante los últimos 6 meses...
  - ¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre con eyaculación de él?
  - ¿Ha penetrado a un hombre sin usar el condón?
  - ¿Ha sido penetrado analmente por un hombre que no usaba el condón?

Un primer análisis de esta información se realizó con la matriz de correlación de las variables del estudio y la práctica del sexo inseguro (Cuadro 45a).

Una primera visión de la matriz indicó que la práctica del sexo inseguro estaba correlacionada con nueve variables diferentes: el número de fuentes de información sobre el Sida, la insatisfacción sexual que produce el condón, la ineficacia en la decisión de usar el condón, la facilidad de comunicarse en el campo sexual, la inseguridad sexual, el sexo compulsivo, la homofobia interiorizada, la excitación en las prácticas sexuales inseguras y la percepción del peligro en las prácticas sexuales riesgosas.

Con respecto al número de fuentes de información acerca del sexo seguro que habían tenido los individuos, se observó que el mayor número de fuentes consultadas estaba correlacionado con una práctica menor del sexo inseguro (-0.21). Esta variable, a su vez, se relacionó con otras que son importantes para prevenir el sexo inseguro. Quienes contaban con un mayor número de fuentes de información sobre el sexo seguro tenían, a su vez, una menor inseguridad sexual (-0.20), la presión que ejercían los amigos para que se practicara el sexo inseguro era menor (-0.24) y se decidían con firmeza usar el condón cuando debían usarlo (-0.30). También influía positivamente en una mayor autoeficacia (0.24), haberse realizado el examen del Sida (0.32), tener una facilidad de comunicarse en aspectos sexuales (0.34), conocer los síntomas del Sida (0.38) y tener más años de educación (0.33).

Las barreras psicosociales hacia el uso del condón son evidentes. Entre mayor sea la creencia de que el preservativo produce insatisfacción sexual (0.20) y mayor sea la indecisión en saber cuándo y con quién se usará el preservativo (0.37), mayor será la práctica del sexo inseguro. Aún más, la ineficacia en el uso del condón es la variable más correlacionada con la práctica del sexo inseguro.

Esas barreras psicosociales están a su vez relacionadas con otras que podrían promover el sexo inseguro. Están correlacionadas con una mayor homofobia interiorizada, sexo compulsivo, inseguridad en el campo sexual, la presión de los amigos a practicar el sexo inseguro y mayor dificultad para comunicarse en aspectos sexuales con sus compañeros. El descuido en el uso del condón está correlacionado, además, con un menor nivel educativo y con un menor conocimiento de los síntomas del Sida.

La facilidad de comunicarse en el campo sexual está relacionada en forma inversa con la práctica del sexo inseguro (-0.22). A la vez, esa comunicación está correlacionada con otras variables: los gays que se comunican más con su pareja tienen una mejor percepción de las prácticas sexuales que favorecen la infección con el VIH (0.18), poseen más autoeficacia (0.25) en la toma de decisiones, se han hecho el examen del Sida (0.22), tienen más fuentes de información sobre sexo seguro (0.34), conocen más los síntomas del Sida (0.44) y cuentan con un mayor nivel educativo (0.32). Pero, también, entre menor sea la intensidad con que se comunican en este campo, mayor es la homofobia interiorizada (-0.24), la inseguridad sexual (-0.33), la presión de los amigos para practicar el sexo inseguro (-0.31) y los prejuicios religiosos (-0.30), entre otros.

Una mayor inseguridad sexual implica una mayor práctica del sexo inseguro (0.20). A su vez, se relaciona positivamente con el sexo compulsivo (0.52), la presión de los amigos para practicar el sexo inseguro (0.38), más prejuicios hacia el condón (0.25 y 0.19) y más compañeros ocasionales (0.34). En forma inversa, se correlaciona con la percepción del peligro en las prácticas sexuales riesgosas (-0.19), la facilidad de comunicarse en el sexo (-0.33), menos fuentes de información sobre el sexo seguro (-0.20), número de compañeros habituales (-0.19) y un menor nivel educativo (-0.19).

El sexo compulsivo es otra de las variables que se correlacionan con el sexo inseguro, pues un mayor grado de aquél tiene como consecuencia un mayor grado de éste (0.21). También incide en una mayor inseguridad sexual (0.52) y número de compañeros ocasionales (0.25), entre otros.

La homofobia interiorizada está ligada directamente con el sexo inseguro: a mayor homofobia, mayor es la práctica del sexo inseguro (0.24) y viceversa. Esta variable también se relaciona en forma positiva con la presión de amigos a practicar el sexo inseguro (0.30), culpar a otros gays de los problemas (0.26), los prejuicios religiosos (0.34), la ineficacia en el uso del condón (0.30), la insatisfacción sexual que produce el preservativo (0.24) y el número de compañeros ocasionales (0.22). Pero también se correlaciona negativamente con las facilidades de comunicarse en el sexo (-0.24), el grado de deseos hetero-homosexuales (-0.19) y el nivel educativo (-0.23).

El grado de excitación posee una correlación positiva con el sexo inseguro (0.22). A su vez está correlacionada negativamente con los prejuicios religiosos (-0.23) y, en forma positiva, con el conocimiento de los síntomas del

Sida (0.23).

Finalmente, tener una correcta percepción del riesgo de infección disminuye la práctica del sexo inseguro (-0.20), produce menos inseguridad sexual (-0.19) y mayor facilidad para comunicarse en aspectos sexuales (0.18).

### **VARIABLES QUE EXPLICAN LA PRÁCTICA INSEGURA**

Para encontrar los factores que ayudan a explicar la práctica del sexo inseguro en los gays que asisten a los bares, se utilizará la técnica de regresión múltiple. En ésta se asume que una variable ( $Y$ = variable dependiente= práctica del sexo inseguro) va a ser explicada en términos de otras variables ( $X$ 's= variables independientes= variables del estudio). Una explicación breve de la técnica se encuentra en el anexo.

Los resultados muestran que seis de las 28 variables independientes son las que dan un aporte más significativo en cuanto a las causas de la práctica del sexo inseguro (Cuadro 46a).

En primer lugar se puede hacer referencia a las barreras que existen para usar el condón. La ineficacia en el uso del condón es la variable más importante para explicar la práctica del sexo inseguro. Entre los entrevistados se ve que los que tienen menos poder en la capacidad de decidir sobre el uso del condón, son los que más prácticas sexuales inseguras han tenido -si se mantiene constante el efecto del resto de las variables. Por eso es la primera que entra en el modelo. Los coeficientes de correlación y el beta, así lo señalan:  $\beta=0.355$ ;  $r_{x/y}=0.344$ .

El grado de excitación también es un factor explicativo. Es decir, aquellos individuos que sienten más excitación en las prácticas riesgosas se inclinan más hacia el sexo inseguro -si se mantiene constante el efecto del resto de las variables. Los coeficientes indican que ocupa un segundo lugar en importancia ( $\beta=0.201$ ;  $r_{x/y}=0.219$ ).

La percepción del riesgo es otra de las variables que fue incluida en el modelo de regresión. Si se mantienen constantes el resto de las variables, una mayor comprensión del peligro disminuye la práctica del sexo inseguro.

El haberse hecho el examen del Sida ayuda también a predecir el riesgo de infección: induce a que se practique con más asiduidad el sexo inseguro. En realidad, esto puede deberse a que quienes han tenido más relaciones inseguras sean los que más se hacen el examen del Sida.

El grado de autoeficacia es una variable que tiene una relación inversa con la práctica del sexo inseguro. Una mayor autoeficacia conlleva a menos sexo inseguro, siempre y cuando se mantenga constante el efecto del resto de las variables.

El sexo compulsivo, finalmente, es otra de las variables que tiene que ver con el sexo inseguro, pues aquél facilita que se rompan las normas de seguridad en el acto sexual.

El modelo final, que se desprende del modelo de correlación múltiple, indica que la relación lineal total de la práctica del sexo inseguro con las variables independientes es de 0.524. El valor del coeficiente de determinación,  $R^2$ , por su parte indica que la bondad del ajuste del modelo lineal es del 27.5%. Este valor indica, en otras palabras, que el 27.5% de la variación de la práctica del sexo inseguro se explica por la ecuación de regresión múltiple.

### **INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES QUE EXPLICAN LA PRÁCTICA INSEGURA**

Después de obtener los principales factores determinantes del sexo inseguro, se procedió a investigar la interrelación que existe entre éstos y otros factores.

Para estudiar este tópico se utilizó la técnica denominada Análisis de Trayectoria (Path Analysis), que es una aplicación más sofisticada del análisis de regresión múltiple. En esencia, este otro análisis parte de un esquema de causalidad previo, que depende del conocimiento que se tenga del fenómeno en estudio. En estos modelos se plantea

que no es únicamente una variable la que produce un efecto, sino varias. Es por ello que en vez de buscar una causa aislada, se busca un conjunto de condiciones necesarias y suficientes para que ocurra determinado acontecimiento. En el anexo se encuentra una breve explicación del modelo.

El empleo del Análisis de Trayectoria se inició con la selección de las variables que serían incluídas en el modelo. Esto se realizó con base en los resultados obtenidos anteriormente en el análisis de regresión múltiple, los cuales fueron ampliados con otros. Las variables son las siguientes:

- X<sub>14</sub> Edad
- X<sub>13</sub> Años de educación
- X<sub>12</sub> Grado de excitación en las prácticas sexuales inseguras
- X<sub>11</sub> Homofobia interiorizada
- X<sub>10</sub> Sexo compulsivo
- X<sub>9</sub> Autoeficacia
- X<sub>8</sub> Ingestión de alcohol
- X<sub>7</sub> Fuentes de información sobre sexo seguro
- X<sub>6</sub> Se ha hecho el examen del sida
- X<sub>5</sub> Conocimiento de los síntomas del Sida
- X<sub>4</sub> El condón produce insatisfacción sexual
- X<sub>3</sub> Ineficacia en la decisión de uso del condón
- X<sub>2</sub> Percepción del riesgo en prácticas sexuales riesgosas
- X<sub>1</sub> Práctica del sexo inseguro

En el Diagrama 1 se presenta el modelo teórico general que será utilizado. Se establece en él, hipotéticamente, que la mayoría de los factores considerados tiene una relación directa con la práctica del sexo inseguro. De igual manera, la percepción del riesgo de infección en las prácticas inseguras, está determinada por las barreras psicosociales que existen hacia el uso del condón, el examen del Sida, el conocimiento de los síntomas del Sida y otras. De esta forma se pueden interpretar todas las interrelaciones teóricas que fueron planteadas.

Los resultados obtenidos señalan que la ineficacia en la decisión de uso del preservativo, el grado de sexo compulsivo, el haberse hecho el examen del Sida y el grado de excitación en las prácticas inseguras, causan, en la medida en que permanezca constante el efecto del resto de las variables, una mayor práctica del sexo inseguro (Diagrama 2).

La autoeficacia y la percepción del riesgo afectan en forma directa y negativa la realización del sexo inseguro. Entre más grandes sean aquéllas, menor es ésta.

La principal causa directa es la ineficacia en la decisión de uso del condón ( $\beta=0.3553$ ), tal y como se comprobó en el análisis de regresión múltiple. Al mostrar una mayor ineficacia en la decisión de uso de la protección adecuada, el riesgo de infección es mayor. Esta variable, a su vez, puede ser explicada por la insatisfacción que produce el preservativo, el carácter de las fuentes de información sobre el sexo seguro, la homofobia interiorizada y los años de educación. Entre más grande sea la insatisfacción que se siente con el preservativo y más grande sea la homofobia interiorizada, mayor será la ineficacia en la decisión de uso del condón. Por el contrario, cuanto más alto sea el nivel educativo, más serán las fuentes de información con que se cuente y menor ausencia de control en el uso del preservativo.

La edad, los años de educación, la homofobia interiorizada, el número de fuentes de información sobre el sexo seguro y la insatisfacción que produce el preservativo, afectan indirectamente la práctica del sexo inseguro (Diagrama 2 y Cuadro 47a).

La insatisfacción señalada aumenta la ineficacia en la decisión de uso del condón ( $\beta=0.2665$ ) y, como efecto indirecto, la falta de seguridad en los contactos sexuales.

Fuentes de información más numerosas se correlacionan positivamente con el hecho de hacerse el examen del Sida y

con la mejor disposición de usar el condón. A la vez, indirectamente, influyen en una reducción de hábitos inseguros en la relación sexual.

El autocontrol propicia que se acuda a más fuentes de información. El sexo compulsivo enlaza positivamente con la actitud desfavorable hacia el preservativo. La homofobia fortalece las barreras psicológicas hacia el condón, es decir, un mayor grado de homofobia, produce mayor insatisfacción en el uso del condón y también más ineficacia en su uso.

Un nivel educativo más elevado reduce las posibilidades de un comportamiento sexual inseguro, la homofobia y la ineficacia en la decisión de uso del condón. El efecto indirecto de la educación sobre la práctica del sexo inseguro es negativa, es decir, la disminuye.

La relación lineal total de la práctica del sexo inseguro con las variables que le anteceden en el modelo es de  $R=0.5241$  (Cuadro 48a). El valor del coeficiente de determinación,  $R^2$ , por su parte, señala que la bondad del ajuste del modelo lineal con esas variables es de 27.5%. Esto indica que el 27.5% de la proporción de la variación en la práctica del sexo inseguro se explica por la relación los factores que le anteceden en el modelo. La variable que mejor explica el modelo es la práctica del sexo inseguro. Le sigue la falta de eficacia en la decisión de usar el preservativo ( $R^2=0.2573$ ). Otras variables son explicadas con una precisión menor.

## **COMPARACION DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS REALIZADOS**

Una comparación de esos resultados con los obtenidos en investigaciones similares realizadas en otras partes, debe tomar en cuenta que éstos provienen de estudios en comunidades gays más desarrolladas y de países occidentales del primer mundo. Es probable, por lo tanto, que algunos factores sean parecidos y otros no con respecto a su influencia en la práctica del sexo inseguro. No obstante, con el objetivo de considerar las variables que han probado ser importantes para explicar la vida sexual en hombres gays y en bisexuales, se hace un recuento de los principales hallazgos.

### **Conocimiento sobre el Sida**

La mayoría de los estudios llevados a cabo en el extranjero revelan que los gays poseen un alto grado de conocimiento acerca del Sida y sus formas de transmisión. A la vez, varias investigaciones encuentran que no existe evidencia consistente de que un mayor nivel de conocimiento de los aspectos que hacen inseguras las relaciones, determine una práctica sexual sin riesgo.

El estudio de Joseph y otros (1987), realizado en hombres gays de Chicago, encontró que el conocimiento del riesgo del Sida está fuertemente correlacionado con la reducción en la actividad sexual peligrosa. Sin embargo, cuando el estudio se realizó un año después, el mayor dominio del tema que se había logrado no implicó cambios en la conducta sexual. Este hallazgo confirma la hipótesis de que existe "un punto de tope" en lo que respecta al nivel de conocimiento y sus consecuencias en modificaciones de una conducta sexual. Estudios como el de Connell y otros (1988b), en Australia y el de Prieur (1988) en Noruega, parecieran que también la confirman.

Los resultados obtenidos en Costa Rica en los bares de gays, fortalecen los encontrados en otros países. Se puede considerar que existe un nivel de conocimiento aceptable acerca del Sida, pero esto no significa que por ello se tengan menos prácticas sexuales inseguras. Las correlaciones hechas, demuestran, una vez más, que saber sobre el Sida constituye un factor necesario para evitar los hábitos sexuales riesgosos, mas no para eliminarlos.

### **Percepción del riesgo**

Existe evidencia contradictoria sobre la relación entre el conocimiento acertado del riesgo de contraer el Sida y la práctica del sexo seguro. Coates y otros (1987) sugieren que una percepción incorrecta puede ligarse a formas inseguras. Encontraron que los hombres que creen que ya estuvieron expuestos al virus y lograron eliminarlo,

tienden a caer en un comportamiento riesgoso. Bauman y otros (1987), en un análisis "cross-sectional" de una muestra de hombres gays neoyorkinos, hallaron que quienes percibían mal su riesgo de infectarse, eran propensos a realizar más contactos sexuales inseguros. McKusik y otros (1985), señalaron que 50% de los clientes de los saunas y 58% de los que asisten a bares creían que eran menos susceptibles al Sida que otros. El 65% creía que ya había hecho las modificaciones sexuales necesarias, cuando, en realidad, al analizar los índices de prácticas sexuales, ambos grupos estaban más amenazados que los otros incluidos en la muestra.

En el estudio costarricense se encontró que existe una comprensión correcta del riesgo que conlleva el sexo inseguro y que, como lo revela el análisis de regresión múltiple, una más adecuada percepción disminuye la práctica del sexo inseguro.

### **Estado de seroconversión**

En materia de Sida, una creencia popular es que si a una persona se le dice que está infectada con el VIH, dejaría de diseminar el virus y si se le dice que su estado es negativo, tomaría las medidas necesarias para protegerse. Coates y otros (1988b), después de revisar la literatura sobre el tema, concluyen en que el conocimiento del examen reduce la conducta riesgosa entre un 50 y un 75%. No obstante, Coates advierte que esto depende también de otros factores, como, por ejemplo, la calidad del apoyo médico, psicológico y emocional que se le pueda dar al individuo en el futuro.

Otros estudios como los realizados con grupos focales en San Francisco, en Denver y Chicago (Bye, 1988c), confirman que aquellos que conocen el resultado del examen tienden a tomar precauciones. Sin embargo, una minoría aumentó su consumo de alcohol y de drogas, comportamiento que los expuso a prácticas inseguras. Winkelstein y otros (1987b) también reportaron que en San Francisco, en noviembre de 1986, existía un declive general en la conducta sexual riesgosa, y en especial entre los seropositivos. Estos últimos practicaron sexo anal con protección el 80% de las veces, mientras que los negativos, el 60%. Fox y otros (1987) también comprobaron que los seropositivos redujeron los riesgos en mayor proporción que los negativos.

Schechter y otros (1988) en una muestra de 361 homosexuales en Vancouver, Columbia Británica, encontraron que el conocimiento del examen no influyó significativamente en el número de ligues sexuales, pero sí en el uso del condón en el caso del sexo anal receptivo.

No obstante, otros estudios evidencian conductas contrarias. Ostrow y otros (1987) y Joseph y otros (1987) encuentran que en 74 hombres seropositivos en el estudio MAC de Chicago, el resultado del examen más bien incrementó las prácticas sexuales inseguras. Martin y otros (1989) encontraron que el conocimiento de su estado VIH+ produjo un incremento de problemas psicológicos, pero no tuvo ningún impacto en el comportamiento sexual.

En Costa Rica el 45% de los gays que asisten a los bares se han hecho el examen de anticuerpos contra el virus. Mediante el análisis de regresión múltiple se pudo comprobar que este examen estimuló el riesgo de infección, pues más bien aumentaron las relaciones sin protección. Esto indica que existe un comportamiento riesgoso que no se modifica ni aun cuando el individuo ha conocido su estado de seroconversión -positivo o negativo. Por tanto, cabe resaltar que pese a la acertada percepción de la amenaza inherente a las relaciones sexuales inseguras, un grupo importante de gays continúa sin adoptar las medidas adecuadas. Dado que, por otra parte, el grado de excitación en las prácticas riesgosas es alto, se puede deducir entonces que la razón de esta forma de actuar se explica por el goce que produce y no porque haya desconocimiento del peligro.

### **Conocimiento de amigos y amantes con ARC o Sida**

Otra idea común es que el conocimiento de alguien que tiene ARC o Sida influye en la persona para que ésta modifique su conducta sexual. En un estudio realizado en 1985 en Nueva York, la evidencia apuntó a lo contrario. En la muestra de Martin y otros (1989) se halló que en 745 hombres gays la conciencia de que amigos o amantes habían muerto de sida, no varió su conducta sexual. Lo mismo encontraron Connell y otros (1988) en Australia.

En el estudio realizado en Costa Rica señala que el 41% de los gays que asisten a los bares conoce a alguna persona que es positiva al anticuerpo del virus del Sida, mas no se encontró evidencia de que eso modificara su comportamiento.

### **Condones**

En lo que respecta al uso del condón, los estudios consultados indican que no existe una relación entre el conocimiento de que el condón reduce el riesgo de contraer el VIH y la práctica del sexo anal inseguro. Los estudios MAC señalan que en EEUU porcentajes de individuos superiores al 90% están bien enterados sobre el uso del condón. Es decir, al ser tan alto el conocimiento, éste produce poca variancia en la población gay y, por lo tanto, no es un buen predictor del comportamiento inseguro. Sin embargo, en los mismos estudios, el 62% de los hombres gays entrevistados "nunca" o "casi nunca" usaba el condón durante el sexo anal (Valdiserri y otros, 1987). Al respecto, Valdiserri y otros (1988) encontraron que la aceptación del condón (actitud favorable) es el factor más relacionado con su uso. Bye (1985) halló, por su parte, que la actitud negativa hacia el condón está asociada con la práctica del sexo inseguro. En grupos focales descubrió que a los hombres que les gustaba el sexo anal sin protección, tenían actitudes negativas hacia el condón (Bye, 1988). En el estudio MACS de Pittsburgh se reportaron varias creencias que contribuyen a que no se use el preservativo: que echa a perder el sexo, desmotiva a los compañeros sexuales, no es fácil adquirirlo o está destinado únicamente para los heterosexuales. Connell y otros (1988), en Australia, encontraron, por su parte, que existe una correlación positiva entre la actitud favorable hacia el condón y la falta de seguridad en el acto sexual.

En Costa Rica, según la encuesta, la utilidad del condón es conocida por el 94% de los gays. Sin embargo, un porcentaje cercano al 40% tiene prácticas sexuales inseguras. Esto significa que el conocimiento teórico acerca del beneficio, no obstante, en la práctica existe un rechazo hacia el uso.

En el análisis realizado, con base en un modelo de trayectoria, se encontró que la incapacidad para tomar la decisión de usar el preservativo es la principal causa de que se practique el sexo inseguro. Además, se comprobó que la insatisfacción sexual que produce el preservativo no es un factor que afecta directamente el riesgo de infección, sino que fomenta la indecisión de cuándo y con quién usarlo.

Otros factores que podrían afectar el uso del condón son el precio y la accesibilidad. Por ejemplo, en los sectores marginales gays, el uso podría estar descartado por el precio y en las prisiones porque resulte difícil obtenerlo. La jerarquía sexual también es importante. Las desigualdades de edad, educación, clase, ingreso y otras pueden definir que, en un contexto determinado, otra persona sea la que decida si se usa o no el condón. En el caso de los trabajadores del sexo, por ejemplo, es el cliente el que cuenta, por razones obvias, con más posibilidades de determinar si se usa o no. Igualmente, un hombre mayor o con más educación puede influir, en el mismo sentido, en uno más joven o menos educado. Entre amantes, la necesidad de aparentar apego a la fidelidad y la monogamia puede tratarse de reafirmar con la no utilización del condón, a pesar de que cada miembro de la pareja, en realidad, tenga relaciones ocasionales con otros hombres gays.

Es importante anotar que en los resultados del estudio costarricense, si bien es cierto que casi 40% de los gays habían tenido prácticas inseguras durante los últimos 6 meses, también lo es que aproximadamente 70% lo había usado. Estos porcentajes sugieren que los gays hacen excepciones con algún compañero sexual. Cuando se les pidió motivos, explicaron que el no ponerse el condón puede verse como el deseo de una relación más íntima o como una forma de demostrar, en la práctica, fidelidad sexual, sea ésta real o no.

### **Conocimiento acerca de cómo prevenir el Sida**

En el estudio costarricense más hombres más saben qué causa el Sida y cómo se transmite que de las alternativas disponibles para protegerse en sus relaciones sexuales. Pese a que las formas de transmisión son ampliamente conocidas (más del 90% dijo conocerlas), cerca del 40% confesó que había incurrido en prácticas sexuales inseguras. No desconocían el peligro que corrían. Incluso, se habían hecho el examen de sangre. Sin embargo,

continuaron burlando normas imprescindibles que evitan la infección.

El cambio de hábitos sexuales, debido a la presencia del Sida indica que el uso del preservativo ha aumentado. No obstante, sus beneficiosas consecuencias se ven contrarrestadas, en buena parte, por las excepciones.

Para Connel y otros (1988), el conocimiento que tienen las personas sobre la conducta sexual debe dividirse en dos: uno que se refiere al sexo seguro y otro al inseguro, pues las dos variables no son la misma cosa. Dicho de otra manera, un individuo puede creer que sabe mucho acerca de cómo infectarse del virus del Sida, pero poco acerca de lo que se puede hacer sexualmente para evitarlo, contraste que, indudablemente, agranda el riesgo.

Es posible que la diferencia radique en que es más controversial lo que es seguro, que lo que es inseguro. Un ejemplo claro es la práctica del sexo oral (¿es seguro?). Otro ejemplo son los mensajes preventivos ambiguos e inexactos, que se transmiten a la población, puesto que, por ejemplo, la recomendación de tener un solo compañero sexual puede fomentar, en una relación monogámica, que la pareja continúe practicando el sexo anal sin protegerse, ya que no sienten la necesidad de averiguar más sobre otras alternativas. Los que enfatizan que se debe lograr una reducción del número de compañeros sexuales como norma para evitar el contagio, pierden de vista que, en realidad, no es el número de ligues, sino la práctica sexual específica lo que resulta peligroso.

Las creencias falsas también contribuyen a que se produzca la citada división. Entre ellas se pueden señalar las de revisar el cuerpo del compañero para ver si está sano, lavarse los genitales antes o después del acto sexual, bañarse, hacer ejercicio, evitar las prácticas sexuales con extranjeros, no ingerir drogas, comer bien y otras. Aunque es cierto que algunas pueden ayudar a que una persona esté mejor físicamente, también lo es que ninguna es capaz de sustituir el empleo de medios probados de protección.

## **Identidad gay**

No se han realizado muchos estudios acerca de la relación que hay entre la identidad gay y sexo seguro. Esta identidad puede entenderse como la plena aceptación de su orientación sexual por parte de un gay, por consiguiente, de sus nexos fundamentales con su comunidad: bares, asociaciones, bailes, fiestas privadas, relaciones sexuales y/o emocionales con otros hombres gays o bisexuales. Se puede, entonces establecer la hipótesis de que los hombres gays que aceptan mejor su identidad participan más en actividades gays y por ende, tienen mayor acceso a la información sobre el sexo y sus riesgos.

La identidad gay positiva puede permitir a una persona un mejor apoyo de familiares, compañeros de trabajo y profesionales para que adopte medidas de sexo seguro. Le permite, asimismo, tener una mejor imagen de sí misma, reducir la ansiedad, la depresión, la negación y el sexo compulsivo, entre otras.

Varios indicios apuntan al hecho de que los gays que aceptan su identidad sexual, que frecuentan sitios donde se discuten cuestiones relacionadas con los riesgos en los contactos sexuales y que reciben un mayor apoyo por parte de amigos, familiares y profesionales, están más abiertos a observar reglas de seguridad. Connell y otros (1988) en su estudio de hombres gays en Sidney, Australia, encontraron que los que leen folletos y noticias sobre estos temas tienden a adoptar medidas que los protejan.

En el caso específico de Costa Rica, la principal fuente de información de los gays que asisten a los bares, es la campaña que desarrolla su misma comunidad. Al respecto, más del 90% afirmó que obtenían información por medio de sus amigos gays y de los folletos y afiches que habían recibido en algunos bares. No obstante, los medios de comunicación, cuya información se dirige específicamente a la población heterosexual, son importantes fuentes de información para los gays con porcentajes que varían entre el 70% y el 80%.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos no corroboran los de Connel, en Sidney, Australia. Es decir, la fuentes de información no hacen disminuir en forma directa la práctica del sexo inseguro, pero sí, como se pudo corroborar mediante un análisis de trayectoria (Path Analysis), en una forma indirecta. Específicamente se pudo comprobar que entre mayor sea el número de fuentes de información, más disminuye la falta de decisión en usar el condón, lo que lleva a la adopción de medidas de seguridad. Un efecto similar se produce en la percepción del riesgo de infección,



lo que a su vez promueve una disminución de encuentros sexuales riesgosos.

Otros estudios hacen notar que la identidad gay equivale para algunos a múltiples aventuras sexuales y que, por lo tanto, más bien promueve el riesgo (Bye, 1985). El mayor número de ligues, el uso de drogas y el sexo anónimo eran vistos en San Francisco, por ejemplo, como parte de la identidad gay. El abandono de estos hábitos era visto como una renuncia a la identidad.

### **Homofobia interiorizada**

La homofobia interiorizada, como se ha visto, se refiere a la asimilación que hace el gay de los valores negativos, que en un país como Costa Rica, se asocian a la homosexualidad. Esta homofobia no se da de manera igual en todos los gays. Unos han aprendido a odiarse a sí mismos más que otros. Esto, obviamente, tiene repercusiones en la vida sexual.

Los gays que más disconformes están con su orientación, tienden a mantenerse aislados de sus semejantes y de las actividades que se organizan en la comunidad gay. Esto los aparta de la cultura del sexo seguro y del apoyo para mantener los cambios positivos en su conducta sexual.

En el estudio realizado en el país, mediante el análisis de trayectoria, no se encontró evidencia de que la homofobia afecte directamente la práctica del sexo inseguro, pero sí indirectamente por cuanto una de sus características es propiciar el sexo compulsivo y fortalecer las barreras psicosociales que desmotivan a usar el condón.

### **Negación**

Weber y otros (1985)<sup>1</sup> encontraron que muchos de los que negaron el riesgo del contagio, en los inicios de la epidemia en Estados Unidos, incurrieron en un mayor número de prácticas inseguras. La negación es irracional porque lleva a la persona a engañarse con soluciones inadecuadas. Si alguien cree que el Sida es una amenaza lejana, es posible que no conceda importancia a la necesidad de protegerse. También actuará así aquel que crea tener una inmunidad especial contra el virus.

En Costa Rica se encontró que los gays tienen índices medios de negación, pues, entre otros, cerca del 20% cree que si una persona se va a contagiar con el virus, nada podrá evitarlo. El 35% considera que si una persona está infectada, en términos de salud, es poco lo que se puede hacer.

### **Sexo compulsivo**

Cuando se habla de sexo compulsivo se hace referencia a dos fenómenos. El primero tiene que ver con el calor de la pasión. Estudios realizados en San Francisco (Bye 1988c), Nueva York (Cohen 1989) y en el estudio cualitativo de Oslo, Noruega (Prieur, 1988), coinciden en que uno de los factores que impulsan a los gays hacia el sexo anal sin protección es encontrarse en situaciones sexuales "calientes" que los hagan perder el control. En esas situaciones, si los condones están a la mano y la familiaridad con el sexo seguro es alta, es posible que el índice de inseguridad disminuya. Pero ninguno de esos estudios lo llegó a medir.

Otro tipo de expresión del impulso sexual es la "adicción", es decir, la conducta de aquellos que no pueden controlar su pasión sexual. Ostrow y otros (1986) encontraron que existen sectores de hombres gays que reportan no poder controlar su actividad sexual a pesar del conocimiento de los riesgos. Si estas personas son, a la vez, adictas a prácticas inseguras, es probable que estén más propensas a contagiarse. Joseph y otros (1987) confirmaron con sus investigaciones esta propensión.

En el caso de Costa Rica, el sexo compulsivo se midió como la ausencia de control en la pasión sexual y mediante el análisis de regresión múltiple se encontró que en efecto, es una de las principales causas de comportamiento

---

<sup>1</sup>En Cohen Mitchel (1989). "Factors associated with unprotected anal intercourse among homosexual and bisexual men". For The Global Programme on Aids, World Health Organization. May 1989.

riesgoso. Además, utilizando la misma técnica, se logró comprobar que el sexo compulsivo no solo afecta directamente el riesgo de infección, sino que, indirectamente produce una actitud más negativa hacia el condón, pues abulta aún más la supuesta insatisfacción sexual que produce.

### **Alcohol y drogas**

Existe un gran debate acerca de la relación entre el alcohol, el uso de drogas y la práctica sexual. Algunos estudios encuentran una fuerte correlación entre tomar alcohol o drogas antes o durante el sexo y las prácticas de sexo inseguras. Cuando son utilizadas antes del coito, pueden reducir la capacidad de inhibición, de raciocinio, o aumentar la sensualidad, lo que puede conducir a la ausencia de control o inseguridad. Stall y otros (1986) hallaron una fuerte correlación entre el uso del alcohol, las drogas y el sexo anal sin protección. Bauman y otros (1987), en un estudio hecho con 160 hombres gays en Nueva York, encontraron que una combinación de drogas y actividad sexual era el factor que más contribuía al estado seropositivo. Prieur (1988), en Noruega, en el estudio cualitativo ya citado, confirmó que los hombres que se intoxicaban antes de tener relaciones sexuales, tendían más a incurrir en comportamientos inseguros. Prieur concluye en que no es la cantidad de alcohol lo que importa, sino el hecho de tomarlo antes del acto sexual.

Van Griensven y otros (1987), en sus trabajos con gays en Amsterdam, no encontraron un nexo entre el estado de seroconversión y el alcohol, aunque sí una diferencia entre los positivos y negativos con respecto al uso de drogas. Martin (1987) determinó que el consumo de alcohol disminuyó en Nueva York a raíz del cambio del estilo de vida de muchos gays, pues entre 1981 y 1986 se produjo un declive del 12% al 9% en su consumo. Valdiserri y otros (1988), en una muestra, entre mayo 86 y mayo 87 descubrieron que los índices altos de uso de drogas o licor tienen una correlación negativa con el uso del condón.

En Costa Rica no se encontró evidencia de que, entre los gays que asisten a los bares, el consumo de alcohol y otras drogas como la marihuana y la cocaína, estuvieran correlacionado con la práctica del sexo inseguro. No obstante, la prevalencia del consumo de drogas antes o durante la relación sexual es importante. Por ejemplo, del 73% que alguna vez ha consumido alcohol, el 23% lo había hecho siempre o casi siempre antes de tener prácticas sexuales. Del 25% que ha consumido marihuana, el 10% lo hace con una alta frecuencia.

Ahora bien, al saber que la práctica del sexo es alrededor de 40%, se deduce que si bien es cierto las drogas no influyen en el hecho de tenerlas, tampoco las evita.

Por otra parte, es conveniente recordar que por haberse realizado esta parte de la investigación con clientes de bares gays, en donde el consumo de licor es lo común, el factor alcohol no logra explicar la práctica insegura. No obstante, en las sesiones de grupo realizadas, los participantes mencionaron con frecuencia que las ocasiones en que tuvieron prácticas sexuales sin protección, por lo general habían bebido bastante alcohol. Esto puede sugerir que lo más probable en el caso costarricense (en los gays de los bares), la ingestión moderada de alcohol no sea lo que incentiva necesariamente la práctica de sexo inseguro, sino su consumo exagerado.

### **Autoeficacia**

Se define como la creencia de que uno puede, en cualquier circunstancia y momento, hacer los cambios necesarios para reducir el riesgo y proteger la salud.

Junto con el alcohol y el uso de drogas, la percepción individual de autoeficacia es uno de los factores que más se correlaciona con el uso de prácticas inseguras. Charles y otros (1985)<sup>2</sup>, en un estudio con 650 hombres gays encontraron que entre mayor es el grado de autoeficacia, menor es el riesgo de incurrir en sexo inseguro. Joseph y otros (1987) observaron lo mismo en un análisis longitudinal en varias ciudades del centro de los Estados Unidos. Prieur (1988), en Noruega, también verificó que un sentido fuerte de control del destino es un factor importante para

---

<sup>2</sup>En Cohen Mitchel (1989). "Factors associated with unprotected anal intercourse among homosexual and bisexual men". For The Global Programme on Aids, World Health Organization. May 1989.

practicar sexo seguro. Johnson y otros (1988), en un análisis de la literatura existente, escriben que sí existe esa correlación, excepto cuando se trata de aquellos que se perciben así mismos como pertenecientes a un grupo de muy alto riesgo. Estos consideran que por haber tenido prácticas inseguras por mucho tiempo ya es muy tarde para buscar protección, lo que los lleva a desarrollar un sentimiento fatalista sobre su situación. Ostrow (1987) comprobó que los hombres que son fatalistas acerca de la posibilidad de ser seropositivos, tienden a continuar prácticas riesgosas.

En Costa Rica, con el empleo de la regresión múltiple, se constató que una mayor autoeficacia disminuye la tendencia hacia relaciones sexuales vulnerables a la infección.

### **Influencia de amigos**

Bye (1988) sugiere que para que el sexo seguro se convierta en una práctica generalizada, es necesario que exista un ambiente que lo propicie y normas de grupo que lo promuevan. En el caso de los gays, las normas sociales son establecidas por los grupos de amistades y los que asisten a los bares y centros de reunión. Joseph y otros (1987), descubrieron que éstos confían más en sus amigos que en las autoridades de salud y que hay una relación entre contactos sexuales seguros y la percepción de que ésta era la norma prevaleciente entre las amistades.

Spitzer (1988) observó que entre los trabajadores del sexo el uso del condón se generalizó cuando los amigos empezaron a usarlo, tiempo después de que las autoridades de salud lo vinieran recomendando. Connell y otros (1988) reportaron que en Sidney, Australia, lo normal en la comunidad gay es el sexo seguro. Debido a esto, si alguien quiere ligar tendrá que ajustarse a él. De lo contrario, encontrará a muy pocos dispuestos a ser su compañero.

Johnson y otros (1988) encontraron lo mismo en Chicago: la existencia de la norma social de sexo seguro es el factor más influyente, junto con otras medidas, para convencer a un gay de que es necesario reducir el riesgo. Prieur (1988) halló en Noruega que los hombres que menosprecian las medidas de seguridad están más en el closet, más metidos en sus casas y sostienen relaciones muy superficiales con otros. Constató también que la pertenencia a una organización gay aumenta la seguridad. Connell (1988) no encontró lo mismo en Australia. En cambio, la relación aislamiento-sexo anal inseguro fue corroborada en estudios focales realizados en San Francisco, Denver y Chicago (Bye 1988). Es más, brota de ellos la conclusión de que el sexo anónimo es una manera de romper la soledad y establecer conexiones con otros. Esto, probablemente, lleva a ser menos cuidadoso en las relaciones.

En Costa Rica se encontró que los criterios de los amigos no influyen en la decisión de tener prácticas inseguras.

### **Características sociodemográficas**

Según Bye (1987, el grupo generacional que practica más sexo inseguro en San Francisco, es aquel que va de 36 a 45 años de edad y que cuenta con un ingreso de 25.000 a 40.000 dólares anuales. McKusick halló también (1986) que los hombres mayores de 40 años tendían hacia prácticas más inseguras. Coates (1988), en cambio, determinó que el grupo más propenso era el de 21-30 años.

En Costa Rica, los gays que asisten a los bares constituyen un grupo relativamente joven: una edad promedio de 26.1 años. Esto hace que sea menos probable encontrar diferencias significativas según la edad, como lo demostraron los diferentes análisis realizados. Sin embargo, a pesar de que la edad no es una variable que afecta directamente la práctica del sexo seguro, sí lo hace por medio de otras. Por ejemplo, se encontró que una mayor edad hace que los gays tengan más autoeficacia, lo que produce una reducción del sexo inseguro.

Por otra parte, Coates y otros (1988) encontraron que entre más alto sea el nivel de educación menor es el riesgo de practicar sexo inseguro. Con respecto a esta variable, en Costa Rica se encontró, con el análisis de trayectoria, que no afecta directamente la práctica del sexo inseguro, pero sí lo hace por medio de otras. Un nivel educativo elevado propicia un mayor interés por informarse mejor sobre el Sida, lo que a su vez, por el efecto combinado de diferentes

variables, reduce el riesgo de infección con el VIH. También disminuye la ineficacia en el momento de decidir sobre el uso del condón y la homofobia.