

Les dones lesbianes amb VIH són invisibles

Treball de final de Grau

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport - Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Paula Martorell Vadell

Tutor: Carlos María Moreno Pérez

Maig 2019

ÍNDEX

Resum i abstract.....	3
1. Introducció.....	3-5
2. Objectiu i hipòtesi.....	5
3. Mètode.....	5-8
4. Marc teòric.....	8-16
5. Resultats.....	16-20
6. Discussió.....	20-23
7. Bibliografia.....	23-26
8. Annexos.....	27-85
a) Stopsida.....	27-32
b) BCN Checkpoint.....	32-50
c) ABD.....	51-61
d) Sida Studi.....	61-69
e) Creación Positiva.....	69-78
f) ACASC.....	79-84
9. Qüestionari ètic de la recerca.....	84-85
10. Declaració d'autoria.....	85

RESUM

L'objectiu d'aquest estudi és donar importància al virus de la immunodeficiència humana, més conegut com a VIH, en relació a un col·lectiu de persones molt concret: les dones lesbianes. Es tracta de verificar sí, com diu la literatura científica, aquestes es troben invisibilitzades dintre de la societat, de les associacions i dels estudis relacionats. Per a realitzar-ho, hem contactat amb totes les associacions de Barcelona que treballen amb VIH perquè ens puguin oferir una visió panoràmica de com està aquest tema, avui en dia, a la ciutat de Barcelona.

Paraules Clau: Dones lesbianes, infeccions de transmissió sexual, LGTB, sexualitat i VIH

ABSTRACT

The main purpose of this study is to give importance to the virus of human immunodeficiency, better known as HIV, in relation to a very specific group of people: lesbian women. It is about verifying if, as the theoretical framework says, these women are invisible within the society, associations and related studies. In order to do this, we have contacted all the associations that are working with HIV so that they can offer us a panoramic view of how this subject is, nowadays, in the city of Barcelona.

1. INTRODUCCIÓ

Aquest treball de final de grau té la finalitat d'aportar un petit gra d'arena a la nostra, encara, societat patriarcal, a donar una mà d'ajuda a aquelles que durant tot el transcurs de la història hem estat oprimides i, també, d'injectar-nos a tots una dosi de realitat.

Aquesta investigació s'inspira en aquelles persones que porten l'article «La» davant del seu nom, aquelles que convivim en un estat en el qual sofrim pel simple fet de ser qui som, dones. Patim violència de gènere, salaris més baixos, misogínia, caminam i vivim amb por que aquesta nit no tornem mai més a casa.

El moviment feminista és el que intenta treure tot això a la llum lluitant dia, rere dia, el que persegueix que les dones puguem tenir una veu en aquesta societat que no ens escolta. Busca que tinguem paraula en un llibre que té les fulles en blanc. Persegueix que puguem viure en pau tal com poden fer els homes, però per desgràcia és una tasca molt difícil i que porta un procés molt lent. Es podria dir que hem fet progressos, però no els suficients, per la qual cosa el moviment feminista no deixarà d'aparèixer per les xarxes socials o a la pancarta que han posat a la plaça del teu poble.

La nostra primera meta per a realitzar aquest treball, era trobar el motiu de la desinformació que pateix la societat barcelonina sobre les possibles formes de transmissió del virus de la

immunodeficiència humana, que a partir d'ara anomenarem VIH, ja que Catalunya ha estat i és la comunitat espanyola que més ha destacat a causa del seu augment d'ITS aquests darrers anys segons l'Institut Català de la Salut (2018).

Per tant, la idea original no contemplava centrar-se en un sol sexe, fins que durant la nostra recerca d'informació sobre VIH a les diferents fonts consultades, com ara les pàgines web d'associacions catalanes dedicades a la recerca i intervenció d'aquesta malaltia, ens vam adonar que totes les dades que trobàvem estaven, majoritàriament, enfocades cap als homes i sobretot als homosexuals, els quals compten amb serveis exclusius per a la seva causa. A aquests serveis o organitzacions exclusives, es realitzen gran quantitat d'activitats: xerrades sobre conscienciació del risc, disposen de gran quantitat de pàgines webs per consultar, la possibilitat de diagnosticar-se sense tabús ni prejudicis i gran quantitat d'estudis i ajudes.

La raó per la qual la prevenció i informació està tan centrada en els homes homosexuals, és perquè ens han ensenyat i, així ho corroboren les fonts d'informació com, per exemple, la Generalitat de Catalunya (2016), que el sexe anal sense protecció és la primera via d'infecció amb més risc. El que no es va tenir en compte a l'hora de generalitzar aquesta idea, és que el problema que té establir que hi ha una raó que preval per sobre de les altres, és que s'aconsegueix llevar importància a totes les altres activitats sexuals amb risc d'infecció.

Cal tenir en compte que la segona via considerada amb risc d'infecció seria el sexe amb penetració vaginal. Tot i estar en tan alta posició, no hi ha cap centre que ofereixi un servei en relació al VIH dedicat només a les dones. Posteriorment, en un rang més baix, es consideraria el sexe oral i compartir joguines eròtiques com a pràctica de risc, on precisament entren en joc les dones lesbianes. Per culpa del fet de considerar-la una pràctica de relatiu risc o de baix risc, se l'ha catalogat com una pràctica sense importància i de la qual no hi ha, pràcticament, informació.

És legítim acceptar que les infeccions masculines per relacions homosexuals són les que més han estat registrades d'ençà que es va tenir consciència de l'existència del VIH, per tant, no ens ha de sobtar que el col·lectiu homosexual sigui el que més ajudes i informació recapta. La qüestió a tenir en compte és que, per molt que hi hagi col·lectius que disposin d'un risc relativament més baix, no se l'ha d'oblidar. La ignorància és el que fa més mal i perjudica la nostra societat.

Seguint esbrinant informació sobre les dones lesbianes amb VIH en concret, ens vam adonar que: el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya, el qual realitza una vigilància epidemiològica cada any i informa dels nous casos d'infecció, no brinda cap mena d'informació sobre aquestes dones en qüestió. No hi ha absolutament cap data ni registre, és com si fos un col·lectiu invisible. De totes maneres, cal dir que Catalunya no és l'únic territori espanyol que queda en evidència, sinó que l'estudi epidemiològic realitzat pel Ministeri de Sanitat, Consum i

de Benestar Social (2018) demostra que els registres d'Espanya, en general, tampoc consta d'aquestes dades.

Ens hem trobat davant nosaltres que tenim un buit informatiu: el nombre de dones lesbianes infectades per VIH, són desconegudes. Veiem molt clar que hi ha una falta de coneixements i, per tant, de recursos sobre les possibles infeccions en el món del sexe exclusivament femení, deixant-les així en una vulnerabilitat originada per la desinformació i invisibilització d'aquest col·lectiu.

La nostra recerca és investigar el perquè d'aquest buit, volem saber si les dones lesbianes amb VIH són invisibles i quina opinió es té sobre aquesta ceguera a la ciutat de Barcelona.

La nostra hipòtesi és, doncs, que les dones lesbianes amb VIH són invisibles.

Per tal d'assolir aquesta informació, tenim la intenció d'acudir, principalment, a les associacions d'ajuda al VIH de Barcelona, malauradament només treballin amb homes i preguntar sobre aquest col·lectiu, en relació al VIH, per tal de veure si en són conscients d'aquest fet i de si hi ha cap projecte en marxa per a fer alguna cosa al respecte.

2. OBJECTIU I HIPÒTESI

L'objectiu d'aquesta recerca ha estat posar-nos en contacte amb les associacions de Barcelona que treballen amb VIH per esbrinar si les dones lesbianes que tenen VIH formen part dels seus estudis i intervencions o si aquestes, al contrari, es troben invisibilitzades per part d'aquestes entitats i també per la societat en general.

La nostra hipòtesi és, per tant, ben clara: Les dones lesbianes amb VIH són invisibles.

3. MÈTODE

L'objectiu d'aquest treball ha estat acudir a les associacions que treballen amb el VIH a la ciutat de Barcelona per tal d'obtenir una mostra representativa i poder observar si les dones lesbianes amb VIH són invisibles a la ciutat catalana.

La idea principal fou realitzar una entrevista a algú qualificat i entès, d'aquestes entitats, sobre temes relacionats amb VIH i també amb el col·lectiu de lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals, que a partir d'ara anomenarem LGTB. Fou de vital importància que la persona entrevistada tingués coneixements sobre ambdós temes, tant dades sobre el VIH com informació sobre el col·lectiu LGTB, per a poder extreure la màxima informació sobre el tema en qüestió.

L'estructura amb la qual es va realitzar aquesta entrevista, seguia un estil semiestructurat amb la finalitat de realitzar certes preguntes en relació al marc teòric per a poder comparar-lo posteriorment, però sempre amb la llibertat que cada persona pugui expressar el que vulgui i trobi pertinent a cada moment, donant així via lliure al debat enriquidor.

Les preguntes que es van realitzar durant l'entrevista estaven enfocades als diferents temes que tracta l'estudi, per la qual cosa la conversa anava prenent lloc partint de la taula que es mostra a continuació, tot i recalcar, de nou, que vàrem donar molta via a lliure al debat perquè seguis el seu propi ritme.

	TEMA	PREGUNTES
Preguntes generals sobre VIH i dones lesbianes	Associació en qüestió	Quina és la teva tasca a aquesta associació?
		Quines tasques porta a terme aquesta associació?
	Situació en general	Què penses sobre la situació entre dones lesbianes que tenen VIH?
		Quina és la teva perspectiva general sobre aquest tema?
Preguntes específiques sobre dones lesbianes amb VIH	Dades estadístiques	Les dones lesbianes (WSW) infectades pel VIH no apareixen a les estadístiques espanyoles ni catalanes. Per quin motiu penses que no apareixen?
		Es considera una dada «innecessària»?
	Serveis de salut	Molts estudis destaquen que a les dones lesbianes no se'ls demana per la seva orientació sexual durant revisions mèdiques. Per què creus que les estadístiques diuen això?
		Penses que poden ser les mateixes dones les que s'inclouen dintre del nom heterosexual per vergonya o estigma?
	Mètodes de barrera	Estudis recalquen que les dones lesbianes no empren protecció per a les pràctiques de risc. Quin motiu penses que podria portar a les dones lesbianes a no utilitzar-ne?
		El fet que les dones no disposin de suficient informació podria ser una causa? O penses que hi podria haver alguna cosa més?
	Organitzacions específiques	A Barcelona es realitzen gran quantitat de xerrades per als homosexuals amb VIH. Actualment n'hi ha cap adreçada exclusivament per dones lesbianes? Per què?
		Actualment hi ha cap centre que es dediqui a investigar sobre les dones lesbianes així com si n'hi ha d'homes? Per què?

Figura 1: Esquema de l'entrevista realitzada

Finalment, realitzada una recerca i elaborada la llista de les deu d'associacions barcelonines més destacades que treballen actualment amb VIH, es va procedir a contactar-les amb les diferents vies que, cada una d'elles, proposava a les seves pàgines web.

Un cop van ser contactades, se'ls va exposar el tema de l'estudi en qüestió i se'ls va proposar la possibilitat de participar-hi a través de la realització d'una entrevista personal amb un membre que s'oferís voluntari a realitzar-la.

Les associacions contactades són les següents:

1. Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya (ACASC)
2. Associació Catalana per la Integració d'Homosexuals, Bisexuals, Transsexuals i Immigrants (ACATHI)
3. Gais Positius
4. Grup de treball sobre tractament del VIH
5. Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)
6. BCN Checkpoint
7. Creación Positiva
8. Stop Sida
9. Sida Studi
10. Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats

Per una banda, cal aclarir que d'aquestes deu propostes, s'han prestat a fer l'entrevista un total de sis participants de les següents organitzacions: *ACASC, ABD, BCN Check Point, Creación Positiva, Stop Sida* i *Sida Studi*. Per altra banda, *Gais Positius, Centre de Joves d'Atenció a les Sexualitats, ACATHI* i *Grup de treball sobre tractament del VIH* han decidit no participar en l'estudi.

En primer lloc, l'associació *Gais Positius* i el *Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats* consideraven que tenien poca o nul·la informació sobre el tema en qüestió i decidiren no participar per no esbiaixar la informació que pogués ser important per al nostre estudi. En segon lloc, l'associació *ACATHI*, va ser informada de la proposta però no ha donat una resposta clara a realitzar l'entrevista, tot i la insistència i ganes que vam posar-hi, no s'han pogut realitzar. Finalment, en tercer lloc, l'associació *Grup de treball sobre tractament del VIH* va declarar estar massa ocupada per a poder participar en l'estudi.

En els casos que sí que van accedir a realitzar l'entrevista, un professional de referència s'oferia voluntari a elegir un dia per a realitzar l'entrevista i es portava a terme el debat.

Tots els participants firmaven una carta de «consentiment informat» en la qual s'expliquen els objectius i s'acceptava participar en l'estudi. És de vital importància que aquest consentiment garantia l'anonimat de cada persona, motiu pel qual aquests documents de consentiment no apareixen adjuntats a aquest estudi, tot i que es disposa d'ells en cas de necessitat.

4. MARC TEÒRIC

Per emmarcar el focus d'estudi d'aquest treball cal saber que és el VIH/Sida i quins són els seus efectes com a punt de partida.

Un cop havent explicat, breument, què és aquesta malaltia, procedim a aprofundir aquest tema cap a les dones i després, més concretament, cap a les dones lesbianes.

El VIH és una malaltia que destrueix el sistema immunitari a casa de l'acció del virus de la immunodeficiència humana. Per tant, cal tenir present que tenir el VIH no és el mateix que tenir la sida, ja que hi ha persones que poden tenir el virus i estar molt de temps sense tenir símptomes de la malaltia i gaudir d'un bon estat de salut. Aquestes persones serien seropositives, no tenen la sida, però poden transmetre el virus a les altres persones. (Generalitat de Catalunya, 2016).

Un cop has estat infectat, a l'interior de les cèl·lules, el virus pot quedar-se adormit durant llargues temporades, fins i tot anys, tot i que a vegades, es multiplica i pot destruir-les. Així, el sistema immunitari perd la capacitat per defensar-se de les infeccions produïdes per altres gèrmens i, també, la capacitat per destruir les cèl·lules anormals que es produeixen en el nostre organisme. Aquest fet facilitaria l'aparició de malalties que es caracteritzen en la sida: infeccions oportunistes, determinats tipus de càncer i alteracions neurològiques, que poden provocar des d'alteracions greus de consciència fins a arribar a la demència. Actualment, la sida és incurable, tot i que com més ràpid es pugui detectar, més probabilitats hi haurà d'aconseguir una vida sense cap complicació. (Generalitat de Catalunya, 2016)

Un cop tenim el problema analitzat, cal comparar com aquesta malaltia pot afectar, de diferent manera, a homes i dones de diferents orientacions sexuals.

Avui en dia, ens trobem davant un panorama en què el VIH és cosa d'homes, així com molts altres aspectes de la nostra societat actual. Precisament, si anem més enllà, podríem dir que és cosa d'homes homosexuals, ja que aquests són considerats com el grup social que més possibilitats d'infecció tenen per a qualsevol font d'informació sobre aquesta malaltia que puguis consultar.

Alguns autors com Herrera i Campero (2002) o Asla, Agirrezabal, López, López i Broz (2014) han començat a trencar una mica aquesta perspectiva i han intentat desviar una mica l'atenció del VIH cap a les dones, exposant que, tot i patir la mateixa malaltia, aquestes són completament diferents del risc d'exposició respecte als homes. Herrera i Campero (2002) parlen de

què hem de tenir en compte que homes i dones tenen una vulnerabilitat diferenciada davant aquesta malaltia. Fins i tot, es podria dir que aquesta vulnerabilitat està dictada per la societat i segons el gènere. Aquestes vulnerabilitats que comenten aquestes autores són les que exposarem a continuació.

En primer lloc, tenim la vulnerabilitat biològica, la qual proposa que a les relacions heterosexuals la dona és molt més propensa a ser infectada pel fet que la zona d'exposició sexual és de major superfície que la de l'home, ja que la càrrega viral és major en el semen que en els fluxos vaginals i perquè les infeccions de transmissió sexual són, en general, més freqüentment asimptomàtiques i no tractades en dones, fet que debilita la mucosa vaginal i permet l'entrada del virus amb més facilitat.

En segon lloc, tenim la vulnerabilitat epidemiològica. Molts estudis diuen que les dones tenen tendència a mantenir relacions sexuals amb homes de major edat, el que fa que aquests puguin tenir una trajectòria sexual més llarga i més propensos a haver estat exposats a la malaltia.

En tercer lloc, trobem la vulnerabilitat social. Aquesta parla de què les dones de països en via de desenvolupament molts cops depenen dels homes, ja que sovint no tenen treball, educació i poques possibilitats d'accés als serveis de salut. Precisament, Aguilera et al. (2007), també reforça aquesta perspectiva dient que quan la dona depèn de l'home, sigui per raons econòmiques, socials o emocionals, pot tenir més dificultats per a rebutjar una relació sexual de risc.

En quart i darrer lloc, disposem de la vulnerabilitat de gènere, on trobem que les dones es troben en moltes situacions de risc en comparació als homes: pobresa, discriminació, violacions, treballadores de la salut, parelles sexuals de persones que viuen amb VIH, abús sexual o violència. (Herrera i Campero, 2002).

Aguilera et al. (2007) també fa una aportació molt interessant on diu que a les dones els hi és difícil optar per mesures de seguretat sexual en relacions de sexe esporàdiques. Referint-se que, en el moment del coit, elements com el desig, autoestima i, per, les poden influir en no emprar mesures preventives.

Asla et al. (2014) van fer un estudi per verificar si existia una doble vulnerabilitat pel fet de ser dona amb VIH pel que fa a conseqüències psicològiques. Van passar un test sobre autorealització i benestar a dones amb VIH (n=41), dones sense VIH (n=41) i homes amb VIH (n=40). Els resultats van mostrar que les dones amb VIH presenten una menor puntuació en autorealització que les dones sense VIH i els homes amb VIH.

Un cop feta la recerca de la literatura científica per a diferenciar homes i dones en relació a VIH i també respecte a la vulnerabilitat de risc d'infecció, ens vam adonar d'un fet del qual no en

teníem constància. Hi havia un col·lectiu que no es presentava, del qual no hi havia estadístiques i que a més se'l considerava, aparentment, un col·lectiu sense, pràcticament, risc. Aquest col·lectiu invisible són les dones lesbianes.

Un primer motiu per confirmar la ceguera social sobre aquest col·lectiu social és el sistema en què el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat Espanyola recull les dades de vigilància epidemiològiques sobre la sida i VIH any rere any. Si observem les taules de dades, trobem que estan dividides entre: homes que tenen sexe amb homes, heterosexuals, persones que s'injecten drogues, matern-infantil, hemoderivats, transfusió de sang i altres. Per tant, no sabem quin lloc ocupen les dones homosexuals dintre del registre nacional que realitza el govern espanyol ni quines són les seves dades per a poder saber quantes d'elles s'han infectat a l'any. (Ministeri de Sanitat, Consum i de Benestar Social, 2018)

Segons les dades del Ministeri de Sanitat, Consum i de Benestar Social (2018) els homes homosexuals entren dintre del col·lectiu masculí que més infeccions ha patit, mentre que a les dones, l'únic grup que està contemplat és el de dones heterosexuals. Per tant, desconeixem si les dones lesbianes estan incloses en el grup de les heterosexuals o si, lamentablement, no estan contemplades.

Hem trobat que si busquem més a prop, concretament aquí a Catalunya, els documents realitzats pel Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (2018), els quals tenen un informe sobre la vigilància epidemiològica del VIH, hi podem observar, de nou, que només trobem informació sobre infeccions en: homes heterosexuals, dones heterosexuals, homes homosexuals, els usuaris de drogues i les de per via parental. Detectant, de nou, que el col·lectiu de dones lesbianes és invisible als resultats.

Si prenem distància i ens allunyem una mica d'Espanya, veiem que l'ONU compta amb una organització anomenada ONUSIDA que recull les estadístiques a escala mundial sobre les infeccions del VIH/Sida. ONUSIDA (2018) ens informa que l'any 2017, cada setmana, 7.000 dones joves d'entre 15 i 24 anys contrauen el VIH i que més d'un terç (35%) de les dones de tot el món han sofert violència física o sexual en algun moment de la seva vida. Tot i aquestes altes xifres sobre els riscos femenins, no existeix cap informació sobre dones lesbianes.

Per tant, podem veure, segons Sancho et al. (2012), com la comunitat de professionals ha decidit ignorar les necessitats de les dones lesbianes en relació al VIH, desconeixent els factors de risc sobre aquest col·lectiu i donant per suposat que la seva incidència d'ITS és inferior a dones heterosexuals.

Davant de la situació en la qual es troba el col·lectiu en qüestió, podem pensar que es tractaria d'un grup invisibilitzat i que no pertany, ni tan sols, a la investigació. Fet que podria

provocar per part d'elles poca conscienciació sobre la malaltia i un major risc d'exposició i infecció a casa de la ignorància.

Observant aquest panorama d'invisibilització social, podríem arribar a la falsa conclusió de què es tracta d'un col·lectiu sense risc i que, per això, no apareix tan sols a les estadístiques epidemiològiques. Sancho et al. (2012) destaca que, encara que pugui parèixer inusual que una dona lesbiana s'infecti de VIH tenint sexe amb una dona, existeix un potencial de risc de transmissió durant la menstruació i els fluxos vaginals, i a més a més, l'estudi de Shirley et al. (2014) va confirmar el fet que dues dones lesbianes que tenen sexe entre elles es puguin contagiar. En aquest cas, una de les dones de la parella era seropositiva i durant els sis mesos de relació monògama entre les dues, va comportar a què s'infectés la parella negativa. A més, la parella destaca que mai havien rebut informació de com actuar davant una situació de parella discordant, és a dir, en la que una era portadora del VIH i l'altre no. Per tant, podem veure una confrontació entre els que podrien pensar que és un col·lectiu amb cap mena de risc en comparació amb els altres i els que pensen que és un col·lectiu afectat però invisibilitzat en la investigació i atenció.

Bell, Ompad, i Sherman (2006) comenten que hauria d'existir una categoria de dones que tenen sexe amb dones, que a partir d'ara anomenarem WSW, a les estadístiques epidemiològiques. El problema que comenten, és que és difícil que això pugui arribar a portar-se a terme pel fet que aquesta definició està determinada pel comportament de la població i l'estigma social que aquesta porta. A causa d'això, els investigadors plantegen que les hipòtesis sobre la mida de la població WSW estan subestimades: segons investigadors només un 4.1% de dones d'entre 18 a 59 anys han tingut almenys una parella sexual femenina. Per tant, aquesta podria no ser la dada correcte a causa de l'estigma social del col·lectiu, que el podria portar a no revelar l'homosexualitat i entrar, directament, a la categoria heterosexual.

Bell et al. (2006) també fan referència al fet que, durant les revisions mèdiques, molt ocasionalment, se'ls pregunta sobre la conducta sexual o altres comportaments, com les drogues. Precisament, molts estudis de drogues han comparat estudis entre WSW i dones que mai han tingut sexe amb altres dones; i han revelat que les dones WSW comencen activitats sexuals abans i a més, sense protecció, augmentant així el risc d'infecció per part d'elles.

Precisament, el fet de no preguntar per l'orientació sexual o pràctiques de risc no heteronormatives, segons l'estudi de Sancho et al. (2012), ocorre pel fet que es dona per suposada l'heterosexualitat de la dona, evitant així la pregunta i deixant clar que existeixen encara unes barreres a l'hora de parlar sobre aquest tema. Aquest fenomen, anomenat heterosexisme, fa que es valorin les activitats heterosexuales per sobre d'altres tipus de sexualitat. Creant així, una insatisfacció i falta de confiança a l'atenció mèdica.

Bailey, Farquhar, Owen i Whittaker (2002) recolzen la hipòtesi de Bell et al. (2006), ja que varen realitzar un estudi a Londres i tenen la teoria de què les dones lesbianes podrien ser invisibles davant els serveis de salut si aquestes decideixen assumir un rol heterosexual a causa de la desconfiança cap a aquests, ja que segueixen existint prejudicis per part dels cuidadors de salut. Aquests autors pensen que els estudis sobre lesbianes i bisexuals estan incomplets i això pot portar a pràctiques inapropiades. Fins i tot, hi ha evidència de què les dones lesbianes són les que menys revisions ginecològiques es realitzen a causa d'aquesta incomoditat d'haver de revelar l'orientació sexual al professional, tenint així un impacte molt negatiu en la seva salut. (Romero, 2016).

Trobem alguns autors com Palma, Munevar i Orcasita (2017) o Mora (2009) que ja han fet altres hipòtesis fora de la proposta de què la causa de la invisibilitat és el possible estigma de revelar la identitat sexual. La que té més pes, és la proposta de què existeix una baixa percepció de risc sobre la infecció del VIH en dones lesbianes.

Palma et al. (2017) defineixen que la percepció de risc és un procés cognitiu que permet a les persones organitzar la informació que reben i avaluar si es troben en una situació de risc. Al seu estudi realitzat a Cali, van indicar que les dones lesbianes tenen molt pocs coneixements sobre VIH i que estan desinformades sobre els mètodes anticonceptius. Fins i tot, deien que les seves creences sobre aquesta malaltia estaven basades amb la interacció amb companys i alguns proveïdors de serveis de salut. Per tant, aquestes autores proposen que els resultats obtinguts proporcionin una comprensió inicial de com i perquè desenvolupar noves estratègies de prevenció cap a aquesta població.

Precisament, Sancho et al. (2012) també comenta que els serveis de salut no tenen una formació específica sobre aquest col·lectiu i exerceixen la seva professió amb una desconeixença dels factors de risc que les afecten.

Orcasita, Palma i Munévar (2013) expliquen que les dones homosexuals són una població invisible en programes d'investigació i prevenció a causa de la seva baixa percepció de risc de transmissió. Segons elles, socialment, es pensa que hi ha una baixa percepció de risc de transmissió en relacions sexuals femenines pel fet que tenim associat el risc a concepcions heteronormatives i, això, repercuteix en el plantejament i abordatge de les investigacions i intervencions. Podem observar, gràcies als autors mencionats anteriorment, com al llarg dels anys han anat sorgint noves idees i possibles hipòtesis de per què està succeint aquest fenomen d'invisibilitat i desinformació social.

Mora (2009), a través de l'estudi que realitzà amb dones que s'autodenominaven lesbianes o bisexuals, observà el seu comportament als espais de sociabilitat nocturna a Rio de Janeiro i va poder comprovar, també, a través d'entrevistes, que la noció de risc a l'àmbit homosexual femení ha

estat molt poc incorporada, a diferència de les parelles de dones bisexuals i parelles del sexe oposat. Al seu estudi, es va concretar que la tipologia de sexe més utilitzada i anomenada per les dones lesbianes de l'estudi era l'oral. Comentaven que si es complien una sèrie de pràctiques d'higiene, la dona confiava que l'altre no podria transmetre-li res. Aquesta higiene, segons elles, es referia a l'absència de signes de malalties o quantitat de parelles sexuals relatades. Si es complien aquests requisits, es considera via lliure per a poder mantenir aquest tipus de relació sexual sense protecció. Per tant, podem veure com el sexe oral és percebut, en aquests casos, com una pràctica inofensiva per a la infecció de VIH, ja que en cap moment es va mencionar la utilització de barreres de protecció: «Varias participantes optan por dar crédito a la popular idea de que las prácticas homoeróticas son «más seguras» o totalmente «seguras»». (Mora, 2009, p.102).

Posteriorment a Mora (2009), Sancho et al. (2012) va realitzar un estudi etnogràfic a 626 dones lesbianes i bisexuals de Sant Francesc sobre comportament sexual. Van demostrar que les tècniques d'aquest col·lectiu per reduir el risc són quatre: la primera, negociació de fidelitat; la segona, monogàmia; la tercera, decidir la pràctica sexual després de conèixer la història de les parelles potencials; i la quarta, elegir parelles concretes. En conclusió, la decisió de si una parella era segura, es basava en la identitat de la persona en lloc d'avaluar la seva conducta.

Agafant una perspectiva de gènere, un fet que cal tenir en compte i destacar, seria que les dones lesbianes poden tenir diverses parelles sexuals, com ara homes o tenir relacions bisexuals. Aquest succés ens permet veure que les pràctiques d'una persona no sempre corresponen a l'orientació sexual d'una persona, i per això s'hauria d'ampliar el panorama de risc segons Orcasita et al. (2013) i Gorgos i Marrazo (2011).

Etiquetar les persones homosexuals en homes que tenen sexe amb homes i les dones que tenen sexe amb dones lleven una part d'identitat d'aquestes persones, simplificant-los a un únic comportament sexual segons Young i Meyer (2005).

Aquests autors esmentats, pensen que seria necessari un canvi de paradigma d'aquestes dues etiquetes que són molt freqüentment utilitzades en els àmbits sanitaris i proposen que la salut pública hauria d'emprar un llenguatge més educat i, culturalment, rellevant sobre aquests grups.

Per tant, aquest podria ser un dels motius per als quals les dones homosexuals entren dins del grup d'heterosexuals infectades a les estadístiques mencionades anteriorment, ja que es podria considerar que, en algun moment de la seva vida, practiquen sexe amb homes i aquesta en seria la causa definitiva d'infecció.

Bailey et al. (2002) van col·laborar amb la clínica Audre Lorde de Londres per realitzar un estudi i van establir un departament amb personal femení per oferir serveis de salut sexual a lesbianes i dones bisexuals per tal d'evitar la situació de prejudicis comentada anteriorment. En

aquest estudi, es va destapar que d'una mostra de dones lesbianes que tenen sexe amb dones (n=296), el 86% de les quals que realitzaven sexe oral, mai havien emprat protectors, un 13% ho emprava ocasionalment i només un 1% ho utilitzava sempre. A més, de les que van informar d'haver compartit joguines sexuals (n=127), un 22% mai les va rentar abans de compartir-les, el 31% les va rentar ocasionalment i el 47% ho va fer sempre. Per altra banda, de les que tenien sexe amb homes i dones amb penetració (n=170), un 32% mai havia utilitzat preservatiu, un 45% ocasionalment i un 23% ho feien sempre. Respecte a les que realitzaven sexe oral amb homes (n=128), un 80% mai va emprar preservatiu, un 16% ocasionalment i un 4% mai el va emprar.

Una possible hipòtesi segons Muzny, Harbison, Pembleton, Hook i Austin (2013) del perquè d'aquesta poca utilització de les barreres, seria que les dones que tenen sexe amb dones tenen percepcions errònies en relació als mètodes de barrera que poden utilitzar: barreres dentals i condons femenins. Tot i saber que existeixen, el seu ús no és popular entre les dones. Una proposta podria ser que els serveis de salut sexual puguin proporcionar a les dones informació sobre aquests mètodes de barrera per tal d'aconseguir reduir les ITS. Per tant, podem veure com el sexe entre dones és considerat una pràctica de baix risc, tant per dones lesbianes com les bisexuals, però cal destacar que, en contrapartida, segons les estadístiques de Bailey et al. (2003), les dones sí utilitzen, més freqüentment, barreres de protecció quan tenen sexe amb un home.

Cal destacar que l'article de Bailey et al. (2003), mencionat anteriorment, consta d'una certa antiguitat, fent-nos qüestionar si actualment aquestes en serien les reals estadístiques. Precisament, tenim constància amb l'estudi de Castro, Morell, Gil i Giménez (2016) que l'ús de mètodes de barrera en dones lesbianes ha estat catalogat amb una molt baixa freqüència. Per la qual cosa podem corroborar que el problema sobre els mètodes de barrera segueix, pràcticament, igual de latent avui en dia.

La recerca de sensacions sexuals és un dels fenòmens que afecta la població LGTB segons Gil, Morell, Giménez, Salmerón i Ballester (2018), ja que la recerca d'un gran nivell d'excitació sexual i poder participar en experiències innovadores, pot augmentar la possibilitat de tenir un nombre més elevat de parelles sexuals, tenir més angúnia a l'hora de negociar l'ús de barreres i també la utilització de noves tecnologies amb fins sexuals, les quals provoquen comportaments amb més risc.

Endinsant-nos en un altre àmbit, és important destacar segons Sancho et al. (2012), que les dones lesbianes i bisexuals tenen unes estadístiques d'abús de substàncies superior i un risc més elevat. Comenten que un estudi australià sobre aquest col·lectiu, demostrà que les dones joves no heterosexuales eren dues vegades més propenses a fumar o beure que les heterosexuales. A més, a més, recalquen que les dones lesbianes són les que més experiències d'abús han sofert, tant per

persones que no coneixen com per els propis familiars. Destacant que, això, és degut a la baixa autoestima i el poc suport social que disposen.

Podem veure, gràcies als estudis d'aquests autors, que si el col·lectiu femení ja es troba en un desavantatge, encara hi està molt més el col·lectiu de dones lesbianes en molts d'aspectes, tant de salut sexual com de salut mental i física.

Segons la bibliografia consultada, podem extreure alguns trets positius i és veure que existeixen programes d'ajuda sexual per a dones que conviuen amb VIH i que, tot i que encara n'hi ha molts que estan molt centrats en les dones que són heterosexuales i deixen de banda a tot allò que involucra a les lesbianes, ja comencen a dirigir-se, alguns, cap al col·lectiu en qüestió. No és fàcil saber en què s'haurien de centrar ni que haurien d'incorporar, ja que es podria dir que encara ens falta saber el que faria falta. Gil et al. (2018) arribaren a la conclusió que es necessita realitzar una gran investigació per a poder saber de ciència certa què és el que s'hauria d'incloure en aquests nous programes dirigits a les dones lesbianes, buscant noves estratègies i adaptar-les a aquest col·lectiu de risc.

Sancho et al. (2012) senyalen que les WSW haurien de tenir informació sobre tres aspectes en concret que consideren de vital importància. En primer lloc, el seu propi estat en relació al VIH i el de la seva parella per poder ajudar a les que no estan infectades a canviar les seves conductes i reduir els riscos i, per les que ja estan infectades, per obtenir un tractament i evitar que ho pugui transmetre; en segon lloc, el risc d'exposició a través de les membranes mucoses; i, en tercer lloc, els beneficis de la utilització dels condons en el cas de relacions sexuals amb homes i també amb la utilització de joguines sexuals, recalcant que, tot i això, aquestes no haurien de compartir-se. També seria essencial emprar les fulles de làtex per al sexe oral.

Teti i Bowleg (2011) van realitzar una sèrie d'entrevistes a dones que pertanyen a minories sexuals per tal de comprendre millor les seves conductes sexuals de risc i les corresponents necessitats de prevenció del VIH. Van recollir que troben essencial considerar que: no s'ha d'assumir que totes les dones tenen parella masculina o que la tindran en un futur; s'ha d'explicar clarament els riscos i solucions de prevenció per a tots els tipus de relacions; presentar clarament què és el VIH i els riscos del sexe oral; emprar exemples i llenguatge que pugui donar suport a tothom; brindar un espai a les dones perquè puguin parlar de les seves històries personals; i oferir seguretat i confidencialitat a tots els participants.

La solución es la tijera és un programa d'intervenció molt interessant que es va realitzar a dones de Cali per oferir informació sobre el VIH i veure la diferència entre l'abans i el després del programa. Van administrar un test prepost i, evidentment, comprovaren una gran diferència de coneixements entre abans i després de la intervenció. Tenien un coneixement molt general sobre el

virus, però no sobre les pràctiques que les posen en risc segons els resultats de Palma i Orcasita (2018). Per altra banda, Logie, James, Tharao i Loutfy (2012) van realitzar un estudi molt semblant al de les autores anteriors al Canadà, on afirmaren que les dones lesbianes es troben en un alt risc de contagi provocat per una limitació d'accés a la prevenció i atenció del VIH. Podríem estar parlant d'una marginació d'un grup social que provoca un problema de benestar per a elles, el qual dona a entendre que es necessita molta investigació del VIH.

La pobresa també ha estat un focus per on començar a fer algunes ajudes a aquestes dones, ja que es considera un factor molt important per a combatre aquesta malaltia. Per tant, alguns programes d'ajuda han partit de les dones lesbianes amb VIH que tenen baixos ingressos per tal d'aconseguir un augment de la consciència sobre la lluita del VIH i empoderar aquest col·lectiu que juga amb diverses dificultats segons Arend (2005).

Com a síntesis d'aquesta revisió panoràmica de la literatura científica, podríem afirmar, gràcies als estudis dels autors que hem anat llegint, que: a causa de l'estigma social, les dones oculten la seva identitat sexual i, això, pot portar a no comentar activitats sexuals que podrien ser de risc, produint així la desinformació dels investigadors i trobant, per tant, un buit informatiu sobre aquest col·lectiu, fent que tinguin una molt baixa noció de les possibilitats d'infecció per part d'elles i que sigui perjudicial per a la seva salut.

5. RESULTATS

L'entrevista comença preguntant sobre quina és la visió panoràmica i general que es té sobre les dones lesbianes amb VIH, però sense entrar en detalls sobre l'estudi en qüestió, oferint així un moment de reflexió pròpia per a cada participant i obrint l'opció a donar una resposta original a la primera pregunta.

En aquest primer bloc, és important comentar que la majoria dels entrevistats han considerat que dirigir l'estudi cap a la idea que les dones lesbianes amb VIH es troben invisibilitzades, ha estat original i innovador, fins al punt d'adonar-se de què, tot i ells estar dintre del món del VIH, sentien que em podrien donar poca informació i que es trobaven desinformatats sobre el tema en qüestió.

Des d'un primer moment, els entrevistats comenten que aquest col·lectiu de dones es troba fora dels estudis realitzats en relació a aquesta malaltia, fet que provoca que hi hagi un buit d'informació molt gran i que es trobin oblidades de la societat.

La majoria també han volgut donar importància a què vivim en una societat heteropatriarcal, repercutint a què tot estudi o interès es dirigeixi cap a les relacions heterosexuales o amb l'home com a capdavanter de tota recerca. Fet que provoca que hi hagi una dificultat perquè les dones lesbianes amb VIH trobin, a la seva disponibilitat, ajuda i un encaix dintre de la nostra comunitat per a parlar

de temes de sexualitat. Precisament, *ABD* considera que cal posar una alarma en l'àmbit preventiu, ja que el mercat consta de gran quantitat de tipus de condons, sigui en relació al material o al gust, però, en canvi, el condó femení s'ha estudiat molt poc, produint que les dones tinguin una desconeixença cap a aquest i una possible sensació de risc d'utilitzar-lo per la possible falta d'eficàcia d'aquest.

Parlant sobre la desconeixença i ignorància, *Sida Studi* ens comenta que hi ha establert una creença popular de què les dones que tenen sexe amb dones no es poden transmetre cap ITS. Fet que, segons ella, cap estudi corrobora que sigui així.

Com a contrapartida, dos dels entrevistats, *BCN Check Point* i *ACASC*, han fet referència al fet que no tenen constància de cap cas concret d'infecció de VIH per raó de sexe entre dones, fet que, empíricament, és cert, però cal tenir en compte que no se'n té una evidència clínica perquè es pugui reflectir a l'estadística, pel fet que no s'està estudiant ni se li està donant una importància, pel que, evidentment, ningú té a mà cap cas per a comentar o documentar-se.

El segon bloc tractava sobre la inexistència d'una categoria de dones que tenen sexe amb dones dintre de l'epidemiologia de VIH i el perquè d'aquesta invisibilitat.

Com a punt d'inici en relació a aquesta qüestió, recalcarem que l'epidemiologia és una recollida de dades molt objectiva, és a dir, que segons els resultats que apareguin, es decidirà la quantitat de diners que es destina, o no, per a donar suport a un grup o col·lectiu de persones en relació al VIH.

Stopsida comentà que a aquestes dades, com que no inclouen a les dones lesbianes, no hi haurà, per ara, diners destinats cap a aquest col·lectiu, convertint-lo en invisible.

ABD, *ACASC*, *Creación Positiva* i *Sida Studi* recolzen aquesta idea dient que aquestes dades només recullen aquelles vies per les quals hi ha més risc de contagi, deixant de banda aquelles que, potser ho són menys, però que no han estat estudiades en profunditat com per a descartar-les completament com a possibles vies en risc.

En contra partida, *BCN Check Point* pensa que si les dones lesbianes haguessin d'incloure's dintre d'aquest col·lectiu, veuríem dones que no es van fer les proves de VIH en el moment de l'activitat sexual sense barrera i que ho descobreixen, posteriorment, en un moment avançat de la malaltia. Al·lega que això no ha passat en els quaranta anys que portem d'epidèmia i que no té per què passar ara, al·legant que hi ha coses més importants a centrar-se en relació a les dificultats socials de les dones lesbianes.

El tercer bloc es dirigeix cap al tracte que tenen els serveis de salut cap a aquest col·lectiu LGTB i de si aquests pregunten a una dona, en cas de ser necessari, sobre l'orientació sexual

d'aquesta o les pràctiques que està portant a terme a la seva vida sexual per a poder assessorar-la correctament.

Aquesta pregunta, molts cops, portava al debat de si és realment necessari preguntar sobre l'orientació sexual, ja que es podria interpretar com una invasió cap a la intimitat de la dona, la qual no té cap necessitat d'haver d'explicar el contingut de la seva vida. Per exemple, *ABD* comenta que, a diferència de preguntar, ells opten per a les seves xerrades als llocs d'oci nocturn, oferir tota mena d'informació per a cada orientació sexual de manera oberta, on cadascú després preguntarà pel que li interessi segons les seves pràctiques. *Creación Positiva* aposta per a no preguntar sobre l'orientació sexual sinó per preguntar sobre la pràctica en si, evitant posar etiquetes i col·locar-se més en un enfocament de gènere i diversitat.

Tots als participants han arribat a la conclusió que, actualment, encara hi ha molt d'estigma al voltant d'aquesta qüestió. Mencionen que a causa que vivim en una societat heteropatriarcal, suposem per inèrcia que una dona és heterosexual, és a dir, interpretem les pràctiques que pot estar fent una persona sense haver-li preguntat per aquestes, ja sigui per por que la persona es pugui ofendre o que pugui sentir-se incòmode davant la situació. Precisament, *Sida Studi* comenta que ha viscut aquesta situació en primera persona i que, a algunes revisions mèdiques a les quals ha assistit, li han ofert opcions que no conjugaven amb les seves pràctiques.

Per tant, consideren que els professionals haurien d'estar més conscienciats sobre la causa i les dones haurien de tenir més llibertat de preguntar sense cap mena d'estigma. *Stopsida* comenta que, en els seus programes de formació de professionals sanitaris, ja han incorporat aquesta pràctica de servir correctament als col·lectius LGTB amb cap classe de tabú i amb ganes d'atendre a tota la diversitat sexual.

Dintre d'aquest bloc, preguntarem també a veure si creien que les dones podrien incloure's, directament, dintre de l'etiqueta heterosexual per por a una possible discriminació per part del professional o per pròpia vergonya de revelar-ho.

Tots donen un gran sí a aquesta proposta. Tots pensen que, molt probablement, la dona sentirà una certa por a poder ser discriminada si revela les seves pràctiques sexuals, pel que és molt probable que opti per guardar-s'ho per a ella. Actualment, encara hi ha molta LGTB-fòbia i, també, molts tabús que envolten el tema de la sexualitat en general, per la qual cosa pensen que no seria cap novetat que algú d'aquest col·lectiu pogués trobar-se en una situació desagradable.

El quart bloc parla de què els estudis corroboren que les dones lesbianes són les que menys mètodes de barrera utilitzen per a les seves pràctiques sexuals. La pregunta, en aquest cas, tornava a ser molt oberta i es preguntà sobre quina hipòtesi personal, tenien de per què això estava succeint.

En general, s'ha arribat a una sèrie de conclusions que totes tenen una relació entre si.

ABD i *Stopsida* comenten que els mitjans de comunicació han fet molt mal en aquest aspecte, ja que com que només apareix el condó com a principal barrera, ens fa pensar erròniament que altres tipologies de sexe que no impliquin un penis, no tenen cap mena de risc. Això ha fet que tothom sigui molt conscient d'utilitzar un condó però no d'utilitzar una barrera de làtex per a tenir sexe oral amb una altra dona o posar un protector a les joguines sexuals. Precisament, comenten que l'única situació en la qual sí que s'utilitzaria alguna d'aquestes formes de protecció, seria en el cas d'un signe clar d'infecció o malaltia, com l'olor o la presència de fongs.

Per tant, tots concorden en què es té una idea de sensació de baix risc, cosa que seria molt important renovar i actualitzar, de cara a la nostra educació sexual, per a poder canviar aquest judici. Precisament, *ACASC* comenta que, en el seu centre, han vingut dones a preguntar-li informació sobre el risc de tenir pràctiques sexuals entre dones en relació al VIH. Fet que demostra que aquestes dones, realment, tenen una inquietud en voltant d'aquesta qüestió, però per no haver disposat del medi ni la manera de preguntar lliurement, es trobaven a l'oblit.

En relació a aquest bloc, també es pregunta, a posteriori, sobre una possible hipòtesi prèvia en relació a la no utilització dels mètodes de barrera, la qual és el fet que, potser, elles no disposen de suficient informació o, més ben dit, de suficient educació sexual per a poder actuar en conseqüència.

De nou, tots els participants pensen que hi ha certes dificultats per accedir a aquestes dades. Ens trobem que la informació existeix però implicaria un cert interès personal en sol·licitar-la, és a dir, que és la mateixa dona la que ha de decidir, per si mateixa, informar-se per internet o acudir a les associacions en qüestió, ja que per la televisió ni al servei mèdic podrà trobar tot allò que li inquieta. En canvi, per a altres pràctiques com la dels homes homosexuals, tota la informació apareix constantment a la televisió i amb molta facilitat és més comentada als serveis mèdics o a les escoles.

El quint bloc parla de si, personalment, tenen coneixença d'alguna associació que es dediqui a atendre, exclusivament, a dones lesbianes així com si n'hi ha que ho fan exclusivament per a homes, com per exemple *BCN Check Point* o *Gais Positius*.

Cal destacar que tots els centres van anomenar a l'organització *Creación Positiva* per a tractar el tema. Alguns van anomenar que el *Centre jove d'Atenció a les Sexualitats* tenia un nou programa de sexualitat LGTB i que potser tractaria aquesta panoràmica, però cal remarcar que, un cop vam contactar amb aquesta associació per realitzar una entrevista sobre el tema, digueren que no tenien informació sobre el panorama que estàvem sol·licitant i que preferien no realitzar-la, derivant-me, de nou, a *Creación Positiva*. Efectivament, aquesta associació té un grup autogestionat de dones lesbianes que es reuneixen per a parlar sobre sexualitat i, a desconexença de les altres

organitzacions, *ACASC* també consta, no d'un grup específic de dones, però sí un grup obert on acudeixen persones d'ambdós sexes i comparteixen les seves experiències sexuals, remarcant que la majoria d'aquestes persones, eren dones.

Comentarem a *Creación Positiva* que totes les altres organitzacions ens derivaven a parlar amb elles. Contaren que, d'ençà que va néixer aquest projecte, ja començaren a donar un enfocament de gènere, guanyant-se així la fama de ser les primeres de Barcelona en donar-li importància a aquesta perspectiva. *Creación Positiva* aposta per no etiquetar, sinó per tractar pràctiques sexuals en relació amb qui i com les estigui realitzant, pel que tenen molt en compte la diversitat sexual.

Sidastudi també se n'encarrega de donar veu a aquestes pràctiques a les seves xerrades a les escoles. Comenten que des de ben petits, els alumnes ja tenen la seva xerrada sobre sexualitat i no només centrada en l'heterosexualitat, sinó en totes les altres. Com a anècdota, conta que d'un institut de Barcelona li arribà una queixa per part dels pares d'un alumne dient que, durant la xerrada de sexualitat a la qual havia acudit el seu fill, s'havien tret alguns temes que no havien estat del seu grat, referint-se que comentaren sexualitat lesbiana i homosexual.

Juntament amb aquest bloc i com a pregunta final, es preguntava si coneixien algun lloc que estiguessin investigant la causa, és a dir, si coneixien algun centre que estàs investigant, actualment, per a dones lesbianes amb VIH i el seu buit social. Tots han respost que no o disposaven d'idees molt vagues, sense excepcions, fet que corrobora aquest buit informatiu en el qual ens trobem.

6. DISCUSSIÓ

Els resultats de la revisió barcelonina sobre si les dones lesbianes amb VIH es troben invisibilitzades, ha estat, de ben segur, una dosi de realitat que a tots els ciutadans i ciutadanes ens cal tenir.

La recerca bibliogràfica que consultàrem abans de realitzar aquest estudi indicava que, molts llocs d'arreu del món i, també, molts d'autors i d'autores, començaven a adonar-se que la nostra societat patia un buit informatiu, un buit que no apareix a simple vista i que necessita una ullada crítica i profunda per a poder-lo percebre.

La ciutat de Barcelona ha demostrat que també consta d'aquesta mancança, que tot i ser una ciutat cosmopolita que presumeix de ser de les més innovadores i obertes al canvi, encara li queden moltes passes per arribar a la meta.

Totes aquestes afirmacions sobre les carències que té la nostra societat catalana, han pogut ser afirmades gràcies a l'estudi que vam realitzar sobre dones lesbianes i VIH.

En primer lloc, trobem que autors com Asla et al. (2014), Herrera i Campero (2002) o Sancho et al. (2012), començaren a notar aquest fenomen i posaren en marxa els seus pertinents estudis en relació a les dones lesbianes i la malaltia en qüestió, realitzant troballes molt interessants i representatives a les seves poblacions per aquest col·lectiu que, avui en dia, pateix una discriminació.

Nosaltres hem pogut constatar que, mentre que algunes de les associacions tenien aquesta problemàtica molt present i estaven posant en marxa treballar amb ella, a algunes d'elles encara els falta una mica d'empenta per a poder continuar aquesta idea que els acabem de presentar, tot i que a molts els va sorprendre, positivament, la proposta de treballar-hi.

En segon lloc trobem que, autors com Bell et al. (2006) o Sancho et al. (2012) i, també, les associacions de Barcelona, han notat l'absència de les dones lesbianes dintre de les estadístiques epidemiològiques del VIH i demanen la seva aparició com a possible factor de poder anar omplint aquest buit informatiu en el qual ens trobem.

A més, aquests mateixos autors que hem esmentat també mencionaren que la dona, a l'àmbit sanitari i de la salut, és percebuda automàticament com a dona heterosexual per culpa de la manca d'informació que tenen els que treballen en aquest servei. Aquest fet, també fou corroborat per totes les associacions de Barcelona, fent èmfasi en què aquests serveis haurien d'estar preparats per a tota mena de població. Algunes de les entitats catalanes ja han començat a posar en marxa un nou sistema per atendre al pacient i una nova perspectiva de gènere per afrontar-se a aquestes noves situacions, com ara *Stopsida* o *Creación Positiva*.

Bailey et al. (2002) proposà la idea que això podria estar passant perquè les mateixes dones assumeixen un rol heterosexual a causa de vergonya o un possible estigma del professional, fet que les associacions catalanes ho donen per una opció vàlida i que, sense dubte, està passant avui en dia als nostres centres de salut.

En tercer lloc, Palma et al. (2017) i Sancho et al. (2012) comentaven que la falta d'informació i interès sobre aquest col·lectiu ha provocat la seva invisibilització i ha tingut com a conseqüència que les dones lesbianes siguin les darreres en poder accedir als coneixements que les puguin ajudar a tenir relacions sexuals amb seguretat i consciència. De nou, les nostres associacions han declarat que és evident la manca d'exploració i recerca en relació a aquest públic i apel·len al canvi i al progrés en relació a aquest col·lectiu, començant a fer petits canvis que puguin acostar aquesta agrupació a unes pràctiques més segures. Precisament, Munzy (2013) comentava que les barreres de protecció sexual per a dones lesbianes estaven en desavantatge social i que són molt poc utilitzades a causa de la mala reputació, fet que ha estat corroborat per associacions com *ABD*.

En quart i darrer lloc, autores com Orcasita et al. (2013) apuntaven que les dones lesbianes no formen part, actualment, dels programes d'investigació i prevenció. A Barcelona, ens hem trobat que totes les associacions han declarat desconèixer cap estudi dirigit a aquest col·lectiu i també ignoren cap investigació que s'estigui planejant poder fer per a aquestes dones i la seva causa.

Un cop hem demostrat que la recerca bibliogràfica consultada i els resultats obtinguts a través de les entrevistes realitzades concorden amb resultats pràcticament iguals, podem dir que la nostra hipòtesi ha estat corroborada: les dones lesbianes amb VIH són invisibles.

Aquest estudi té la fortalesa de ser una pinzellada de noves idees per a la societat catalana, per a poder establir nous projectes, qui els pot portar a terme i, el més important, quins fan falta i dels quals la seva mancança està fent mal.

Ha estat de gran satisfacció que tots els participants han considerat de gran interès i importància aquesta perspectiva a la qual aquest estudi va dirigit. Molts d'ells han obert els ulls i han pogut nodrir-se de noves qüestions que plantejar-se, tant en l'àmbit personal i, també, per a poder compartir-les i portar-les a terme en l'àmbit laboral.

Pensem que, el fet que aquestes persones considerin que l'empoderament de la dona és un tema que està, avui en dia, molt vigent i que encara es necessita molta voluntat i feina per a poder seguir portant-lo endavant, és una gran esperança i bon pronòstic per a poder pensar que aquesta proposta d'estudi sobre dones lesbianes es podrà portar a terme algun dia i que aconseguirem, en un futur, una societat igualitària.

Com a limitació, tenim la necessitat de comentar que les entrevistes realitzades no han estat a totes les associacions catalanes ni a un gran nombre de persones que treballin a aquestes. Constem tan sols de sis entrevistes, ja que com hem comentat, algunes associacions han denegat participar per diversos motius. Pensem que hauria estat interessant que totes haguessin volgut donar el seu petit gra d'arena per a poder realitzar aquest estudi i haver pogut contemplar més perspectives. De totes maneres, la majoria, van al·legar que no volien participar a causa de la completa desconeixença sobre el tema en qüestió i la possibilitat de poder esbiaixar la informació, pel que vam considerar que, la no participació, anava una mica més enllà que el simple fet de no participar, i que, analitzant les respostes i els motius que ens van enviar amb la denegació de l'entrevista, que hi jugaven fets com: la possibilitat de sentir que no se sap res del tema o la preocupació de no poder contestar a les preguntes.

Aquest estudi és la primera iniciativa que trobem a Barcelona que ha intentat acollir a totes les associacions que treballen amb VIH i que ha obtingut una hipòtesi molt interessant, innovadora i que de ben segur obrirà els ulls a qualsevol persona que decideixi perdre una mica de temps llegint aquestes pàgines.

Pretenem donar veu a aquest col·lectiu de dones i que serveixi per canviar aquest panorama de la societat que, actualment, es troba tan obsolet. Busquem donar una nova visió als professionals que tracten al VIH, als serveis mèdics, a les dones que tenen sexe amb dones i a la població en general. Busquem obrir els ulls i donar una mà a la causa. Perseguiu la crítica i el canvi que pugui oferir una espurna d'esperança a aquest col·lectiu, ja que estem segurs de què així ho necessita.

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aguilera, R., Alberny, M., Binefa, G., Bolao, F., Campins, M., Carrillo, R., ... Valverde, C. (2007). *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida a l'atenció primària*. Recuperat a: <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb4569eca60e5>
- Arend, E. (2005). The Politics of Invisibility The Politics of Invisibility : Homophobia and Low-Income HIV-Positive Women Who Have Sex with Women. *Journal of Homosexuality*, 49 (1). http://dx.doi.org/10.1300/J082v49n01_05
- Asla, N. Agirrezabal, A. López, A., López, A. i Broz, R. (2014). Ser mujer con VIH: autorealización y autoaceptación. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 2 (1). Recuperat a: <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path%5B%5D=510&path%5B%5D=26>
- Bailey, J., Farquhar, C., Owen, C. and Whittaker, D. (2003). *Sexual behaviour of lesbians and bisexual women*, 79 (2). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744617/pdf/v079p00147.pdf>
- Bell, A., Ompad, D. and Sherman, S. (2006). Sexual and Drug Risk Behaviors Among Women Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health*, 96 (6). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.061077>
- Castro, J. Morell, V. Gil, B. i Giménez, C. (2016). Uso de la barrera de látex en lesbianas: ¿relación con la compulsividad sexual? *Ágora de Salud*, 3. doi:<http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2016.3.9>

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya. (2018). *Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya*. Recuperat a:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/S/sida/enllasos/anual_VIH.pdf

Chan, S. Thornton, L. Chronister, K. Meyer, H. Wolverson, M. Johnson, C. ... Sullivan, V. (2014). Likely female-to-female sexual transmission of HIV. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63 (10). Recuperat a: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6310.pdf>

Fethers, K., Marks, C., Mindel, A. and Estcourt, C. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually transmitted infections*, 76. doi: 10.1136/sti.76.5.345

Generalitat de Catalunya (2016). *Canal Salut: VIH/Sida*. Recuperat a:
<http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/s/sida/>

Gil, M., Morell, V., Giménez, C. Salmerón, P. and Ballester, R. (2018). Sexual Sensation Seeking : A Validated Scale for Spanish Gay, Lesbian and Bisexual People. *AIDS and Behaviour*.
<https://doi.org/10.1007/s10461-018-2182-6>

Gorgos i Marrazo (2011). Sexually transmitted infections among women who have sex with women. *Clinical Infectious Diseases*, 53. doi: 10.1093/cid/cir697.

Herrera, C i Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH / SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44 (655). Recuperat a:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008

Institut Català de la Salut. (2018). *Experts remarquen la necessitat d'adoptar precaucions per evitar infeccions de transmissió sexual, sobretot a l'estiu*. Recuperat a:
http://ics.gencat.cat/es/detall/noticia/cc_infeccions_transmissio_sexual_estiu_2018_ICS

Logie, C, James, L., Tharao, W. and Loutfy, M. (2012). “ We don ” t exist ”: a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian , bisexual , queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15 (17392).

<https://doi.org/10.7448/IAS.15.2.17392>

Ministerio de Sanidad, consumo y de bienestar social (2018). *Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España*. Recuperat a:

https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf

Mora, C. (2009). *Vulnerabilidad al VIH/Sida: sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro*. Recuperat a:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2376>

Muzny, C., Harbison, H., Pembleton, E., Hook, E. and Austin, E.(2013). Misperceptions regarding protective barrier method use for safer sex among African-American women who have sex with women. *Sexual Health*, 10. <http://dx.doi.org/10.1071/SH12106>.

ONUSIDA (2018). *Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017*. Recuperat a:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Orcasita, L. Palma, D. i Munévar, J. (2013). Percepción de riesgo frente al VIH: Estudio en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (2). Recuperat a:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865213.pdf>

Palma, D. Munevar, J. and Orcasita, L. (2017). Risk Perception in Young Homosexual Women from Cali, Colombia. *Archivos Brasileiros de Psicología*, 69 (3). Retrieved from:

<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD46407.pdf>

Palma, D. i Orcasita, L. (2018). “La solución es la tijera”: Programa de Salud Sexual para Mujeres Lesbianas y Bisexuales. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 34. doi:
<https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34419>

Romero, L. (2016). Lesbianas, atención sanitaria, salud y sexualidad. *Gehitu Magazine*, 97.
Recuperat a: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD35268.pdf>

Ruipérez, G. i García-Cabrero, J. (2016). Plagio e integridad académica en Alemania. *Revista Comunicar*, 48, 9-17.

Sancho, R. Savoie, C. García, A. Álvarez, C. Montero, E. Portero, I. i González, A. (2012). *Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). FELGTB*. Recuperat a: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD19505.pdf>

Teti, M. and Bowleg, L. (2011). Shattering the Myth of Invulnerability : Exploring the Prevention Needs of Sexual Minority Women Living with HIV / AIDS. *Journal of Gay and Lesbian Services* ,23. <https://doi.org/10.1080/10538720.2010.538009>

Young, R. and Meyer, I. (2005). The Trouble With “ MSM ” and “ WSW ”: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health*, 95 (7).
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.046714>

8. ANNEXOS

ENTREVISTA 1: *STOPSIDA*.

Direcció: Carrer del Consell de Cent, 246, 08011 Barcelona

Data: 14/02/2019

Hora: 11:30

Duració de l'entrevista: 13 minuts i 50 segons



Figura 2: Logotip Stopsida

Es realitza una primera introducció sobre el treball i els seus propòsits.

Paula: ¿Cuál es tu labor aquí en la asociación y qué actividades lleváis acabo como asociación en general?

Stopsida: *Stopsida* es una entidad de base comunitaria y eso quiere decir que son voluntarios LGTB y hombres y mujeres transexuales que ejercen el trabajo sexual los que dirigen la organización. Entonces, se organizan en grupos de trabajo y cada uno tiene un representante que forma parte de la junta directiva. Entonces, hay un grupo que hace pruebas de VIH, otro grupo que organiza talleres y otro grupo que contesta consultas en aplicaciones en espacios de encuentro. Los trabajadores y trabajadoras sexuales también, en sus ámbitos de trabajo, hacen intervenciones. Esto permite detectar lo que está pasando en la comunidad y qué les está preguntando la gente, qué problemas están identificando y, para esto, hay un canal muy rápido, que es a través de estos representantes. Llega a la junta directiva y podemos tomar decisiones muy rápidas de cómo podemos responder. Esto lo hacen los voluntarios con el soporte de los técnicos, que somos nosotros. Yo soy un técnico de proyectos de la entidad y ahora también tengo funciones de gerencia. Aparte de lo que hace el voluntariado, también ofrecemos servicios profesionalizados de psicología, atención jurídica, inserción laboral...

Paula: Muy bien. ¿Qué piensas sobre la situación sobre las mujeres lesbianas que tienen VIH? ¿Qué te viene a la cabeza al decir esto?

Stopsida: Pues me ha gustado mucho la propuesta de tu trabajo, de focalizarlo en la invisibilidad. Están muy invisibilizadas las mujeres lesbianas en lo que tiene que ver a su vulnerabilidad frente al VIH, porque estadísticamente no se recoge. Teníamos una gerente que se auto-declaraba lesbiana desde hace muchos años y decía que, si te hacen una batería de preguntas de cuáles han sido tus prácticas de riesgo y alguna vez has tenido alguna práctica de riesgo de penetración o de consumo de drogas, con que lo hayas hecho una sola vez, ya te quitan de la categoría de mujer lesbiana y te ponen como consumidora de drogas o como relación heterosexual. Hacía la broma de que, según esta estadística, su madre sería lesbiana y ella no. (Riu).

Paula: (Riu).

Stopsida: Al no recoger este tipo de preguntas que recogen la práctica de mayor riesgo, claro, al final, solo apareces como mujer lesbiana afectada por el VIH en el caso de no haber tenido ninguna de las prácticas que se consideran de riesgo, por defecto. Con lo cual, está muy sesgado ese número y no es realista respecto al número de mujeres lesbianas que puedan estar con VIH.

Paula: Precisamente te iba a preguntar sobre los datos epidemiológicos de España y Cataluña. Sobre VIH, solo aparecen como que lo padecen los hombres gay, hombres heterosexuales, mujeres heterosexuales, vía embarazo o por consumo de drogas. Entonces, me fijé que no estaba la categoría de mujer lesbiana y te quería preguntar, ¿por qué motivo crees que pasa esto?

Stopsida: Es un sesgo epidemiológico. La epidemiología nos aporta muchísimas cosas pero, como contrapartida, como solo recogen las prácticas de mayor riesgo, van a asumir que la mujer se ha infectado por esa práctica diferente a sus relaciones sexuales con otras mujeres. Es, básicamente, por eso y, lo triste también, es que los fondos que se asignan para dar respuesta a la población en temas de VIH están muy directamente relacionados con esos datos epidemiológicos, es decir, existen muchos recursos para hombres gay y bisexuales en relación con el tema del VIH y no existen para mujeres lesbianas.

Paula: Sí, precisamente aquí en Barcelona, después de investigar todas las asociaciones que hay sobre VIH, he visto que se hacen muchas charlas en el ámbito homosexual e incluso que existen organizaciones dedicadas exclusivamente a hombres, aunque no he encontrado ninguna solo para mujeres. ¿Hay alguna?

Stopsida: En temas de salud, no. Existe *Creación Positiva*, que no es específicamente para mujeres lesbianas, pero sí que se aborda el tema del VIH desde una perspectiva de género. Está llevado por mujeres lesbianas y son muy sensibles a esta invisibilidad y esta problemática.

Paula: **¿Sabes de alguna investigación que se haya hecho solo para mujeres? ¿Actualmente?**

Stopsida: De nuevo, la epidemiología marca dónde van los recursos y los recursos no se están destinando a investigar temas que tengan que ver con VIH en mujeres.

Paula: **Entonces, también encontramos muchos estudios que dicen que cuando las mujeres acuden a pedir ayuda por tema sexual o alguna infección, en muchas ocasiones, en las propias revisiones médicas, no se le pregunta por su orientación.**

Stopsida: Sí, esto es otra cosa. Nosotros, por ejemplo, tenemos un grupo de voluntarios que son LGTB y en la formación que les damos están recogidas todas las prácticas entre mujeres para poder ofrecer una mejor formación. En relación con lo que me habías preguntado, durante muchos años hubo una técnica con nosotras que era lesbiana y nos comentaba, a nivel personal, esa dificultad de que el personal sanitario asume la heterosexualidad de las personas que acuden a consulta. Nosotros estamos haciendo formación a personal sanitario en temas que tienen que ver con la sexualidad y abordamos el tema de los prejuicios. Una de las dinámicas es abordar el tema de los ginecólogos, que a la hora de recibir atención, tienes que aclarar a una mujer que se siente obligada a desmentir las suposiciones que está haciendo el médico, ya que cuesta poco hacer una simple pregunta sobre orientación sexual y poder ofrecer una mejor atención.

Paula: **¿A lo mejor, por vergüenza, no lo preguntan?**

Stopsida: Claro, pero es necesario...

Paula: **¿Y no podría ser, que las propias mujeres lesbianas, por estigma, si les preguntan, digan que son heterosexuales?**

Stopsida: Podría ser, en algunos casos, no digo que no. El tema de la LGTB-fobia está y las personas lo gestionan como pueden y saben. A veces, puede ser difícil visibilizarse como una

persona LGTB, aunque tampoco sería la norma. Estaría muy chulo y está pasando, que el personal sanitario se sensibilizara sobre la necesidad de hacer preguntas y hacer una anamnesis mucho más ajustada.

Paula: Sí. También he encontrado muchos estudios que dicen que, las mujeres lesbianas, no usan protección para las prácticas de riesgo. Es decir, como que está muy bien visto el condón, pero todo lo que es exclusivamente para mujeres... Mucha gente no sabe ni que existen métodos para realizar sexo oral, no tienen ni idea. ¿Crees que ellas no lo utilizan porque se considera que el VIH, por ejemplo, solo se contagia con hombre y mujer u hombre y hombre? ¿Es posible que no lo vean como un riesgo?

Stopsida: Bueno, no lo sé, no puedo generalizar como lo perciben las mujeres lesbianas porque no soy mujer lesbiana y no me relaciono mucho con la comunidad de mujeres lesbianas. Pero sí que se dan mensajes en los medios de comunicación sobre esto que estás diciendo, una falsa creencia de que el sexo entre mujeres no es de riesgo. El riesgo no está vinculado a con quién tengas sexo sino el tipo de práctica que tengas, entonces muchas de las prácticas entre mujeres que tienen que ver con estimulación oral o frotamiento de sexos, tiene un riesgo muy bajo, pero el tema de intercambio de juguetes sexuales sí que tendría un mayor riesgo a la hora de transmitir el VIH.

Paula: ¿Crees que ellas disponen de suficiente información? Es decir, lo que hemos comentado antes de la entrevista, que te explican unas cosas, pero otras pasan completamente desapercibidas...

Stopsida: (Pensa).

Paula: ¿Crees que falta sensibilizar a la sociedad?

Stopsida: La información está disponible. Hay mujeres que están empezando a intervenir en aplicaciones para conocerse entre mujeres y está generando bastante sorpresa o incredulidad, pues que sean intervenciones para la salud en esos espacios, es algo nuevo para ellas el poder preguntar directamente o que haya un perfil para que ellas puedan hacer preguntas. Es decir, en ese sentido, tal vez no sea tan accesible la información o la sensibilización de que puedan preguntar y pueden haber dificultades que tengan a ver con la salud sexual y que les afectan a ellas, pero yo creo que las mujeres lesbianas suelen informarse de todo lo que tiene que ver con el cuidado de su salud.

Paula: Aunque puede que a lo mejor ellas mismas tengan que decidir informarse, es decir, no le viene la información de por sí.

Stopsida: Claro, no es como la comunidad gay en la que envían todo el rato mensajes de salud, que es un bombardeo continuo...

Paula: En la televisión misma.

Stopsida ¡Hazte la prueba, hazte la prueba! ¿No? Nosotros lo tenemos muy presente, en cualquier revista gay, tú te pones a hojear y aparecen mensajes que tienen que ver con que te hagas la prueba o temas de salud. Claro, esto no está presente en la comunidad de lesbianas. A lo mejor, puede generar la creencia de que no es un tema relevante.

Paula: Claro, es que mismamente en la televisión el condón sí que aparece, pero el plástico que se utiliza para hacer sexo oral a una mujer, yo no lo he visto nunca aparecer, ni otras cosas tampoco.

Stopsida: Nosotros, el mensaje que damos, es dar la información para que las personas puedan hacer un balance entre el riesgo y el placer, porque cada persona pone su equilibrio en un punto diferente. Por ejemplo, en sexo oral es un riesgo muy bajo para las mujeres y, sobre todo, muy vinculado en presencia de menstruación. Entonces, entiendo que muchas mujeres decidan no utilizarlo, pero bueno, es interesante que conozcan que existen métodos barrera que están disponibles para ellas en el caso de querer utilizarlos.

Paula: Claro, estaría muy bien que la gente supiera lo que hay y, a partir de ahí, decidir.

Stopsida: Claro, ese es nuestro objetivo.

Paula: Bueno, hemos terminado. ¿Quieres añadir alguna cosa más?

Stopsida: Creo que, en organizaciones como la nuestra, a veces hacemos esfuerzos de poner financiación propia para poder hacer materiales como el que te envié para las mujeres y para poder romper la necesidad de visibilizar también entre mujeres, en relación con la salud sexual. Es una

lástima pues que, para esta parte de la población, no haya más recursos para poder facilitar más materiales de información o más servicios que sean específicos para ellas. *Creación positiva* los tiene y nosotros, desde el voluntariado, también crecemos a la hora de dar talleres y dar información por internet, pero creemos que hace falta más.

ENTREVISTA 2: *BCN-CHECKPOINT*

Direcció: Carrer del Comte Borrell, 164-166, 08015

Barcelona

Data: 25/02/ 2019

Hora: 12:00h

Duració: 46 minuts i 51 segons

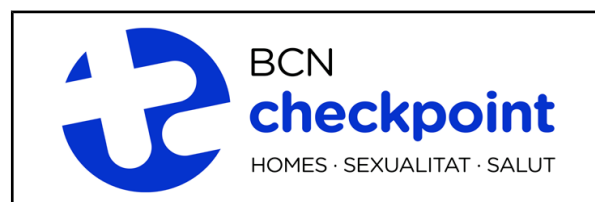


Figura 3: Logotip BCN Checkpoint

Es realitza una primera introducció sobre el treball i els seus propòsits.

BCN Checkpoint: Hi ha una autora sobre transsexuals que replica a una autora catalana que es diu Montse Pineda i hi ha una mica de baralla entre les dues, però aquesta no és la part que m'interessa de l'article, sinó que la Beatriz Gimeno vol tancar un debat en aquest sentit, que segons elles és artificial, no? És a dir, el que estableix que realment no cal imputar el col·lectiu de les dones lesbianes, que ella ho és, una patologia que no les afecta per què precisament fent-ho, tapa altres problemes reals que sí que poden tenir les dones lesbianes en relació a la sexualitat, com és el virus del papil·loma humà o altres ITS que si que són transmissibles en contacte entre dues dones, no? Per tant, jo crec que seria interessant donar un cop d'ull. Jo em dedico al VIH d'ençà que, pràcticament, vaig saber que el tenia, això va ser l'any 86, quan no hi havia ni tractament i vaig tardar un temps per assumir aquesta situació. Vaig deixar tot el que feia i vaig posar en marxa una organització, el *Projecte dels Noms*. Ara tenim dues clíniques que són el primer centre de diagnòstic de tot Espanya, després de la clínica Sandoval de Madrid, en nombre de casos de diagnòstics de VIH.

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: És veritat que, al llarg de tots aquests anys, no he vist que el panorama canviés gaire, no? Però bé, tu portaves una sèrie de preguntes, si vols, ens ajustem a les teves preguntes?

Paula: Sí. El centre que està just aquí el costat, sou el mateix centre?

BCN Checkpoint: Sí, som el mateix, però amb diferents objectius. El d'aquí al costat, és un centre que el que fa és proporcionar profilaxi preexposició, que és la pastilla preventiva del VIH, en el context de determinats estudis. També realitza el seguiment a les persones que la compren en línia per protegir-se del VIH amb la pastilla preventiva. Llavors, han de seguir uns controls mèdics i de ITS, per tant, la gent que tenim aquí el costat, bàsicament fan aquest tractament preventiu. Aquí el que fem són les proves de detecció, no només del VIH, sinó de clamídia, gonorrea o altres ITS.

Paula: D'acord. El *Projecte dels Noms* que has comentat, és també?

BCN Checkpoint: El *Projecte dels Noms* és el nom oficial de l'organització, no té res a veure amb aquests serveis que s'ofereixen. El *Projecte dels Noms* és un projecte molt antic des dels inicis de l'epidèmia, de la visibilització de l'epidèmia, a través d'exposar públicament memoràndums de la gent que havia mort. És un projecte Americà que jo vaig importar aquí, però, sigui com sigui, això el que denota és que en aquells primers anys, el que calia, era visibilitzar una situació que ningú en parlava i amb el temps, el que vam entendre i el que vaig entendre, és que calia proporcionar uns serveis adequats a la comunitat perquè el sistema, per si mateix, no estava donant una resposta adequada a aquest grup de població. Principalment, homes que tenen sexe amb altres homes, siguin bisexuals o siguin homosexuals i, també, dones transsexuals que, per la seva pròpia vulnerabilitat, també és un dels col·lectius que tenen una prevalença més elevada de la infecció.

Paula: Sí, quan vaig parlar per telèfon amb vosaltres, em vau comentar que aquí treballeu amb homes que tenen sexe amb homes i també transsexuals, no?

BCN Checkpoint: Sí.

Paula: D'acord. La meva primera pregunta és: Què penses sobre la situació entre dones lesbianes que tenen VIH?

BCN Checkpoint: Jo, personalment, he conegut alguna dona lesbiana que ha tingut el VIH. Ho porto al terreny personal perquè no em consta que hi hagi gaire casuística. En tot cas, les que jo he conegut, són dues persones que havien contret el VIH amb una relació sexual amb un home. A part, hi ha una tercera persona que vaig conèixer, molt circumstancialment, que ho havia contret per injecció parenteral. Però clar, aquí l'orientació sexual...

Paula: No té res a veure.

BCN Checkpoint: No hi tenia res a veure, no? Evidentment, a partir d'aquí, eren 2-3 casos. Molts anys enrere, quan les necessitats eren unes altres, les dones lesbianes potser no trobaven un encaix, ni tan sols en els grups d'ajuda mútua que en aquell moment estaven establerts, perquè estava més establert per a dones heterosexuals, que aquí sí que en teníem moltes d'infectades i també homes gais, tot i que dones heterosexuals sempre n'hi ha hagut menys. En les poblacions on el VIH és endèmic, no parlo d'Europa, parlo de l'Àfrica Subsahariana, les persones més perjudicades són les dones. No lesbianes, en aquest cas, però podrien ser-ho també, evidentment. A vegades, tant lesbiana com homosexual, poden ser també bisexuals, sobretot moltes dones més que potser homes, ja que per la meva experiència, he conegut més dones lesbianes que, en algun moment de la seva vida, han mantingut també relacions amb homes que no homes gais. En tot cas, les dones són les pitjors parades. Primer, perquè són molt més vulnerables que un home a ser infectades, és a dir, la transmissió del VIH quan no està tractat... Cal tenir i remarcar la informació que, quan una persona amb VIH fa tractament, és impossible que transmeti la infecció, això és importantíssim, perquè col·labora a lluitar contra l'estigma i contra els prejudicis de les persones amb VIH, és a dir, en el moment en què fa tractament i la càrrega viral és indetectable, i això és pràcticament el 100% de les persones que tenim VIH, és impossible que transmetem el VIH a una altra persona. Per tant, són molt segurs des d'aquest punt de vista, no?

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: Sigui com sigui, quan el VIH no està diagnosticat i és transmissible, sobretot en les primeres fases de la infecció, què és quan és més transmissible, un home que tingui relacions sexuals sense cap mesura preventiva amb una dona, hi ha moltes probabilitats que l'infecti VIH. Entre altres coses, perquè a les penetracions vaginals, en podríem parlar en centímetres quadrats de mucosa exposada, és infinitament superior a la del glan de l'home. Si aquestes són rectals, en aquest cas són tan arriscades com entre homes. Ara bé si una dona queda infectada, fixa't, suposem això en

un escenari hipotètic, que aquest home infecta aquesta dona i aquesta dona té el VIH, però aquest VIH és transmissible. Si ara, aquesta dona, té relacions sexuals amb un altre home, no amb una dona, un altre home, les probabilitats de què li transmeti el VIH ja es redueixen moltíssim, encara que no utilitzin mesures preventives, m'explico?

Paula: Sí, sí.

BCN Checkpoint: Moltíssimes en comparació en les possibilitats que hi ha d'un home a una dona i si té sexe amb una altra dona, el més probable, gairebé segur, és que no es transmetrà. Per tant, aquí la cadena de transmissió es deté. Ara, els factors que fan que a l'Àfrica Subsahariana les dones en surtin tan mal parades, crec que van una mica més lluny. Són societats molt masculistes en les que no sempre poden decidir elles lliurement el moment i amb qui tenir aquestes relacions.

Paula: Sí. Les dones Subsaharianes pateixen violacions i totes aquestes difícils situacions.

BCN Checkpoint: Sí, et poso un exemple. Hi ha una periodista que treballa al Chad, que està fent profilaxi per exposició al VIH, què és la pastilla preventiva, que tot i que encara no està regularitzada a Espanya, s'aconsegueix. Aquesta dona treballa de periodista al Chad i una de les seves pors és que la violin en un moment determinat, és a dir, que la violin vol dir que no permeti una relació sexual però que l'acabarà tenint perquè la forçaran a tenir-la. Per tant, en previsió del que pugui passar, potser no preveu una violació que li comporti la mort, simplement un abús sexual. Clar, ella preveu que com que en el Chad el VIH és endèmic en els homes heterosexuales, que no acabi només amb la violació sinó que amés li quedi un VIH per tota la vida. Cal dir que no ho fa per les seves relacions personals que ella pugui triar, sinó previsió de si té algun incident d'aquest tipus en aquest país. Estem parlant de societats diferents també, tot i que a la nostra, déu ni do el que estem veient, però igualment, crec que no és comparable.

Paula: No, no és comparable, però tampoc és l'única que surt de nit pel carrer i pensa...

BCN Checkpoint: Exacte.

Paula: Miro al darrera per veure qui ve, saps?

BCN Checkpoint: Sí, sí... exacte.

Paula: Després, també vaig descobrir per internet, que a les dades epidemiològiques que surten cada any, les dones lesbianes no apareixien i volia...

BCN Checkpoint: Mira, aquest debat és el que et deia, les dones lesbianes, si no es tastessin, perquè hi ha que adjudicat: clar, és que no es fan la prova, no es diagnostiquen. Tu has de partir d'una base, el VIH és un retrovirus de la família dels lentivirus, que vol dir que actua de manera que, en alguns casos és més agressiu però, de manera generalitzada, actua lentament en la destrucció del sistema immunològic de les persones i el destrueix. Això és el que passava als principis de l'epidèmia quan ningú ho sabia, els primers casos es van diagnosticar en persones, no amb una prova, sinó que els van diagnosticar per símptomes, és a dir, persones que estaven en una fase de sida perquè el seu sistema immune estava ja completament destruït i desenvolupaven des de pneumònia que els mataven a toxoplasmosi, virus... és a dir, moltes patologies en les quals ja convivim i, a partir d'aquí, com que no hi ha un sistema immune que et protegeix, doncs tot això esclata. Per posar un exemple, l'herpes simple et pot fer una pansa quan estàs refredada, però si no tens sistema immunològic et pot infectar tots els òrgans interns i et pot acabar matant, no? Això és el que passava, la gent moria de sida perquè quan ens la diagnosticaven per símptomes estaven en una fase terminal. Avui en dia, no és així, tenim una prova diagnòstica que pot diagnosticar la infecció dels primers estadis de la infecció i anar tractant immediatament abans que el sistema immune estigui tan malmès, no? Si una persona, home o dona, no es fes mai la prova del VIH i estàs infectada, tret d'un petit nucli molt petit que s'anomenen controladors d'elit que són persones que, pel motiu que sigui, no presenten càrregues virals gaire elevades i es diu que el virus no progressa. Però això és un percentatge ínfim de la població, és a dir, que si tu tinguessis VIH i no et fessis la prova... Això passa a vegades, simplement...

Paula: Per por?

BCN Checkpoint: Per por o, directament, per manca de percepció de risc, és a dir, per pensar que a mi, això, no em pot afectar perquè només tinc aquest noi. De fet, aquests casos n'hem vist. Aleshores arribaria un moment que podrien passar dos, tres, quatre o fins i tot alguns casos 10 anys. Arribaria un moment que ingressaries per urgències amb algunes d'aquestes patologies, simplement perquè el teu sistema immunològic estaria pràcticament destruït, el teu nivell de limfòcits adequats seria tocar de zero. Per tant, que les dones lesbianes no es fessin el test, aleshores el que veuríem és

una incidència elevada, en aquest cas dones lesbianes, que ens entren per urgències a causa de no haver estat diagnosticades i això, tampoc no ho hem vist en aquests 40 anys d'epidèmia, m'explico?

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: És a dir, quan s'atribueix la manca de diagnòstic com a factor primordial, quan no apareixen en els registres, aquest no es sosté, perquè el diagnòstic precoç és importantíssim. Una persona infectada que no es fa la prova, pot tardar 3,4 5 i fins 10 anys, però caurà, immunològicament no es sostindrà i entrarà en una sèrie de patologies, el que en diem sida. Entrarà en la sida declarada que ara, per sort, no la veiem gaire, ja que gairebé tothom es diagnostica abans d'arribar en aquestes fases finals de la infecció no?

Paula: Sí. d'acord. Després també vaig trobar, tot i què això no crec que sigui exclusiu de dones lesbianes, què no se'ls demana per la seva orientació sexual durant revisions mèdiques.

BCN Checkpoint: Això es una altre qüestió i amb aquesta hi estic d'acord, no és que amb l'altre no hi estigui però vaja, jo m'haig de remetre a lo que es publica, no? A la literatura científica i, per tant, et dic que la casuística és pràcticament inexistent, no? No sembla gens fàcil que es pugui transmetre en una relació tret de que intervingui la sang d'una manera molt directe i ni tant sols la sang menstrual. Ara bé, a mi no m'agrada parlar en nom de les dones lesbianes, això també ho vull deixar clar perquè crec que no sóc la persona adequada per fer-ho. Primer, perquè no sóc una dona lesbiana, no? Tampoc m'agrada que parlin de mi com, a persona amb VIH, les persones que no el tenen, no? Per tant, no em sento una persona autoritzada però si que et contestaré la meva opinió subjectiva i personal. La sanitat pública ha millorat una mica en els darrers temps, el tractament que haurien de rebre i quan això ja passa amb homes gais o amb homes homosexuals i amb dones homosexuals també, si parlem de dones lesbianes, doncs imagina't com és ja la situació amb persones transsexuals.

Paula: Sí...

BCN Checkpoint: Per què, per una banda, l'estament mèdic no estava preparat, en el cas dels homes gais això se'ls va venir a sobre. Jo sempre he dit que gràcies a la sida hem millorat moltes coses, no només clínicament parlant, perquè gràcies a la recerca moltes altres patologies s'han beneficiat evidentment d'aquesta recerca. Perquè els homes gais i les persones, totes, no estic segur,

això és una opinió meva, no estic segur de què estariem en el punt d'acceptació social relativa, que tenim en l'actualitat, fins i tot, amb la llei de matrimoni igualitari, si a començament dels 80 aquesta gran catàstrofe que va ser la sida, no hagués posat de manifest que hi havia moltes persones que no compartien la sexualitat majoritària, sí? La sida va obligar a parlar-ne de tot això, la gent es moria, era un desastre a nivell social, no? Va ser un veritable desastre, al 93-94 a Espanya morien de mitjana entre 3 i 5 mil persones cada any, era una catàstrofe fins a mitjans dels 90 que no es va poder. Per tant, sempre he pensat que si no haguéssim tingut aquesta crisi tan tremenda que ens ha fet perdre tants companys, tanta gent... Jo crec que seríem, potser, en el camí dels drets, però encara no haguéssim arribat on hem arribat. Perquè clar, hi va haver de manera forçada, les administracions, el sistema, es va veure obligat a afrontar el problema, a reconèixer-ho... Igual que està passant ara, que me n'alegro moltíssim perquè no ho havia vist mai amb l'edat que tinc. Doncs un pensa que ho he vist ja gairebé tot, no? Jo ara veig sorgir associacions de pares de nens i nenes transsexuals... em sembla a mi que un cop nou i molt positiu.

Paula: Moltíssim.

BCN Checkpoint: Molt positiu. Veure l'Associació *Chrysalis* amb els nens i les nenes amb pares que accepten aquests fills i que donen visibilitat a un problema que fins i tot jo ignorava, vull dir, jo no he tractat mai amb nens i nenes transsexuals, sí que he tractat amb persones transsexuals adultes però sempre m'havia, d'alguna manera semblat, que la transsexualitat era una qüestió que es determinava en una persona adulta, no? Ara de cop i volta veure tot això, jo crec que posa també de manifest, en aquest cas, per sort, no per una crisi de salut, tot i que hi ha suïcidis i situacions molt indesitjables, no? Però posa davant la societat tot una realitat que quan jo era jove això era impossible. Per tant, jo crec que la sida en aquest aspecte va ajudar. Va ajudar que avui en dia tinguem més drets que poden arribar a ser qüestionats per l'arribada de les dretes al poder i tot això, però bé, no siguem catastrofistes, no?

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: Me n'he anat una mica, perquè la pregunta ja me l'he oblidat... (Riu).

Paula: (Riu). Era això de què a les revisions mèdiques no se'ls pregunta per l'orientació sexual molts cops.

BCN Checkpoint: A veure, vivim en un món masclista i heteropatriarcal...

Paula: Ja es dona per suposat l'heterosexualitat.

BCN Checkpoint: Sí. Jo no crec que tot s'hagi de mirar d'aquesta perspectiva, evidentment no tothom és igual, però hi ha una tònica dominant que és aquesta, és a dir, la incomoditat d'un home davant d'una dona lesbiana pot ser manifesta d'un home metge, no? És a dir, si d'entrada aquest home ja té prejudicis, encara que no els pugui manifestar a la consulta, aquesta atenció sanitària que farà ja no serà de qualitat. Això ja no és una bona praxi, un metge hauria de deixar, com tothom, com tu i jo, els prejudicis que tinguem, els hauríem de deixar a casa. Això passa amb els homes homosexuals també, hi ha molts d'homes que no s'atreveixen a preguntar-li a un home si és gai perquè té por que s'ofengui, no s'atreveixen a preguntar a una dona si és lesbiana perquè tenen por que s'ofengui, perquè clar, perquè li pregunto? Perquè clar, té pluma, oi? Perquè es veu, saps? Hi ha un món de barreres, que no caldria que hi fossin, perquè en realitat hauria de ser molt normal. Home, en arribar a una consulta mèdica, si el client contesta malament, doncs serà una maleducada o un maleducat, però si a tu et pregunten: Em podries dir la teva orientació sexual, si us plau? Ja està! Queda resolt, quin problema hem de tenir? Ara, també és veritat que hi ha l'agència dels Fundamental Rights Agency, la FRA, que és l'agència de drets fonamentals de la unió europea que, en els seus reports, als informes anuals, sempre any rere any, tornen a posar de manifest que és el col·lectiu LGTBI, així com les dones lesbianes, les que més incòmodes se senten en l'àmbit sanitari. La FRA va fer una enquesta a la unió europea entre metges que van poder respondre sense cap mena de por, ja que era anònima i si que he de remarcar, no per disculpar ningú, però remarcar que no van participar metges espanyols, però n'hi van participar d'italians, polonesos, francesos. Saps quin era el percentatge de metges que consideraven que, malgrat que l'OMS ha dit que la homosexualitat no és una patologia, que la bisexualitat, la homosexualitat o el lesbianisme, eren uns trastorns, diguem, que era una malaltia?

Paula: Quin ha estat el percentatge?

BCN Check Point: A prop del 50%.

Paula: Què dius!

BCN Checkpoint: Ara i avui, a la Unió Europea, una altra cosa és que un metge no t'ho manifesti això quan et visiti...

Paula: No, clar...

BCN Checkpoint: D'aquí que moltes dones preferiran, moltes vegades, en un món patriarcal i masclista, no dic totes, però moltes preferiran un ginecòleg que sigui com elles, no volen un home. Joestic convençut de què no es tenen en compte les seves necessitats, com no es tenen en els transsexuals les qüestions hormonals. En l'assumpte de les lesbianes crec que el debat del VIH, al revés, ha tapat quines haurien de ser, que les desconec exactament, les prioritats en temes de salut.

Paula: D'acord.

BCN Checkpoint: Quan dic de salut, no em refereixo només de salut sexual. Tingues en compte que el col·lectiu homosexual dones lesbianes incloses, són més fumadores, beuen més alcohol, és a dir, tot això no és gratuït, és perquè en el fons es veuen obligades o ens veiem obligats a viure en un món que no està normalitzat i, per tant, la vulnerabilitat, la tendència, la predisposició d'abusar, amb abusar vull dir fer un abús del tabac, de les drogues. Les taxes de suïcidi està clar que són més altes les de dones lesbianes que les d'heterosexuals per percentatge de població, no? Per això simplement, perquè hi ha un cert rebuig, hi ha una certa no normalització d'una situació. Jo crec que és essencialment això, però no en tinc cap dubte que les dones lesbianes tenen unes necessitats no cobertes en qüestió de salut que van més enllà de la salut sexual i de la salut mental, perquè quan la salut sexual no és bona, la qualitat de vida, la salut mental, tampoc ho és. És a dir, ara bé, torno a remarcar el que he dit abans, crec que és millor que parli una dona lesbiana en aquest sentit que no jo.

Paula: Sí, jo sóc la primera que estudio Psicologia i quan ve una pacient a consulta, els costa molt dir que són lesbianes, és a dir, ho intenten tapar com...

BCN Check Point: Bé, això, és el que en diem autoestigma.

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: Això passa amb el VIH i a l'homosexualitat també. A veure, si jo tinc entès que pot haver-hi una discriminació, si la narrativa del VIH des de sempre s'ha fet d'una manera tan negativa, parlant de discriminació, de l'estigma. Quan a mi em diagnostiquen el VIH sense que m'hagi passat res, pressuposo que ara tindrè problemes, no? A partir d'ara, és a dir, a causa d'aquesta discriminació, que no sempre és així, però jo ja l'assumeixo. Hi ha d'haver de les dues bandes, crec que hi ha homes i dones que aniran al metge i no rebel·laran la seva orientació sexual per por a ser discriminats o discriminades.

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: Però en el fons, potser s'equivoquen, perquè potser aquell metge o metgessa, o psicòleg o sociòleg, no ha donat cap símptoma de fer això...

Paula: No, clar, evidentment no el dónes però...

BCN Checkpoint: Hi ha una prevenció prèvia que és l'autoestima, això en l'homosexualitat passa molt, com que no es viu lliurement, com que hi ha una societat hipòcrita, no? Ens passa fins i tot a nosaltres, que som un centre de proximitat on no hi hauria d'haver cap mena de tabú entre nosaltres, no? Per exemple, nois llatinoamericans, què ens diuen? Ens diuen que són actius, que no són passius en les relacions, per què? Per què vénen d'un masclisme tan fort que ser homosexual és pitjor. Clar, ser passiu és relegar-te a la condició de la dona, no? La que rep, la passiva, sí? Doncs penses, aquest home, què no m'ho pot dir a mi? Perquè li pregunto, no per xafarderia, no per tafaneria, li preguntem per qüestions en relació a la vulnerabilitat al VIH, no?

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: Fixa't que si aquest home ve de Buenos Aires, què és una societat més moderna, més desenvolupada, que parlo de Llatinoamèrica, et diu què és passiu amb molta més facilitat però si aquest home ve de Quito, de l'Equador o del Salvador, normalment, evidentment diu que és homosexual, per això està aquí, però vol mantenir la seva masculinitat.

Paula: Sí, no revela que és passiu.

BCN Checkpoint: Si, això ja és ancestral, ja venia dels romans. Aquestes mateixes persones, quan venen a Barcelona i s'acaben quedant aquí, amb el temps, descobreixen també una altra manera de viure, més oberta, treure els propis prejudicis. Però vull dir que, fins i tot aquí, a mi, a nosaltres, que no hi hauria d'haver cap vergonya, hi ha homes que els fa vergonya de dir que són penetrats per un altre home, com si això fos pecat.

Paula: Sí...

BCN Checkpoint: És que home, doncs en aquest cas, totes les dones us hauríeu de sentir molt malament perquè sou vosaltres les penetrades.

Paula: Ostres, sí! (Riu).

BCN Checkpoint: No? Doncs alguns homes ho associen a una vergonya, una mena de manca de virilitat i ens passa aquí, doncs que ha d'anar a passar a un CAP. També, tenim nanos molt joves, quina edat tens tu? T'ho puc preguntar?

Paula: 23.

BCN Checkpoint: Una mica més joves que tu que quan descobreixen... A vegades, són símptomes infundats, però tenen una molèstia després d'una relació sexual i pensen que potser és producte d'aquella relació sexual i pobres, a mi em sap molt greu, perquè això no hauria de ser així. Ens escriuen desesperats que si els podem ajudar perquè de cap manera se'ls acudiria anar al metge de capçalera, els fa molta vergonya.

Paula: Ja...

BCN Checkpoint: El cas d'un home que ha fet una fel·lació, per primera vegada a la vida, jo lamento que no l'hagi pogut fer d'una manera neta. Quan dic neta, vull dir neta de prejudicis i amb la persona que ha volgut. Quan això passa, a vegades, és perquè no ha estat normalitzat, en un món en què aquesta fel·lació s'ha produït per primera vegada, és una experiència important en la vida d'una persona, és el primer cop que es fa això però no es fa ni tan sols amb la parella que més t'ha agradat, sinó amb la que has pogut, perquè en determinats entorns, potser no has pogut optar pel que volies, no? Però l'impuls hormonal t'ha portat a fer aquella fel·lació on després hi ha un sentiment

de culpa terrible: els fa mal la gola o pensen que han agafat alguna cosa. No estem en una societat que permeti anar al metge de capçalera. El noi té una por terrible d'anar al metge i que li digui: I tu perquè n'has de fer de fel·lacions? I molt menys als pares, sí que hi ha algunes famílies que avui en dia són...

Paula: Però no totes (Riu).

BCN Checkpoint: Però no totes. A part, no sé si els pares són els millors per a parlar segons que, perquè incomoda una mica les dues parts, no?

Paula: Sempre he pensat que estaria bé poder-ho parlar perquè són persones amb una experiència que et saben donar, sobretot si tens 16 anys, et poden donar un millor consell que el teu amic què és igual de nen que tu.

BCN Checkpoint: Sí, però no podem oblidar que venim d'una repressió sexual de més de 2000 anys i que no és tan senzill. Podem viure la sexualitat d'una manera més oberta, tu segur que la viuràs i la vius molt més oberta que la teva mare, tot i que ella deu ser molt jove, per la qual cosa es podria integrar en aquest grup que van viure la sexualitat bastant normalitzada, però la teva àvia segur que ja no va anar per aquí.

Paula: Evidentment, no. Doncs mira, abans m'has comentat que, estàvem parlant de VIH però que realment hi ha moltes altres ITS, tu diries que les dones lesbianes no empren mètodes de barrera?

BCN Checkpoint: Jo no sóc molt partidari dels mètodes de barrera tret de quan estan molt justificats. M'explico, en el cas del VIH, estem parlant d'una patologia incurable i potencialment mortal si no es fa tractament. Encara que es tingui accés al tractament, tampoc és una cosa que puguem minimitzar perquè segueix sent una patologia gravíssima, és a dir, que incrementa els factors de risc de les persones afectades, encara que estem aparentment bé, de desenvolupar determinats càncers i altres malalties, molt per sobre que la mitjana de la població. A més a més, amb un sistema immunològic compromès de per vida, mentre a això no se li trobi alguna solució, mentre això no arribi, jo crec que quan no es té cap altra eina, evidentment, aquí podem parlar de mètodes barrera invasius, com un condó. El condó és un mètode invasiu, les dones ho saben molt bé, quan als anys 60 no existia la píndola anticonceptiva, havien de fer servir condó totes si no es

volien quedar embarassades i, a més a més, el condó no era infal·lible, a vegades, no funcionava i s'hi quedaven, no? Però quan les píndoles anticonceptives es van comercialitzar, malgrat els prejudicis de molts metges, que deien que si les dones s'hi quedaven, era perquè havien de tenir la criatura, doncs imagina't, no? Hi havia aquesta mentalitat... Quin mètode de barrera? Si l'embaràs, les dones, estan per reproduir i per això, durant el franquisme, se'ls donaven premis a les famílies nombroses i ho veies en aquella televisió en blanc i negre, que els hi havien donat un premi i Franco els rebia perquè eren catorze!

Paula: (Riu).

BCN Checkpoint: Dius mare de déu senyor, ha tingut catorze fills, aquesta dona no ha fet res més en la vida, com ha pogut aguantar això? Sigui com sigui, jo tinc una visió molt positiva sobre les relacions sexuals entre els éssers humans, cadascú les ha de viure com vulgui i decideixi, però no podem posar etiquetes. No m'agraden les paraules promiscuïtat, és a dir, cadascú ha de fer amb la seva sexualitat el que li sembli més pertinent, perquè considero que és una part del nostre creixement personal, de la nostra comunicació. És evident que la sexualitat no és només reproductiva o no és només amb la teva parella estable, n'hi ha que decideixen tenir un ventall més ampli de relacions sexuals. Què considero que han de fer les persones? Han de poder accedir a cribratges de determinades ITS que són molt fàcils de diagnosticar, tractar i curar. Al fi, això, la incidència d'aquestes ITS, a nivell poblacional, es redueix. Això vol dir que la teva possibilitat de contraure una clamídia en l'actualitat és bastant alta però si hi hagués cribratges i una bona educació de salut sexual, seria bastant baixa encara que no fessis servir barreres protectores. Perquè? Perquè si baixem la incidència, baixem la probabilitat de que un home o una dona transmetin la clamídia, no? Per tant, malgrat aquestes altres ITS, que no són aconsellables, no són comparables al VIH. Nosaltres entenem que una persona pot optar a relacions sense barreres, perquè interfereixen, però és un altre debat aquest, em refereixo al fet que poden arribar a interferir molt en la intimitat d'una persona, fins i tot, si es persegueix una finalitat reproductiva, un condó, no fa gaire cosa. Per tant, crec que el que hi ha d'haver, és una societat lliure d'hipocresia amb uns serveis adaptats a la societat del segle XXI, que no són els del segle XX ni XIX. Ara mateix és difícil, és difícil per tu mateixa anar cada tres mesos a un metge a què et faci uns controls perquè et trobaràs amb el que potser no esperes, et parlaran de conductes, de si són adequades les teves conductes de què cada tres mesos vas a fer controls, i dius: escolta, jo tinc una vida sexual consentida...

Paula: I no parlem de les farmàcies quan vols demanar la pastilla de l'endemà...

BCN Checkpoint: Exacte, no? Lliure i amb qui vull, qui diu que un noi com tu, no pugui tenir unes 3-4 relacions en un mes? Una altra cosa és que un no ho vulgui a això, però si ho arribés a voler, qui li ha de dir res, no? Ho ha de fer amb les millors garanties de salut, no? Per tant, jo aconsellaria, en un home o una dona, que tinguis tres parelles diferents cada mes que, trimestralment, es fes uns controls, uns cribratges, que són molt fàcils, d'acord?

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: I compte amb el VIH perquè encara hi és. Avui en dia, tenim altres eines, tot i que encara no estan regulades a Espanya, però hi estaran, què és la profilaxi preexposició i que és una pastilla que protegeix pràcticament al 100%. És una altra opció, saps? No cal donar explicacions així. Si demanes un condó en una relació amb un home, hauràs de donar explicacions, i tu encara podries, diguem, que el que no vols és quedar-te embarassada, però sempre s'ha de negociar el condó, perquè si l'altra part no el vol, podem tenir problemes no? Amb la profilaxi pre-exposició al VIH s'adquireix una autonomia molt superior, perquè tu prens la pastilla, no davant dels altres, sinó quan tu vols.

Paula: Quan tu vols, clar.

BCN Checkpoint: No has de donar explicacions a ningú. Per tant, aquí sí que tens una pròpia seguretat mentre que un condó l'has de negociar amb l'altra persona i que, a més a més, es pot trencar, és a dir, hi ha una sèrie de qüestions en voltant d'això, no?

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: En definitiva, la resposta a la pregunta era que potser no són tant mesures de protecció sinó d'educació, perquè mesures de protecció és el que hem fet des del començament de la sida als anys 80 fins ara, anar promovent el condó i totes aquestes barreres de protecció, que evidentment han fet una feina, perquè han evitat o han endarrerit infeccions.

Paula: Sí.

BCN Checkpoint: Però també, tenen un sostre, a vegades no funcionen, la gent no els fa servir, que amb una copa, la percepció de risc és un altre! Perquè si això hagués sigut tan senzill, quan vam descobrir que el VIH era un virus de transmissió sexual, no? Es donava l'ordre, entre cometes, la recomanació: Feu servir tots condons. Aquí s'acabava el problema, però això no ha estat així. Perquè? Per què som humans, per què actuem per impulsos, per què encara que vulguem racionalitzar la sexualitat en la globalitat no podem, per què a vegades és un «Aquí te pillo aquí te mato», per què ara és així. I a partir d'aquí, el que han de posar en tot cas, són mesures de prevenció ja secundàries, no? Secundària seria la que evitaria la infecció, però com que jo cada tres mesos, no un cop a l'any vaig al ginecòleg, sinó cada tres mesos em faig controls perquè està justificat en aquest cas, perquè tinc una vida sexualment molt activa amb múltiples parelles. Doncs si aquests controls no hi són, nosaltres els hem d'oferir. Perquè en un món ideal no caldria que existissin aquests centres...

Paula: No, clar.

BCN Checkpoint: Que surten de la mateixa comunitat per resoldre els seus propis problemes.

Paula: La sanitat hauria de...

BCN Checkpoint: Sí, els de capçalera haurien de poder-ho fer allà sense prejudicis i sense haver de demanar massa preguntes, no? En tot cas, les preguntes que un hauria de fer a un usuari, hauria de ser per no haver de fer un acte mèdic innecessari, no? Nosaltres aquí promovem la prova del VIH, però si ve una persona que sa la vol fer cada setmana, jo li haig de fer entendre que això no té cap lògica ni sentit, no?

Paula: Clar.

BCN Checkpoint: És a dir, només en aquest sentit, has d'intervenir, jo crec.

Paula: Sí. Per què, per exemple, en la televisió, apareix l'anunci del condó de Durex, però tot l'altre no surt.

BCN Checkpoint: Res...

Paula: A mi, el que m'agradaria, en el meu món ideal, és que la meva xerrada de quart de l'ESO no hagués estat: Condó i punt. Si no que ens ho possessin tot sobre la taula, és a dir, tot això és el que tens. Precisament, per fer sexe oral entre dones, existeix un plàstic quadrat i tinc moltes companyes que també tenen 23, que els vaig comentar això i em van dir: això existeix?

BCN Checkpoint: Ni ho saben...

Paula: Ni ho saben.

BCN Checkpoint: Encara hi ha coses pitjors, encara hi ha coses pitjors que això...

Paula: Sí? (Riu).

BCN Checkpoint: Hi ha tractaments preventius del VIH, postexposició al virus. Clar, la profilaxi, la pastilla preventiva preexposició, és com l'anticonceptiu, és abans de, per tant, tenim píndoles després de. En el VIH també existeixen, és a dir, tu pots tenir una relació sexual amb un home, ja et dic que la prevalença és molt baixa aquí entre heterosexuals, però no t'hi has de confiar massa tampoc, a qui li toca, li toca, lo que passa clar, que si fossis un home gai tindries moltes més probabilitats perquè tenim una epidèmia concentrada. Però bé, hi ha homes que no són gais al 100%, que també tenen sexe amb dones, no? Si tinguessis sexe amb un home que té, exclusivament, sexe amb dones, la probabilitat de què aquest home et pugui transmetre la infecció és molt més baixa que si aquest home és bisexual i té sexe amb homes també, d'acord? Però això pot passar, és clar, la gent experimenta, sobretot a l'adolescència, no? Doncs que fas tu, quan s'ha trencat aquest condó o directament no s'ha fet servir? No fas res? Doncs pots anar a urgències, a qualsevol hospital: al Clínic, a la Vall d'Hebron o a Sant Pau i explicar que has tingut una penetració sense condó o que s'ha trencat el condó durant una penetració amb una persona que no pots assegurar que no t'hagi transmès el VIH i t'oferiran un tractament profilàctic postexposició que durarà 28 dies i que té la capacitat, gairebé al 100%, en el cas de que, finalment, el virus hagués aconseguit entrar al teu organisme, de bloquejar-lo i impedir aquesta infecció. Mira, jo crec que això ho hauria de conèixer tothom, però que no ho coneguim homes gais que estan exposats d'una manera superlativa a contreure el VIH i que, després que ha passat això, no han actuat i el que fan és esperar-se 4 o 5 setmanes. Aquest tractament només funciona si ho fas en les primeres 72 hores després de la infecció i que hi hagi homes gais que no han anat a fer el tractament, no perquè no han volgut, sinó perquè no n'han sentit parlar mai i el que han fet és esperar 4 o 5 setmanes per veure si em faig la

prova per veure si m'han passat alguna cosa. M'entens el que vull dir? És a dir, jo crec que hi ha unes negligències per part del sistema normes, no només amb els gais, amb tota la societat, aquest país no parla obertament de la sexualitat, no en parla.

Paula: Mira, jo això, ni ho sabia.

BCN Checkpoint: Però es que això ho hauries de saber també tu, no només un home gai, perquè en un moment determinat, tu pots actuar com a transmissora d'aquesta infecció o et pot ser útil per tu mateixa en un moment determinat. Perquè, a més a més, és el que farien. Si ara et violen, que esperem que no, en anar a l'hospital per veure com estàs, t'oferirien immediatament aquesta profilaxi. Aquí penses: si me l'han d'oferir quan m'han violat, perquè no he de tenir jo aquest coneixement previ, simplement, perquè un cap de setmana, he pres una copa de més i ho he fet sense condó i ara vull lluitar per fer aquesta profilaxi, perquè aquest noi, no tinc la confiança de què em pugui haver passat el VIH, no? T'adones que no només és la protecció. No entenc per què aquest país no regula d'una vegada la salut sexual i reproductiva i afectiva i l'exposa sense tabús. Entenc que els col·legis privats, entenc que aquests s'oposaran, però dic l'ensenyament públic.

Paula: Sí, clar, això és el que m'agradaria al meu món ideal que et deia. Que s'exposi tot sobre la taula i que tothom pugui saber tot el que hi ha i a partir d'aquí tu elegeixes el que vulguis elegir.

BCN Checkpoint: Però escolta'm una cosa, és que això, jo conec coses d'Holanda. Hi ha unes coses que m'agraden molt, altres que no m'agraden tant, però estic casat amb un home holandès, bé, casat des de fa poc perquè no es permetia, però fa 35 anys que vivim junts i tinc els meus sogres a Holanda i, per tant, hi vaig sovint i he viscut allà quatre anys seguits. Les taxes d'embaràs, no es poden comparar les d'un país com Holanda amb un país com Espanya!

Paula: Són molt altes?

BCN Checkpoint: Són molt baixes! Molt baixes! Jo et veig a tu i veig aquesta mateixa noia holandesa, perquè les teves probabilitats, no parlo de tu en primera persona, però les teves probabilitats són molt més altes, què passa aquí en aquesta societat, no? Em sembla que l'última taxa que vaig mirar d'avortament aquí a Espanya, supera les 100 mil anuals.

Paula: I allà a Holanda?

BCN Checkpoint: Baixíssima!

Paula: I és perquè tenen menys informació?

BCN Checkpoint: Jo crec que sí! Informació no és com prevenir un embaràs, la informació també és dir que no, quan no es tenen ganes, no? També s'ha d'aprendre a dir no. A vegades, jo crec que és més complex que saber que fer per no quedar-me embarassada, sinó que ella potser va tenir una relació que en veritat no volia. Els homes gais els passa molt i quan som joves molt.

Paula: A mi m'ha passat, com a dona, que del tema avortament m'he hagut d'informar jo.

BCN Checkpoint: Pel teu compte.

Paula: Sí, perquè a mi se'm va explicar que hi havia una pastilla del dia l'endemà, però després una que és al mes, una que és per mes endavant, després es pot fer una intervenció...

BCN Checkpoint: Saps que la sexualitat és una cosa que ens marca molt. Si s'aprèn malament, pot comportar patologies gravíssimes com la pederàstia o els violadors i, tot això, perquè són gent malalta. L'altre cas és que se'ls hagi de disculpar per això, però no vull anar tan lluny, no cal ser violador o pederasta, una persona que no ha viscut la seva sexualitat d'una manera, diguem, adequada, tindrà problemes a nivell neuronal i d'inseguretat de cara als altres. Saps que els homes gais, què és el terreny en el qual jo treballo, no descobreixen la sexualitat d'una manera plaent? És a dir, hi ha un cos que demana aquella relació sexual per l'edat que té, sí? Però no troba la persona adequada i és incapaç de dir que, en un moment determinat, amb una persona que potser té molts més anys que ella, i jo no estic en contra, que si t'agrada un senyor més gran, això cadascú el que vulgui, però no parlo d'això, sinó que acabes tenint una relació sexual amb algú que no volies. L'impuls et crida, sí? Però, per tant, no ha sigut gens plaent i, a més a més, quan ha acabat, sentir-se brut i, associar la sexualitat a la brutícia, ja no és gaire sa. Molts nois gais comencen així perquè no tots vivim en un món ideal, molts viuen a pobles, a determinats barris on no poden optar a allò que voldrien optar perquè no és gai i no correspon.

Paula: Sí, jo també sóc d'un poble i...

BCN Checkpoint: Es viu tot d'amagat!

Paula: Al meu institut, era un tema súper amagat. Ningú deia res... Jo recordo pensar: De dues mil persones que estem aquí, no em crec que tots siguem heterossexuals, és que no m'ho crec.

BCN Checkpoint: No. És que no ho són.

Paula: S'amaguen i no es sap. Doncs l'última pregunta és que es fan moltes xerrades aquí a Barcelona pel tema del VIH, saps d'alguna o algun lloc que es dediqui, exclusivament, a dones?

BCN Checkpoint: Sí, exclusivament no, però algunes que tenen programes per dones, sí. Hi ha una organització que es diu *Creación Positiva* i, després, jo crec que hi ha, que no sé si has contactat, amb *SidaStudi* que fan tallers sexuals a les escoles i no va només adreçat als homes gais, encara que la prevalença sigui més alta, sinó a tota la població. També, no sé si tens interès a entrevistar-te, perquè de sexualitat femenina en saben molt més que jo, al *Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats*.

Paula: D'acord, vols afegir alguna cosa més?

BCN Checkpoint: No, crec que ja hem tingut una bona conversa i que tens aquí molt de material per transcriure. Espero que t'hagis sentit ben atesa i qualsevol cosa que vulguis aclarir, només cal que m'ho diguis, ha estat un plaer.

ENTREVISTA 3: ASSOCIACIÓ DE BENESTAR I DESENVOLUPAMENT (ABD)

Direcció: C/ Independència, 384 08041 Barcelona

Data: 27 /02/2019

Hora: 12:30h

Duració: 27 minuts i 17 segons



Figura 3: Logotip ABD

Es realitza una primera introducció sobre el treball i els seus propòsits.

Paula: ¿Me podrías contar un poco qué es lo que hacéis en esta asociación y cuál es tu trabajo aquí?

ABD: Nuestra entidad, ABD, *Asociación de Bienestar y Desarrollo*, es un entidad que, principalmente, nuestro abordaje a partir de la década de los 80, es el ámbito de las drogodependencias, pero, a medida que van transcurriendo los años, la entidad va diversificando, digamos, sus áreas de intervención, porque las personas que consumen drogas tienen, también, otro tipo de problemáticas y comenzamos a gestionar otro tipo de proyectos y de servicios para atender otras necesidades. Así es, como a finales de los 80 y principios de los 90, comenzamos a trabajar específicamente el tema del VIH y el sida en diferentes áreas. La entidad está organizada por áreas de intervención: drogodependencias, infancia y familia, temas de salud sexual y VIH... Estamos organizados por áreas de trabajo, pero es cierto que hay muchos temas que se interrelacionan, que es muy difícil diferenciarlos. Entonces, concretamente dentro de los programas de salud sexual y VIH, yo soy la persona que coordina estos proyectos, estos programas y aquí (Assenyala la sala) tenemos diferentes líneas de intervención. Tenemos programas de atención directa, programas de acompañamiento, aquí tenemos recursos residenciales para personas que viven con VIH que se encuentran en una situación de exclusión social, son pisos temporales en que los residentes son personas con un nivel de vulnerabilidad muy alto y necesitan un soporte para estabilizarse y recomponer su vida. También tenemos pisos, también, para personas con VIH pero que tienen un nivel mayor de autonomía, es decir, que han hecho un proceso terapéutico, un proceso de inserción y están más estabilizadas y, simplemente, necesitan un soporte o una supervisión en determinadas áreas. Luego, también, tenemos un servicio de acompañamiento a la vida autónoma que es para

personas que han hecho un recorrido institucional o terapéutico en el momento de comenzar una vida autónoma y necesitan un soporte o seguimiento: temas de gestiones, de salud, acompañamientos sobre diferentes temas y áreas en las que puedan tener mayor dificultad. Hacemos visitas domiciliarias, acompañamientos, visitas terapéuticas y, también, trabajamos a nivel grupal todo lo que tiene que ver con lo formativo: formar a estas personas para que tengan conocimientos sobre su propio estado de salud, ¿no? Para que tengan una analítica y puedan ver esta analítica y saber como se encuentran a nivel de salud. Esto serían los programas de atención y acompañamiento. Luego, tendríamos toda la línea de prevención y promoción de la salud, aquí nosotros tenemos diferentes líneas. Trabajamos el abordaje de la sexualidad en ámbito educativo, en institutos, un poco lo que tú comentabas...

Paula: Sí.

ABD: Pues esto, en formato talleres, sí que abordamos el tema de la educación sexual y salud sexual, en el ámbito educativo formal y no formal también: en casales de jóvenes, equipamientos juveniles, entidades de jóvenes... También realizamos estos talleres. Y, también, estamos interviniendo en espacios de ocio nocturno, que son espacios de fiesta, festivales, salas de conciertos privadas, fiestas mayores... Diferentes contextos de ocio nocturno dirigidos a jóvenes o adolescentes dónde hacemos una labor de prevención y sensibilización sobre temas de salud sexual y, evidentemente, aquí está incluido el tema del abordaje del VIH. Digamos que, esta misma metodología, también la utilizamos para jóvenes inmigrantes. Tenemos un programa que, lo que hacemos, es trabajar con ellos, concretamente: formar a jóvenes de diferentes procedencias culturales, de diferentes colectivos, en temas de salud sexual, para que luego ellos sean formadores de sus grupos de iguales con una metodología peer to peer. La idea es que ellos puedan transmitir o replicar de alguna manera lo que han aprendido en un formato, en un contexto formal de taller, transmitirlo en espacios informales o a sus grupos de pares. También trabajamos todo el tema prevención y promoción de la salud con personas usuarias de drogas, personas que están en consumo activo o están en tratamiento y, sobretodo, personas que están en una situación de vulnerabilidad o de exclusión social, este es el perfil con el que trabajamos. Dentro de esta línea, tenemos un abordaje en el que tratamos solamente con mujeres, en el que usuarias consumidoras de drogas, que en su mayoría son personas que ejercen el trabajo sexual o lo han ejercido, es decir, además del consumo, tienen esta particularidad y también, evidentemente, han sufrido diversos tipos de violencias. El tema de las violencias, también es uno de los temas que trabajamos con las mujeres. Mujeres cisgénero o mujeres transexuales, trabajamos con ambos perfiles. ¿Que más

hacemos...? (Riu), ¡son muchas cosas! Trabajamos también todo lo que tiene que ver con la sensibilización a través de campañas de sensibilización, campañas formativas... Esto incluye la creación de materiales. No sé si cuando estuviste en la entrada del centro pudiste ver alguno de los materiales que estaban allí.

Paula: ¡Si! He cogido algunos.

ABD: Vale, pues son materiales que creamos con grupos focales de jóvenes que ellos plantean que temas quieren trabajar, que mensajes queremos transmitir... Luego vemos, igual, que no haya disponibles materiales sobre ese tema en concreto o que no sea atractivo el material que hay o que está caduco, que está obsoleto y, entonces, trabajamos con estos grupos y, obviamente, después tenemos un profesional diseñadora e ilustradora externa que nos da soporte en la creación del material, digamos, trabajamos el contenido y la parte estética y, luego, hay alguien que lo hace.

Paula: Claro, claro.

ABD: Este ya no es nuestro tema (Riu). Bueno, más o menos, así a nivel general, yo creo que mas o menos te he comentado, digamos...

Paula: Sí, sí, ¡hacéis muchísimas cosas!

ABD: Muchas cosas, sí, sí. Aquí te dejo una memoria de la entidad, que no es la de 2018, es la de 2017, pero bueno, para que veas un poquito así en general...

Paula: Perfecto, muchas gracias. Sobre lo que hemos comentado antes, ¿qué piensas sobre la situación entre mujeres lesbianas que tienen VIH? ¿Cómo está la situación en general, qué opinas?

ABD: Bueno, aquí hay varias cosas, un poco lo que tú comentabas al principio de esto, yo creo que están invisibilizadas. Esta hipótesis que tienes, evidentemente, es algo que sucede... Es decir, por un lado, creo que está el tema de la invisibilización en cuanto a estudios, en cuanto a los materiales que hay disponibles, que no es, digamos, una realidad que se incorpore, generalmente, partimos de una medicina androcéntrica que ya de por sí excluye, de alguna manera, la salud propia de las mujeres o la vara de medir es el hombre de clase media heterosexual digamos. Pues aquí, la mujer

queda excluida y cuando hablamos ya de una mujer que se sale de la norma, porque está cuestionando la preferencia sexual o la orientación, pues aquí ya queda más excluida aún, ¿no?

Paula: Sí...

ABD: Entonces, claro, aquí ya venimos con estos antecedentes, a nivel de investigaciones de tratamiento... También de métodos preventivos, como por ejemplo, sabrán, no se, condones para pene, condones externos, tenemos muchísimas opciones: colores, sabores, texturas, tamaños, tallas, de diferentes materiales: de látex, poliuretano, bueno, de nitrilo. En cambio, si pensamos en condones para mujeres, solo tenemos una opción. Una opción que, además, como no se ha investigado, pues no está perfeccionada, que podría ser mucho mejor de lo que es o podría haber más opciones preventivas. Sin embargo, tenemos esta sola, es un material que no se da a conocer, que es caro, que no es accesible, que no es cómodo, que tiene sus ventajas, pero tiene muchísimas desventajas y, sobretodo, que no hay tanta diversidad. Entonces, aquí pensando en mujeres simplemente, ya tenemos un obstáculo y si, además, pensamos en mujeres que tienen prácticas sexuales con otras mujeres, este material no lo utilizarán o lo utilizarán en alguna práctica en concreto o con juguetes sexuales, pero no será de uso masivo digamos. Claro y aquí tenemos una limitación aún peor, ¿no? Entonces, lo que pasa con esto, como ejemplo lo que te puse del tema del preservativo para vagina, lo que pasa con esto, en realidad, es un reflejo de lo que pasa a nivel general, ¿no? Por un lado sí, esta invisibilización y, también, esto de poner el foco en otro lado, ¿no? Ponemos el foco en la producción de otros materiales y en la producción de otros perfiles de la población, pero puesto en otro sitio, ¿no? En el hombre. Esto por un lado y, por otro lado, está el estigma, la discriminación y la falta de conocimiento, sobretodo cuando digo esto, pienso en el personal sanitario, sobretodo, porque siento que creo que las entidades comunitarias le hemos dado muchas vueltas a esto, es una mirada que tenemos incorporada en nuestras intervenciones, que aunque no tengas un proyecto o una intervención completamente dirigida a mujeres que tienen prácticas sexuales con otras mujeres o mujeres lesbianas, sí que tienes incorporado esta realidad en lo que tu haces. En cambio, yo creo que en el ámbito del personal sanitario, aquí tenemos una limitación muy grande, entonces cuando una persona accede a una consulta o a un asesoramiento, hay muchas dificultades. Primero, porque no se contempla y luego, porque se dan por supuesto muchas cosas, vas tú, voy yo, una mujer cisgénero, de una apariencia, una expresión muy femenina y la interpretación que se hace es que eres heterosexual, que tus practicas serán de penetración con penes y que estará limitado a esto. Entonces, ya se está dando por supuesto y todas las opciones que te van a dar van a partir de este presupuesto... Aquí ya algo va mal, ¿no? (Riu). Entonces, lo que

nos llega mucho es esta falta de sentirse cuidado, esta falta de cuidado en la atención, porque muchas veces si tú esto lo llevas bien y tienes recursos para gestionarlo, dices: mira, esto no va por aquí, yo estas practicas no las tengo. Pero, muchas mujeres, no pueden dar este paso, entonces aquí...

Paula: ¿Cuesta?

ABD: Cuesta o no quieren contar su vida privada, que también es legítimo y tienen todo el derecho a hacerlo. Entonces, aquí tenemos un problema importante.

Paula: Precisamente, una de las preguntas que te iba a preguntar, es sobre que muchos estudios dicen que a las mujeres no se les pregunta, en las revisiones médicas comunes, por su orientación sexual y, más aún, si la consulta es por un tema sexual, tampoco se les pregunta. Es lo que dices tú, se da por supuesto que es heterosexual y no se pregunta. Heterosexual y que mantiene ese tipo de prácticas, digamos, porque puedes ser heterosexual y no mantener este tipo de prácticas, pero se da por supuesto, ¿no? O te ofrecen medicamentos anticonceptivos hormonales... Pero, ¿para qué me tomo la píldora si no la necesito? (Riu).

ABD: Sí, se da por supuesto...

Paula: Sí, entonces, como que no estás adaptando, lo que tú dices, las pastillas... Si a una mujer lesbiana se la ofreces, en principio te va a decir, a no ser que tenga prácticas con hombres, te va a decir que no es lo que quiere... No están adaptando las cosas al perfil que está acudiendo. Claro porque, preguntar, ¿eres heterosexual? Porque creo que los médicos, por lo que estoy viendo con las entrevistas, cuando hacen la pregunta sobre que orientación sexual tienes, les parece que la otra persona se va a ofender.

ABD: A veces tampoco hace falta preguntar porque yo creo que también hay un tema, que es legítimo, que es que tu vas a una consulta y no quieres contar tu vida privada. Yo creo que es el médico o la médica que tiene que ofrecerte los recursos disponibles que hay o los métodos que haya disponibles. Mira, te pongo un ejemplo, nosotros cuando intervenimos en ocio nocturno, tenemos unos stands informativos que distribuimos material preventivo, material gráfico como pegatinas, chapas... Todo este tipo de cosas, luego tenemos modelos anatómicos porque si hay que explicar algo de soporte de la explicación y, luego, tenemos materiales como juguetes sexuales y también

productos que pueden ser utilizados para la gestión del sangrado menstrual. Digamos, esto es lo que tenemos. Cuando viene una chica al stand y dice: Vale, ¿y esto qué es? ¿Y esto para qué sirve? Mira, tienes el condón para pene, condón para vagina, tienes las bandas de látex, esto es lubricante y sirven para esto, para lo otro... Tampoco necesito saber que tipo de prácticas tiene, si todo el tiempo son con chicas o si todo el tiempo son con chicos. A mí, tampoco me importa, ahora si ella me dice, mira, es que en realidad, yo solo tengo practicas con chicas, a mí me interesa saber sobre el virus del papiloma humano. Aquí, ya vamos concretando. Tú lo que tienes que hacer, es ofrecer todas las opciones y eso ya crea un espacio de seguridad y de confianza, un espacio íntimo en que la persona, si tiene un interés en saber algo en particular, tú ya has dado todo el espacio para que esa persona pueda hacerte esa consulta.

Paula: Claro...

ABD: En mi opinión, lo que ocurre es que el personal sanitario no tiene las herramientas para gestionar esto y hay mucho prejuicio vinculado a la sexualidad, mucho tabú, mucho prejuicio y, ante el miedo y el desconocimiento, prefiero ir a la norma que es, ofrezco esto y aquí tenemos un problema, es un error muy grande.

Paula: Sí, es que las mismas revisiones de ginecología que hacemos todas las mujeres, pues a lo mejor, no estaría mal hablar un poco del tema, es decir, lo que tú dices, exponerlo todo sobre la mesa. De pensar que me voy tranquila como profesional de que tú lo tienes todo, allí ya, si quieres me lo comentas y si no, coges lo que necesites.

ABD: Exacto, pero la realidad, es que esto no sucede...

Paula: No, evidentemente.

ABD: No, no...

Paula: Pero, claro, luego también podríamos encontrar esta situación: ¿Algunas mujeres ya se incluyen, también, en el rol heterosexual por vergüenza a decirlo?

ABD: Puede ser, pero bueno, creo que el tema está cuando uno hace una intervención inclusiva, digamos, que puedes incorporar todas estas realidades con una mirada de respeto a la diversidad, es

que las personas se sienten a gusto, porque lo das todo, ¿no? Todo sobre la mesa, entonces la persona ya puede...

Paula: Sí, mira, voy a hacerte otra pregunta. También vi en las estadísticas epidemiológicas, que salen cada año, que sobre el VIH no aparecen las mujeres lesbianas. Entonces, me llamó mucho la atención que no hubiera ningún tipo de dato... Entonces, ¿Por qué motivo piensas tú que no aparecen?

ABD: Si hablamos de datos epidemiológicos, hay unas tasas, una prevalencia, que marca, hay una estadística y porcentaje que marca qué personas realizan este tipo de prácticas, porque en todo caso no hablamos de personas de riesgo, sino personas que tienen prácticas de riesgo que hacen que puedan ser más vulnerables a coger la infección por VIH, ¿no? Entonces hay una realidad, ¿no? Tenemos los usuarios de drogas por vía parenteral, que tenemos a los hombres que tienen sexo con hombres. Evidentemente, hay unos datos estadísticos que demuestran que, por decirlo de alguna manera, hay unos colectivos o hay unas personas que tienen unas prácticas, que no es porque sean usuarios de drogas, no es porque sean gays, bisexuales u hombres que tienen sexo con hombres, sino que está asociado a un tipo de prácticas que hacen que tengan una mayor tasa de infecciones o una mayor exposición o vulnerabilidad frente a contraer el VIH. Esto es una realidad, por un lado. También, las mujeres, es decir, digamos que hay unas prácticas sexuales... Que no todas las prácticas sexuales tienen el mismo riesgo. Hay prácticas sexuales de muy bajo riesgo, de medio riesgo o de alto riesgo. Por ejemplo, las prácticas anales sin protección y, aquí, le puedes añadir cada vez más factores de riesgo: si se eyacula muchas veces en el mismo orificio, si son prácticas con diferentes personas, no entre dos personas. Si a esto, le sumas varios factores de riesgo, hace que esa práctica sea aún más de riesgo y haya más posibilidades para que te infectes de VIH. Claro, las mujeres que tienen prácticas sexuales con mujeres o mujeres lesbianas, no tienen esta práctica asociada a su vida sexual habitual. Entonces, aquí ya hay un factor de riesgo que eliminamos. Lo que sí es cierto, que tampoco las podemos eliminar porque no tengan estas prácticas, porque también hay una realidad y también tenemos otras infecciones, bueno, tú estas centrada en el tema del VIH pero también hay otras infecciones de transmisión sexual asociadas a las prácticas sexuales. Lo que pasa muchas veces es que se invisibiliza, ante esta cuestión de prácticas de riesgo, a estas mujeres, por lo que están en una situación diferente al resto. También, lo que pasa, es que se las invisibiliza por concreto cuando se hace una recomendación. Por eso, sí que hay algunas guías que son específicas para mujeres lesbianas, que igual las conoces ya y que tratan el tema concretamente, porque justamente está esta carencia. Sobre todo, son entidades comunitarias que

van dando una vuelta a estas necesidades que se detectan. Porque esto, las tendrías que tener porque son interesantes. Hay una que se llama... (Riu)

Paula: (Riu) Luego me la comentas.

ABD: Porque esto, si no las has leído, las tendrías que tener porque son interesantes. No sé que de un pastel, la que no es gorda es pastel, o algo así y, la otra, es de un colectivo de Terrassa, un colectivo LGTBI de Terrassa que lo hizo, bueno, ahora mismo se me vienen estas dos guías.

Paula: ¡Vale! Luego las apunto.

ABD: Vale.

Paula: También, hay muchos estudios que recalcan que las mujeres lesbianas no utilizan ningún método de protección de barrera. Por ejemplo, ¿mucho gente desconoce el plástico que es para hacer sexo oral, muchas veces ni siquiera aparece en los folletos de propaganda?

ABD: No, no aparece, no se distribuye gratuito. Nosotras, muchas veces, explicamos que un recurso que puedes tener es: cortar un condón para pene, cortas, cortas y cortas y te queda un cuadro de látex que también se puede utilizar. Yo creo que, por ejemplo, esto, aunque es un gran desconocido el tema de la barrera de látex, creo que mayormente se utiliza cuando hay conocimiento de algún tipo de infección en la pareja sexual o alguien que tiene muchas parejas sexuales en muy poco tiempo igual utiliza el cuadro de látex o alguna chica que sabe que su pareja tiene candidas o que te comenta que tiene el flujo un poco raro, que igual tengo hongos... Bueno, cuando ya hay un antecedente de que hay algo que no está bien o que ya hay un diagnóstico, se utiliza en estos casos.

Paula: Yo pienso que todas deberíamos saber que esto existe, porque soy la primera que se lo he comentado a amigas mías, cuando tenemos todas 23 años, y dicen: Yo no sabía que esto existía y piensas, con 23 años, va siendo hora de saber todo lo que hay. Entonces, a lo mejor hay un poco de desinformación sobre este tema.

ABD: Totalmente, totalmente...

Paula: Vale, luego también he indagado en el tema de que, aquí en Barcelona mismo, hay muchas quedadas o las asociaciones hacen muchas charlas sobre VIH, sobretodo, a hombres que tienen sexo con hombres. Entonces, ¿tú conoces de alguna que sea para mujeres lesbianas, es decir, que se haya hecho algo en concreto para ellas?

ABD: Yo creo que la entidad... ¿En términos de VIH dices no?

Paula: Sí.

ABD: ¿VIH y lesbianas? Concretamente, porque claro nosotras hacemos, pero claro, igual no es de VIH.

Paula: Sí, sí, VIH.

ABD: ¿VIH y lesbianas? Yo creo que la única que puede ser que haga algo así específico, es *Creación Positiva*.

Paula: Tengo una entrevista también con ellas.

ABD: Sí, no se, igual hay otra entidad... *Gais Positiuus* no sé si hace algo, pero creo que *Creación Positiva* será...

Paula: Sí, ¿y sabes de algún centro que actualmente se dedique a investigar sobre mujeres lesbianas con VIH?

ABD: Como centro que se dedique a investigar, no...

Paula: Me refiero, ¿igual que se investiga lo demás?

ABD: No. Está el de Estudios Epidemiológicos de Cataluña que recoge todos los datos a nivel autonómico del VIH y los analiza. Nosotros estamos participando en un estudio que se está haciendo en relación con jóvenes, claro, yo desconozco, la verdad, si ellos están haciendo algo concretamente con lesbianas, no lo sé.

Paula: Vale, entonces he acabado mis preguntas. ¿Quieres añadir algo más sobre este tema, alguna idea que tengas?

ABD: Como para añadir así, yo creo que es importante que, además de este tema, como de incorporar evidentemente esta realidad y visibilizar la situación de las mujeres lesbianas en relación con el VIH. También, poner de manifiesto que esto es consecuencia de un sistema patriarcal en el que vivimos, en las que hay unas estructuras que marcan esto desde los modelos de atención, los modelos de investigación, ¿no? Lo que hablábamos de la medicina, esta mirada puesta en el hombre, que esto ya condiciona a las mujeres, ya, en general, luego aquí, empezamos a interseccionar y hay un montón de variables a tener en cuenta, que no se trata tanto del VIH sino de la situación de desigualdad en la que se pueden encontrar en relación con el VIH. Ante esta desigualdad y, si ya sumamos a las mujeres migrantes, a las mujeres que están en situación de exclusión social, a las mujeres que tienen problemas de salud mental, a las mujeres que consumen y son usuarias de drogas, las mujeres que sufren violencia...

Paula: Claro...

ABD: Claro que es el colectivo con el que mayoritariamente trabajamos, que tienen todo este combo completo, claro, aquí es la situación de desigualdad de condiciones, ¿no? Frente a poder prevenir al VIH, a cómo gestionar la sexualidad, digamos que forma parte de un todo, de vulneraciones de derecho.

Paula: Sí, es que para llegar a lo que yo estoy comentando, hay que pasar por tantas cosas antes que...

ABD: Claro, evidentemente a nivel de estudio hay que focalizar, ¿no? Has de focalizar un tema de estudio, pero que claro, que en esta focalización, no olvidarnos de todo el contexto y de la situación de desigualdad, evidentemente.

Paula: Sí, sí, totalmente. Si ya partimos de una desigualdad, entonces aquí más. Sobre todo lo que tú dices de los colectivos de vulnerabilidad, salud mental...aún tenemos más problemas.

ABD: Sí, sí, sí... Yo ya estaría.

Paula: Vale. ¡Muchas gracias!

ENTREVISTA 4: SIDA STUDI

Direcció: Carrer del Carme, 16, 08001 Barcelona

Data: 6/03/2019

Hora: 16:00h

Duració de l'entrevista: 21 minuts i tres segons



Figura 4: Logotip Sidastudi

Es realitza una primera introducció sobre el treball i els seus propòsits.

Paula: ¿Cuál es tu labor aquí en esta asociación y, también, qué es lo que hace esta asociación y qué temas tratáis?

Sida Studi: *Sida Studi* es una entidad que trabaja en la promoción de la salud sexual y de los derechos sexuales y reproductivos. Para realizar esta labor, pues tiene dos grandes áreas, una es el centro de documentación con un montón de recursos pedagógicos sobre temas relacionados con la sexualidad; y dos, el área de formación en la cual hacemos talleres a jóvenes. Este año, hemos empezado educación primaria, secundaria y, luego, hacemos formaciones a profesionales en temas relacionados con la educación sexual.

Paula: ¿Ya desde primaria?

Sida Studi: Este año ya hemos empezado con los de primaria, sí. Pensamos que es súper importante acompañar a las personas en la sexualidad desde bien chiquitinas.

Paula: Sí, sí, lo es. Precisamente, uno de los motivos que me llevaron a hacer este trabajo, es que mi charla de educación sexual, que fue en cuarto de la ESO, en mi instituto, fue horrorosa, fue un: Toma, aquí tienes un condón y no necesitas nada más.

Sida Studi: Claro, basada en los riesgos y ultra hetero-centrada.

Paula: **Totalmente. Entonces, de allí vino un poco mi motivación.**

Sida Studi: Nosotros le hemos dado una vuelta, ¿no?. Vemos que nosotras también habíamos recibido nuestros talleres de educación sexual muy horrorosos y estamos intentando darle la vuelta, irnos más al terreno de lo vivencial, de la sexualidad como algo muy placentero que nos genera bienestar y, a partir de ahí, con el placer como hilo conductor, poder dar estrategias para que las personas tengan relaciones más seguras y que las personas puedan decidir cómo y de qué manera cuidarse, más que decirles toma un condón y pónelo. Porque sabemos que esto así, no sirve, ¿no?

Paula: **Claro. ¿Tú labor es participar en todo esto entonces, no?**

Sida Studi: Sí, yo hago los talleres tanto para jóvenes como formaciones a profesionales y, también, hacemos mucho asesoramiento a profesionales. Como la educación sexual en España es la gran asignatura pendiente, no solo para chavales sino para las personas que quieren formarse en educación sexual, no hay ningún máster específico, no se incluye en ninguna carrera vinculada en lo educativo, no se incluye en los CAP, podrían incluirse... No hay recursos para formadores, es decir, recursos para profesionales de la salud sexual. Entonces, desde aquí nosotros ofrecemos, de manera virtual, un montón de recursos y damos asesoramiento personalizado según las necesidades. Otra gran temática que tratamos, es la diversidad sexual y de género. Hacemos muchas formaciones para el personal de la administración pública, para trabajadoras sociales, para distintos profesionales sobre la diversidad sexual y de género, porque también hay mucho desconocimiento.

Paula: **No, claro... Es muy interesante esto que hacéis, bueno, más que interesante, es muy necesario, pienso yo. Bueno, ¿qué piensas sobre la situación entre mujeres lesbianas que tienen VIH y cuál es tu perspectiva general sobre este tema?**

Sida Studi: Mi punto de partida sería el gran desconocimiento que hay sobre la cuestión y yo me sitúo bastante en este desconocimiento. Yo soy lesbiana y aún así, hay muchas cosas, es decir, soy lesbiana y trabajo en derechos sexuales y aún así, tengo gran desconocimiento sobre el tema. Pienso que hay dos ítems que me atraviesan, que es ser lesbiana y trabajar en este ámbito... ¿Cómo puede ser que tenga este desconocimiento, que es algo súper general, no? Como que partimos de la

creencia de que, entre mujeres, no se pueden transmitir infecciones de transmisión sexual y esto es un poco complejo, porque es cierto que en la sexualidad entre mujeres hay menos posibilidades de transmisión de ITS por una cuestión técnica. Que esto me imagino que si ya estás en el tema...

Paula: Sí, sí.

Sida Studi: ¿No hace falta que yo las explique aquí ahora yo verdad? (Riu)

Paula: No, no, no hace falta (Riu).

Sida Studi: ¿Sí? ¡Qué bien! (Riu). Luego, pues lo de siempre, un poco la olvidadas de las olvidadas. No existen programas específicos de promoción de la salud sexual para lesbianas, así como sí que las ha habido para gays o sí que las ha habido para personas heterosexuales, ¿no? En general, las personas lesbianas han sido las grandes olvidadas así como las mujeres o los hombres transexuales, que también tienen una serie de particularidades que no se tienen en cuenta a la hora de promocionar la salud pública por parte de los servicios de salud.

Paula: Sí, totalmente. Mira, precisamente, yo me fijé en que en las estadísticas epidemiológicas que salen cada año sobre VIH... Me surgió esta duda precisamente porque, en estas, no aparecían las mujeres lesbianas. Había hombres que tienen sexo con hombres, hombres con mujeres, mujeres con hombres, infección por vía parenteral y por vía drogas. Entonces, pensé, aquí falta algo. ¿Por qué piensas que no aparecen en estas estadísticas?

Sida Studi: Una posibilidad, pueda ser que no haya transmisión del VIH, es decir, es realmente mucho más difícil de... Lo que hablábamos, las prácticas, nosotras le damos muchas vueltas al VIH. No es lo mismo el sexo oral que la penetración anal, hay una serie de prácticas que tienen mucho más riesgo, que son las donde hay una puerta de entrada y las donde hay un fluido. Entonces, estas, por el tipo de prácticas entre mujeres... Evidentemente, lo sabemos, los estudios miran lo que quieren mirar y la ciencia se ha escrito durante mucho tiempo por hombres blancos heterosexuales que ni se les pasaban por la cabeza registrar, como ítem, la sexualidad como mujeres.

Paula: Claro...

Sida Studi: Yo creo que esas dos cosas se juntan todo el rato. Hay un gran desconocimiento del VIH entre lesbianas porque, por un lado, hay una cuestión biológica y técnica de menos posibilidad de transmisión y, hay otra, que es que esto no se estudia porque no hay un interés.

Paula: **A veces me han comentado, en otras entrevistas, que si una mujer se infecta y solo que haya tenido una relación heterosexual en su vida, ya te encasillan a que fue por eso, ¿sabes? A lo mejor, buscan un motivo para destacar directamente que no hubiese sido por otra mujer...**

Sida Studi: Sí, es que la verdad es que, en un relación heterosexual donde hay un coito, se junta una mucosa, la de la vagina, que tiene mucha superficie, es decir, es una zona de mucha probabilidad para la mujer de contraer VIH que un hombre, ya que la superficie de mucosa que exponemos es mucho mayor, sobre todo si hay coito. Esto hace que sea más fácil que una persona con VIH, un hombre cisgénero con VIH, transmita a una mujer que no al revés, que una mujer con VIH transmita a un hombre. El sexo oral, el flujo vaginal, es mucho menos transmisor. Además, se junta con la mucosa de la boca que es mucho más resistente. A mí, lo que me gustaría, es que hicieran un estudio que dijera que el sexo oral entre mujeres es una práctica cero de VIH, porque creo que esto también es salud. No solo que no se haya demostrado, si no hay datos de que no se puede transmitir el VIH entre mujeres, ¿porqué no lo publicamos ya? Es una manera que nos estás dando seguridad, una manera de poder recibir nosotras si nos protegemos y como hacerlo. Me gustaría que nos dieran un dato fiable, veraz... ¿no? Porque todos tenemos unos derechos sexuales y aquí se nos vulnera totalmente a las mujeres lesbianas, no hay estudios que hablen sobre nuestra sexualidad y nos iría muy bien. Si no hay, aunque no haya riesgo de transmisión, ¡pues quiero saberlo! ¡Viviría mucho más tranquila!

Paula: **¡Totalmente!**

Sida Studi: ¡Esto es salud! Bienestar.

Paula: **Igual que se han hecho estudios que dicen que si dos personas se besan no van a transmitirse el VIH, también se podría demostrar esto, para estar tranquilas, porque a lo mejor es 100% que no, pero lo que tú dices, estar seguras. Mira, también he encontrado que muchos estudios dicen que a las mujeres no se les pregunta por su orientación sexual en las revisiones médicas. ¿Te suena que esto haya pasado?**

Sida Studi: Sí, a mí me ha pasado, en primera persona, pero a mí como a muchas más, imagino. El tema es que se presupone la heterosexualidad y cuando una ginecóloga te pregunta: ¿Usa usted métodos de protección en sus relaciones sexuales? Y dices que no, te ponen una cara como de reprobación y, luego, tú le explicas que no usas esto porque eres lesbiana. Entonces dicen: bueno, ¿no hay nunca penetración entonces? Y tú dices: a lo mejor sí... Hay un gran desconocimiento sobre la sexualidad entre mujeres y, aparte, partimos del tema de una heteronorma que nos ubica a todas en sujetos heterosexuales... Es que yo digo: ¿enserio no me ves? ¡Que soy un bollo drama!
(Riu)

Paula: (Riu). ¡Es que esto nunca se sabe! Es decir, una apariencia muy femenina, muy... Uso la palabra femenina para referirme a este aspecto que dices de alguna manera, pero que puede engañar. (Riu).

Sida Studi: Ya, a veces yo pienso que soy más evidente de lo que... (Riu)

Paula: Ya, es que nunca se sabe... Entonces, me han comentado otra gente, que a los propios médicos les da vergüenza preguntar por la orientación sexual de la mujer, por el tema de que el otro se ofenda. Si a mí me preguntan, por mi orientación sexual, no me da vergüenza decirlo, pero a ellos hacer la pregunta, aún les da cosa hacerla porque piensan que el otro se lo tomará mal, ¿me explico?

Sida Studi: Sí, sí...

Paula: Vale. ¿No crees que, a lo mejor, las mujeres se incluyen dentro del nombre heterosexual por vergüenza o posible estigma del profesional?

Sida Studi: Sí, podría ser, las personas necesitamos espacios cómodos, inclusivos y más si es una consulta ginecológica. Porque venimos de un tabú sobre la sexualidad bastante potente, ¿no? Por supuesto que sí, que en un espacio hostil, igual te ahorras explicarlo. Ayer mismo, hablé con una compañera que fue a Drassanes al servicio que tienen de ITS y cuando te preguntan: ¿Cómo son tus relaciones? ¿Es usted lesbiana o es heterosexual? Entonces ella piensa: ¿Qué hago, le explico ahora que en mi vida sexual entran muchos cuerpos más allá de lo binario o hago lo de no piensas y dices mira?

Paula: Es como que hay un “A” o “B”, no hay un “C”, “D”...

Sida Studi: Sí...

Paula: Vale. Luego he encontrado también muchísimos estudios que recalcan que, las mujeres lesbianas, son las que menos protección utilizan para sus prácticas. ¿Qué motivo piensas que podría llevar a esta situación?

Sida Studi: Yo creo que la creencia absoluta de que no podemos transmitimos ITS entre mujeres, que es un mito que está allí todo el tiempo. Luego que, en general, tiene mucho que ver con el tema de la salud comunitaria, es decir, si la comunidad no se protege a la hora de vivir su sexualidad, creo que yo tampoco me protejo. Si yo me fuera encontrando con mis amigas o amantes, pero bueno, quiero decir, aunque no hubiera una relación sexual de por medio, pero creo que el hecho de que una se proteja, hace que la otra también lo haga y, si nadie se protege, es muy difícil que alguien lo haga.

Paula: Es una cadena...

Sida Studi: Evidentemente, si tuviéramos más conocimientos... Porque básicamente yo creo que hay un problema muy grande: por un lado, está el tema de que entre mujeres no nos podemos transmitir nada y, por otro lado, creo que también está la falta de conocimiento de que podemos hacer, ¿no? Por que hay prácticas muy sencillas, como que yo toco con una mano a mi pareja, es decir, con la derecha toco a mi pareja y con la izquierda me toco a mí, que eso es una práctica que no implica ningún tipo de mecanismo físico, no implica un preservativo ni nada, pero ya es una manera de protegernos. Podemos usar guantes, una barrera de látex, que mucha gente no la conoce todavía o, si vas a jugar con juguetes sexuales, con un dildo, ponerle un preservativo para una y luego otro para otra o lavarlo de por medio... Hay un montón de cosas que la gente desconoce, ¿no?

Paula: Entonces, ¿tú crees que la falta de información podría ser una causa?

Sida Studi: La falta de información es una causa muy grande, sí.

Paula: Bueno, información o educación sexual, más bien dicho.

Sida Studi: Sí, una educación sexual heterocentrada, ¿no? Nosotras ahora metemos en los talleres estos temas, ¿no? De como proteger las relaciones entre chicos gais, entre chicas lesbianas, como protegerse con personas transexuales, que pueden hacer, que están en proceso de hormonación y que también tienen unos cuerpos que tienen otras necesidades y mola darles trucos: mira, hay gente que corta un condón, hay gente que corta un guante... Un montón de cosas que nos hemos inventado muchas veces para propagarla. Claro, que pasa, que muchas veces la gente se lleva las manos a la cabeza de pensar: ¿En serio estás metiendo un dildo en un taller de sexualidad con chavales y chavalas de 14 años hablando de penetración entre mujeres? Pues sí, pues claro, igual que estamos hablando de marcha atrás y de la colocación de un preservativo sobre un pene y nadie se escandaliza porque es heterosexual. Ahora, si te digo que es entre mujeres o si pongo el ejemplo de en vez de ser una relación de penetración vaginal heterosexual, el ejemplo lo vamos a hacer de chicos gais o de una chica penetrando a su novio... En cuando se rompe la norma heterosexual, de repente, parece que somos unos pervertidos y no, estamos dando información para que la gente sepa.

Paula: **¿Los que se sorprenden son los profesores, los padres o los alumnos?**

Sida Studi: Se sorprende todo el mundo. A veces, me sorprendo de nosotras (Riu). Pero sí, se sorprenden mucho los alumnos y alguna vez nos ha llegado... Bueno, la verdad que los alumnos son los que más abiertos están respecto a la diversidad, es decir, la población joven es mucho menos homófoba que la población adulta. Aunque nos ha pasado que algún chaval ha comentado en casa que eso se había explicado así, creo que el comentario fue que la monitora había dicho que, antes estaba con chicos, pero que ahora está con chicas. El comentario de la madre del niño fue como: El taller no iba de eso, el taller iba sobre sexualidad. Es como, ¡guau!... ¿Qué fuerte no?

Paula: **Madre mía, ¿y esto os lo envió directamente a vosotras o se lo dijo a la profesora y la profesora a vosotras?**

Sida Studi: Fue un circuito sí.

Paula: **A ver, en su rol de profesora, imagino que tiene que decírtelo pero...**

Sida Studi: Hasta que de repente llego y digo: pero esto, no es una queja, esto es lesbofobia, directamente.

Paula: Sin comentarios sobre esto, madre mía. Bueno, luego también he visto que, en Barcelona, se hacen muchas charlas, sobretodo para gais, sobre temas de VIH y hay muchas conferencias, muchas ayudas... ¿Hay algo que sea exclusivamente para mujeres lesbianas sobre este tema?

Sida Studi: ¿Sobre ITS?

Paula: Sí.

Sida Studi: Creo que han inaugurado, desde junio del año pasado, un servicio en el CJAS que es el *Centro Joven de Atención a las Sexualidades*, han abierto un servicio LGTB, es decir, este LGTB no es específico para lesbianas, pero creo que me consta que es un servicio que recurren mujeres jóvenes lesbianas dónde van a ser atendidas muy correctamente.

Paula: Muy bien.

Sida Studi: Pero sí, en general hay muy pocos.

Paula: Luego te iba a preguntar: ¿Hay algún centro dedicado a investigar sobre este tema que tú conozcas?

Sida Studi: No...

Paula: Bueno, pues en principio ya está. ¿Quieres añadir alguna cosa o idea que pienses?

Sida Studi: Quizá la reflexión esta de que la desinformación provoca, a veces, miedo y el miedo no nos aporta nada, es el contrario del bienestar, nos impide disfrutar de nuestra sexualidad de una forma tranquila, relajada y divertida, ¿no?. Igual yo conectaría mucho por ahí. Es que me parece muy fuerte que estemos en el siglo 21 y tengamos tanta desinformación sobre algunos temas y que cuando enfocamos los posibles riesgos de la sexualidad, como son las ITS, hay mucha desinformación y lo que se genera es miedo y debería ser al revés, con la información, empoderarnos las personas para vivir nuestra sexualidad con mucha libertad, cómo cada una de nosotras quiera, ¿no?

Paula: Sí, totalmente. ¡Muchísimas gracias!

ENTREVISTA 5: CREACIÓN POSITIVA

Direcció: Carrer del Carme, 16, 08001 Barcelona

Data: 12/03/2019

Hora: 19:00h

Duració de l'entrevista: 27 minuts i 48 segons



Figura 5: Logotip Creación Positiva

Es realitza una primera introducció sobre el treball i els seus propòsits.

Paula: ¿Me contarías un poco cuál es tu labor aquí en la asociación y también a qué se dedica, en general, esta asociación?

Creación Positiva: Soy la coordinadora de atención de la entidad, pero bueno, básicamente también otra de mis funciones es atención directa a personas que viven con el VIH o a personas que tienen unas dudas o que necesitan información relacionada con la promoción de la salud sexual, básicamente.

Paula: ¿Qué piensas sobre la situación entre mujeres lesbianas que tienen VIH?

Creación Positiva: Que no están, ¿no? Básicamente no están.

Paula: Sí...

Creación Positiva: No hay nada. Las mujeres lesbianas que viven con VIH están enmascaradas en epidemiología, por lo tanto, no van a estar presentes. Lo cual me lleva a que nuestra entidad, desde perspectiva feminista, trabaja fundamentalmente en temas de la promoción de los derechos sexuales y la promoción de la salud sexual desde un enfoque de derechos. Se trata de un enfoque de género y por eso, normalmente, al final acaban aquí casi todas las mujeres.

Paula: Sí. Las mujeres lesbianas no aparecen en las estadísticas epidemiológicas, que es lo que me has comentado. ¿Por qué motivo piensas que no aparecen?

Creación Positiva: Son varias causas. El instrumento de medida epidemiológico, plantea una serie de preguntas a la epidemiología. Se podría considerar simplemente una recogida de datos, ¿no? Unos datos de los perfiles, de las vías de transmisión y de las personas que viven con el VIH. Como en muchas otras ocasiones, estos datos coinciden con el tipo de práctica en el que pueda haber más o menos riesgo a la hora de la transmisión del VIH. Si se consideran que las prácticas asociadas a las mujeres lesbianas, son prácticas de bajo riesgo, en el momento en el que haya otra práctica que pudiera ser de mayor riesgo para las mujeres, inmediatamente se las clasifica en el perfil de las otras prácticas.

Paula: Sí.

Creación Positiva: Puede ser que sean mujeres lesbianas que han podido tener prácticas sexuales con hombres, las cuales entrarán dentro de mujeres heterosexuales o que hayan hecho uso de drogas. El cómo se hacen las preguntas desde los estudios epidemiológicos, hace que una parte de la población... Los datos que recogen, se estén recogiendo de una forma determinada y eso hace que determinadas poblaciones se in-visibilityen frente a otras. Si además de esto, añadimos que a la perspectiva de género, en los estudios epidemiológicos en temas de VIH en este país, ha necesitado hasta hace relativamente muy poco. No sé si más allá de 2008, no hay el primer informe desde el plan nacional en el que se haga una revisión de los estudios de la epidemia, es decir de los estudios epidemiológicos con una perspectiva de género, el tener en cuenta a personas, causas y de cómo está afectando la epidemia. Hacer un análisis de los datos enfocándolo, por ejemplo, en el tema de mujeres, es difícil que se pueda visibilizar a las lesbianas dentro de un conjunto de población muchísimo más grande. Realmente, no se tiene en cuenta muchas veces, los aspectos de interseccionalidad que podrían hacer que, a lo mejor, las lesbianas puedan aparecer dentro de los estudios epidemiológicos, porque el estudio epidemiológico tiene una función y la fotografía que

hace de como está la epidemia, es bastante poco nítida, por lo tanto poblaciones como las mujeres lesbianas, quedan invisibilizadas dentro de la fotografía.

Paula: Totalmente. También muchos estudios destacan que, a las mujeres lesbianas, no se les pregunta por su orientación sexual durante revisiones médicas. ¿Esto pasa actualmente?

Creación Positiva: ¿Es necesario preguntarlo?

Paula: Depende, supongo.

Creación Positiva: Lo interesante no es que se pregunte si eres lesbiana, sino que pregunten qué tipo de prácticas tienes, independientemente...

Paula: Sí, va por ahí la pregunta.

Creación Positiva: Claro, la pregunta: ¿tú como te defines? Porque a veces si nos definimos como heterosexuales, nos definimos como lesbianas o bisexuales, o como nos dé la gana, inmediatamente podemos estar haciendo como una interpretación del tipo de prácticas que estás teniendo y puede ser heterosexual y no tener penetración.

Paula: ¡Sí!

Creación Positiva: ¿Sí? Por lo cual, lo interesante no es hacer intervenciones que tengan que ver con la orientación sexual desde el punto de vista ginecológico, sino poder hacer intervenciones que estén personalizadas en función del tipo de práctica que tienen, del tipo de necesidades que en este caso la mujer, cuando vaya a ginecología tenga, porque a partir de ahí, hacer una revisión de si en las prácticas sexuales tienen penetración o no tienen penetración. Si no hay penetración, qué tipo de prácticas sexuales hay. Esas prácticas sexuales, cualquiera, durante la práctica sexual, de si hay riesgo de transmisión de algún tipo de ITS y cómo se produce esta transmisión. En el momento en el que empezamos a hacer clasificaciones, que es lo que pasa con la epidemiología, empezamos a hacer supuestos de que una mujer heterosexual, hace tal cosa.

Paula: Sí.

Creación Positiva: Claro, ¿nos planteamos que las mujeres heterosexuales, por ejemplo, puedan tener penetración anal? En una revisión ginecológica, eso no entra.

Paula: Ya.

Creación Positiva: Entonces, ¿es necesario preguntar sobre la orientación o lo interesante es preguntar cuáles son las prácticas que realizas, cuáles son las necesidades que tienes y cuál es la información que tienes? Porque desde ahí, de alguna manera, podemos plantearlo desde una mayor globalidad y no exclusivamente desde categorías que además constriñen a determinadas prácticas que, a lo mejor, no son ni siquiera las que la mujer está haciendo en ese momento o de la que está preocupada en ese momento. Entonces, más que el hecho de ser lesbiana o no, es plantear cuáles son las prácticas que hay y cuáles son las dificultades que tiene a la hora de plantear. De todas maneras, sí que es verdad que, en el momento en que una mujer dice que es lesbiana en la consulta de ginecología, oyes un resoplido porque se sienten incómodos e incómodas, a veces, de poder vincular el tipo de prácticas o incluso trastornos o ITS que pueden estar relacionadas o que de alguna manera pueden incidir, o no, en las mujeres lesbianas o las mujeres que realizan sexo con otras mujeres. No todas tienen que ser lesbianas.

Paula: Claro.

Creación Positiva: Identificarse como lesbiana. Sí.

Paula: Vale. Venía un poco por aquí la cosa. Pienso que debería ser un tema mucho más fácil de hablar, hay muchos médicos que les cuesta mucho hablar sobre este tema, además de que se predispone la heterosexualidad de la mujer, muchas veces.

Creación Positiva: Va por ahí. Pero es que incluso cuando hablamos de categorías, aunque se predispone que las mujeres son heterosexuales, es que incluso de unas determinadas practicas dentro de la heterosexualidad, no se plantean otras, ¿Sí? Se plantean determinadas prácticas dentro de las mujeres que tienen sexo con mujeres, pero no se plantean otras prácticas de las que pueden ocurrir. ¿Vale?

Paula: Sí.

Creación Positiva: Porque hay mujeres que pueden considerarse lesbianas y haber tenido relaciones sexuales con hombres.

Paula: Claro.

Creación Positiva: ¿Sí? Cuando se pregunta en ginecología, ¿estamos preguntando en función de una categoría o en función de las necesidades que tengo de la mujer que hay delante? (Riu)

Paula: Exacto.

Creación Positiva: (Riu) Y ahí, no es que de igual, sino que esa es la cuestión, de poder atender a las demandas específicas de las mujeres en ginecología. Tenemos que escuchar a las mujeres en ginecología, no a la categoría, sino, inmediatamente me predispone a encasillar en una determinada situación.

Paula: Sí, vale. ¿Piensas que las propias mujeres se pueden incluir dentro del nombre heterosexual, por miedo o estigma del profesional?

Creación Positiva: No lo sé, esta pregunta no sabría como responderte. Sé como reaccionan muchas mujeres ante situaciones de estigma y discriminación que han sufrido dentro de la atención sanitaria: pueden optar por decir, muy claramente, que son lesbianas o sin mencionar el hecho de ser lesbianas. Es una forma también de posicionarte ante las situaciones. Yo supongo que si podemos salir de las categorías y podemos hablar de cualquier práctica sexual con bastante normalidad, en el sentido de poder explicar que es lo que hago y lo que dejo de hacer y cuáles son las dificultades que tengo y cuál es la información que busco o qué es lo que me preocupa, sin tener que estar pensando si me van a discriminar o no, sería más fácil para todo el mundo. Pero sí, probablemente hay muchas mujeres lesbianas que para no tener que sufrir discriminación...

Paula: Sí... También he encontrado muchos estudios que dicen que, las mujeres lesbianas, son las que menos protección utilizan para sus prácticas de riesgo. ¿Qué motivo piensas que podría llevar a esta situación?

Creación Positiva: Vale, esta es pregunta trampa...

Paula: (Riu)

Creación Positiva: (Riu). Cuando hablamos de la promoción de la salud sexual, yo creo que tenemos que tener en cuenta que las personas decidimos en función de los riesgos que queremos asumir y que hay unas prácticas sexuales que conllevan una serie de riesgos y hay otras prácticas sexuales que conllevan otra serie de riesgos y que, por lo tanto, las medidas de prevención o reducción de riesgo, no son iguales en todos los tipos de prácticas. Por este motivo, con una lectura de perspectiva de género, no son las que menos prevención utilizan sino que: ¿las prácticas que están teniendo, se necesitan unas medidas de prevención determinadas? O se puede plantear que, dentro del riesgo que pueda haber, cuáles son las decisiones que una mujer puede tomar y si puede asumir determinados riesgos o no puede tomar determinados riesgos. Eso es una cuestión y otra cuestión es cuando a ti te invisibilizan, cuando no se tiene en cuenta: ni tus prácticas sexuales, ni que formas parte de la sociedad, ni en los estudios epidemiológicos, esto genera la sensación de que no hay riesgo. Si no estás en las estadísticas, si no apareces cuando estás leyendo la información que hay sobre la transmisión de las ITS... También puede ser, que no haya riesgo, también puede haber esta idea de que las prácticas sexuales entre mujeres no conllevan riesgo. Entonces, tendríamos estas dos cuestiones: una, que las mujeres que practican sexo con otras mujeres o mujeres lesbianas, toman decisiones sobre cuáles son los riesgos y de si están dispuestos a asumirlos y que, a lo mejor, no es necesario el uso del preservativo en determinadas prácticas; y dos, hay que tener en cuenta la percepción de riesgo que pueden tener las mujeres lesbianas o las mujeres que tienen sexo con mujeres, ¿no?

Paula: Sí.

Creación Positiva: Que hagan que, a la hora de tomar decisiones, el riesgo no esté dentro de esa toma de decisiones. A sabiendas también de que, en muy pocos sitios, aparecen las prácticas sexuales entre mujeres como prácticas de riesgo, si es que aparecen en algún sitio, ¿no?

Paula: Sí. ¿Podría ser también que, el hecho de ellas no dispongan de suficiente información, sea una causa también?

Creación Positiva: Es que la información tiene que ser accesible y se debe construir. Si estamos planteando que en los equipos de ginecología hay estigma y discriminación, relacionado con las

prácticas sexuales, difícil poder acceder a una información en los equipos de atención de salud sexual que te tocan, ¿no?

Paula: Sí.

Creación Positiva: Si estamos hablando de que hay una invisibilización de las prácticas lésbicas dentro de la epidemiología, es difícil poder acceder a la información.

Paula: Claro.

Creación Positiva: ¿Y si de pronto vemos que, gran parte de la información que hay que habla de temas de prevención, vemos que las lesbianas apenas aparecen? El hecho de no haber información sobre determinadas cuestiones es lo que nos pone en una situación, que es lo que te comentaba antes. ¿Cómo tener una percepción de riesgo de las prácticas de riesgo si no estás, si no apareces, si no hay información de tus prácticas o me siento des-informada o siento que si no se habla de esto es que no hay riesgo? Pero sí que es verdad que hay una falta de información específica y dirigida a mujeres lesbianas en tema de salud sexual, no es que hay una carencia total, pero sí que hay muy poca.

Paula: Vale. También, en Barcelona, se hacen un montón de charlas, sobre todo para hombres que tienen sexo con hombres, sobre VIH. ¿Actualmente, hay algo dirigido solo para mujeres lesbianas o que tienen sexo con mujeres?

Creación Positiva: Estamos haciendo un grupo aquí para hablar de sexualidades con mujeres lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres. Es un grupo que empezamos el año pasado, que hemos seguido continuando, aunque ahora mismo está disperso y auto-gestionado por mujeres que se juntan, se reúnen y hablan. Hay cosas que se están haciendo, nosotras ahora estamos en este grupo y hay mujeres que hacen alguna quedada de tomar café y hablar. Charlas específicas, supongo que habrá alguna, así muy concreta en alguna organización, pero ahora no te puedo decir... No te puedo decir que no hay porque no lo sé, pero sé que hay muy poca oferta dirigida para poder hablar de estos temas con mujeres lesbianas y con mujeres en general, pero para mujeres lesbianas y que tienen sexo con otras mujeres, especialmente. De ahí nosotras vimos la necesidad de crear este grupo porque precisamente no había nada que viéramos que se estuviese planteando desde el punto de vista, des de el tema de derechos, de poder hablar de sexualidad de una forma más

amplia, con el tema de la promoción de la salud y constituimos este grupo, desde ahí puede que otros estén haciendo cosas más puntuales que yo en este momento desconozco.

Paula: Bueno, ¿y qué parece lo que te he comentado al principio? Todas las asociaciones de Barcelona me envían aquí, es decir, he hablado con todas, bueno, algunas se han negado, han dicho que no tenían ni idea del tema y no han querido hacer la entrevista, pero todas, al final, comentaban que hablase con vosotras.

Creación Positiva: Sí, la verdad es que nosotras tenemos una trayectoria desde que empezamos a trabajar con perspectiva de género, es decir, empezamos con un tema de hacer un abordaje integral de VIH con perspectiva de género. Claro, esto nos situó, ya que teníamos programas específicos para mujeres y esto nos ha situado en que en el ámbito de trabajo con mujeres, somos un poco de referencia en Barcelona.

Paula: Es que claro, que de todas, solo una...

Creación Positiva: Bueno...

Paula: ¿Debería estar un poco más generalizado, a lo mejor?

Creación Positiva: Bueno, ¿no sé a quienes más has entrevistado?

Paula: A todas, prácticamente. A tus compañeras de aquí, *Stopsida*, los de *ABD*, con *ACASC*... También he ido a *BCN Check-Point* a ver que me comentaban y tal...

Creación Positiva: Tiene que ver con el proceso y tiene que ver con la proyección. Nosotras trabajamos, desde nuestro inicio, con mujeres y esto hace que, cuando digo con mujeres, en un amplio sentido de que las mujeres tienen diferentes necesidades, diferentes sexualidades y, desde el inicio, hemos sido bastante conscientes y dando respuesta a las necesidades que planteaban mujeres y hombres en temas de VIH. Pero sí que es verdad, que el tema de mujeres sí que somos, un poco, el referente, pero por el tema de trayectoria. Ya te digo que desde hace tiempo queríamos hacer el tema de este grupo, es decir, hemos ido haciendo cosas muy pequeñas con el tema de lesbianas y, al final, un poco madurado y por tema de necesidades, nos hemos encontrado con diferentes

situaciones, hemos creado este grupo y bueno, ha coincidido eso, ha coincidido que hemos hecho un video, ¿no sé si lo has visto?

Paula: No, no lo he visto.

Creación Positiva: Luego te lo enseñó. Un vídeo sobre lesbofobia. De repente hemos empezado a hacer cosas específicamente con el tema de lesbianas, por un tema de visibilidad, todo el tema de los derechos sexuales donde las lesbianas están invisibilizadas en el contexto. Así que, para nosotras, era importante y hemos ido trabajando, a lo mejor, de una forma menos visible, pero este año probablemente estemos visibilizando mucho más todo el trabajo. Pero sí que es verdad que, nosotras como entidad, somos bastante referentes en Cataluña en el trabajo con mujeres y con el trabajo de VIH y promoción de la salud

Paula: ¡Sí, totalmente, ya te lo digo yo! (Riu).

Creación Positiva: Y en tema de lesbianas, porque tenemos una visión bastante global.

Paula: Sí. ¿Actualmente hay algún centro que se dedique a investigar sobre el tema de mujeres lesbianas e ITS?

Creación Positiva: Centro específico, no. Está el Plan Nacional sobre el Sida, que es quien tiene todos los estudios epidemiológicos, ¿vale? A través de los diferentes organismos que tiene asociados el Ministerio de Sanidad y otra serie organismos asociados como es la Carlos III, que son los encargados de hacer los estudios epidemiológicos, pero también otros estudios en relación con el abordaje de las ITS. De vez en cuando, van sacando algunos de estos estudios con perspectiva de género y, en el 2018, hicieron una revisión de toda la epidemiología desde perspectiva de género y de alguna manera visibilizaban un poco como estaba la situación de la mujer respecto la epidemiología. Porque pasa igual, es decir, si no se hila fino, se quedan invisibilizados determinados datos y da la sensación de que la epidemia no afecta a las mujeres y sí que afecta, a lo mejor no cuantitativamente, pero sí con determinados números te puedes dar cuenta de como puede estar afectando: como afectaba más a mujeres emigradas o no, como afectaba más a edades y en relación con la población general. Entonces, hay que hacer un análisis mucho más finos de los datos y que ayuden a sacar también esos determinantes sociales que están detrás de la epidemia, de la epidemiología y que ayudan a entender parte de lo que estábamos hablando. La percepción de

riesgo, si uno de los datos que plantean es que a las mujeres se les diagnostica más tarde y eso hace que la salud de las personas diagnosticadas más tarde sea peor y que sea peor su evolución y que, además, sean las mujeres las que se están diagnosticando más tarde, comparativamente, pues habría que tener en cuenta qué se está planteando y qué hay detrás de eso. Entonces, es como cuando sacan unos datos epidemiológicos tan gruesos, se necesitan también estudios que ayuden un poco a dar finura a esos datos desde otra perspectiva. El Plan Nacional de Sida tiene algunas cosas y algunas recomendaciones en temas de mujeres específicamente, ¿vale? Bueno, pues que revises la documentación que hay dentro de la web y aquí, los estudios que pueda haber entorno a la epidemia de VIH e ITS. No sé si temas de lesbianas está incorporado, pero diría que no, no lo recuerdo. Pero sí que los estudios específicos en temas de VIH e ITS están más en manos de los centros epidemiológicos que están alrededor de la administración pública. Yo no sé si hay alguna identidad que, por su cuenta, esté haciendo algo específicamente con el tema de lesbianas.

Paula: En principio, parece que no.

Creación Positiva: No lo sé, lo desconozco.

Paula: Entonces ya está. ¿Quieres añadir algo más?

Creación Positiva: No. ¿Si tú quieres comentar algo más que quieras saber?

Paula: No, lo tengo todo. Muchas gracias.

ENTREVISTA 6: Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya ACASC)

Direcció: Carrer de la Lluna, 11, 08001 Barcelona

Data: 21/03/2019

Hora: 11.30h

Duració de l'entrevista: 14 minuts i 4 segons



Figura 6: ACASC

Es realitza una primera introducció sobre el treball i els seus propòsits.

Paula: ¿Cuál es tu labor aquí, en esta asociación y a qué se dedica esta asociación?

ACASC: Somos una asociación que tratamos el tema del VIH des de hace más de 33 años y somos de las más antiguas de Barcelona. Justamente, estamos enclavados en el Raval dónde trabajamos el tema del VIH pero sobre todo dirigido a personas que contrajeron el virus a través de inyección con drogas, como la heroína y también trabajamos la vía sexual obviamente, que es dónde hay más transmisión. Pero bueno, yo soy el psicólogo de la asociación y doy soporte atencional a las personas que tienen VIH. Más des de este ángulo, desde este plano, también soy administrador de pruebas, hacemos pruebas de VIH, sífilis y ahora también de hepatitis C como una forma de prevención, participando en este proyecto con el departamento de salud. Tenemos un centro de día, dónde la gente que esté en la calle o exclusión, viene aquí a desayunar, a obtener apoyo de tipo social con nuestra trabajadora social y yo me encargo de la parte del soporte emocional de la asociación. Tenemos un piso de acogida también para este tipo de personas... En general viene a ser esto.

Paula: Vale. ¡Hacéis muchas cosas aquí! (Riu).

ACASC: (Riu). Sí, sí. Pero bueno, a diferencia de otras asociaciones que trabajan más el tema del VIH... Está muy legado, sobre todo a hombres gay sobre todo, ¿No?

Paula: Sí.

ACASC: Sexualidad, en general, ¿no? Es verdad que las mayores transmisiones están más, por ejemplo, entre hombres gay actualmente, ¿No?

Paula: Correcto.

ACASC: Y sé y creo, no sé si va por ahí un poco el estudio, que las mujeres han sido como abandonadas. En el proyecto de pruebas, tengo un grupo que acaba de terminar dónde la mayoría eran chicas, es curioso, ¿no?

Paula: La verdad es que sí.

ACASC: Porque generalmente, en otras asociaciones, hay grupos de pares, pero entre hombres gay, por ejemplo o quizás *Stopsida* trata también todo el tema de la diversidad sexual. Pero bueno, es curioso porque aquí, justamente, la mayoría de los que viene a hacer uso de este servicio, casi todo eran chicas.

Paula: ¿Esta terapia, es en grupo?

ACASC: Sí, es una terapia en grupo. Hay otros servicios, pero lo que te digo, están más, quizás, más concentrado, como *Check Point* que hacen grupos de pares entre hombres. Pero aquí si que estaba abierto a toda la población con VIH y aquí se concentraban más, por ejemplo, chicas. Es un poco de lo que hablábamos, es difícil encontrar un recurso dónde le dé más sitio a las mujeres.

Paula: Claro.

ACASC: Dentro del VIH... Quizás *Creación Positiva*.

Paula: Vale. ¿Qué piensas sobre la situación entre mujeres lesbianas que tienen VIH y cuál es tu perspectiva general?

ACASC: Bueno, es un tema que tampoco manejamos mucho. Quizás dentro de los grupos que te digo... No me ha aparecido ninguna persona que solicite ayuda siendo lesbiana. Sí que dentro del servicio de pruebas han venido chicas que tienen sexo con otras chicas y de alguna manera tratamos el tema de prevención. El tema de prevención, es que entre chicas es muy difícil la transmisión, por el tipo de fluidos que puedan haber en intercambio en relación al virus y según datos que yo he escuchado, tampoco los tengo, en los datos que salen del departamento de salud, hay muy pocas transmisiones... De los datos que se manejan, realmente hay muy pocas transmisiones, cuando es por este tipo de vía. Generalmente, cuando hay, es porque, a lo mejor, alguna de ellas estuvo antes con un hombre, por ejemplo, pero obviamente sí que existe la posibilidad de una transmisión, por ejemplo, si hay contacto con sangre, por ejemplo, hay algunas cosas que se pueden hacer para evitar las transmisiones del virus.

Paula: Vale. Las mujeres lesbianas afectadas por el VIH, no aparecen en las estadísticas de la epidemiología españolas ni catalanas. ¿Por qué motivo piensas que no aparecen?

ACASC: Bueno, me parece muy desafortunado... Algo parecido pasaba antes con los transexuales también. Nosotros pasamos datos a un sistema también epidemiológico de estadísticas y, muchas veces, no estaba la opción de poner transexual. Entonces yo creo que es esto, que todavía no están consideradas del todo y, poco a poco, se van haciendo un sitio. Entonces aquí se refleja y es así como, en otros ámbitos, también se va a reflejar en la estadística epidemiológica.

Paula: Vale. Muchos estudios destacan que a las mujeres lesbianas no se les pregunta por su orientación sexual durante revisiones médicas. ¿Por qué crees que pasa esto?

ACASC: No lo sé, sinceramente me parece un error. También creo que obviamente el médico debería de preguntárselo, ¿no? Y también ellas, por supuesto, tener toda la libertad de hablar, igual que cualquier persona de tu sexo u orientación, puede hacerlo.

Paula: Sí, muchas veces se da por supuesta la heterosexualidad de la mujer y directamente no se pregunta.

ACASC: Exacto. Pasa también con los hombres gays, aunque es verdad que el tema de los hombres gays se ha ganado mucho terreno. Quizás, yo pienso, que justamente tiene que ver con el tema del VIH, época dónde fueron tan perseguidos, estigmatizados y que de alguna manera hubo, desde

entonces, toda esta reivindicación de los hombres gays. Y quizás fue a partir de ahí, pero todo ese espacio que se ha ganado y quizás ahí está el interés de tu trabajo, habría que considerar y luchar mucho para que fuera igual para las mujeres lesbianas.

Paula: Claro. ¿Piensas que las mujeres lesbianas se podrían incluir dentro del nombre heterosexual por vergüenza o estigma del profesional?

ACASC: Por supuesto, por supuesto... Porque todavía, ser lesbiana, igual que en otros sitios, ser gay, está estigmatizado, no está aceptado, igual que el tema de tener VIH, por supuesto.

Paula: Claro, claro. Sí, este sería otro tema aún que también...

ACASC: Es un tema, sí, pero se ha hecho mucho. Quizás lo original de tu trabajo es que existan un poco más las mujeres.

Paula: Sí. Muchos estudios recalcan que las mujeres lesbianas no usan protección para las prácticas de riesgo. ¿Qué motivo crees que podría llevar a estas mujeres a no usarla?

ACASC: Parte del trabajo que nosotros hacemos aquí cuando viene una chica y tiene prácticas sexuales con otra chica, es justamente orientarla desde la protección. Sí que hay como un vacío y alguna vez me han hecho esa pregunta de: ¿Oye, como puedo? ¿Es igual o no es igual? Bueno, me he tenido que informar y sí que es un poco lo que hablábamos. Sí que si se utilizan juguetes sexuales es importante cambiar, por ejemplo, los preservativos. Intentamos saber un poco cuáles son los líquidos o fluidos que se transmiten con el virus, como puede ser, por ejemplo, el semen o la sangre, en el caso de que la mujer esté menstruando, el contacto con sangre, de alguna manera la transmisión del virus también aumenta. Bueno, pero quizás es un poco ignorancia de estas cosas básicas que a lo mejor también, por eso no se utilizan. También, actualmente, el tema de VIH seguramente lo irás o lo has escuchado, que uno de los temas es que sea indetectable. Indetectable es una persona que tiene el virus pero, por la acción del tratamiento, no tiene posibilidad de transmitirlo a otras personas. La cantidad de virus en sus líquidos es prácticamente inexistente y está solo en su cuerpo en las zonas donde no llega la medicación. Entonces, una moda, por decirlo así, es de cada vez utilizar menos protección en personas con VIH porque conocen esto. Y eso obviamente también es válido entre mujeres: aunque hubiera sangre, si una de ellas supiera que tiene el virus y toma la medicación, tampoco habría riesgo de transmisión. Lo que sí que es verdad,

que, al darse más estas situaciones sin protección, quizás no va a haber tanto VIH, estará más protegido, aunque no es verdad tampoco, porque sigue creciendo el número, pero sí que hay más espacio para otras infecciones como sífilis, gonorrea... ¿Vale?

Paula: Vale. El hecho de que las mujeres no dispongan de suficiente información sobre todo esto, ¿podría ser una causa de no utilizar barreras de protección?

ACASC: Por supuesto, sí lo es.

Paula: ¿O piensas que podría haber algo más?

ACASC: Puede haber otras causas, por supuesto, pero esta existe también. Muchas veces, una persona que es indetectable, por ejemplo, sabe que tiene el virus y sabe que no lo va a transmitir, esto sería lo contrario, estar insensibilizado de la información. Depende, el riesgo de las transmisiones es en las personas que, teniendo el virus, no saben que lo tienen porque no se han hecho pruebas o no tienen ningún tipo de sintomatología o problemas de salud. Ahí es dónde, de alguna manera, es importante la previsión.

Paula: Claro, vale. En Barcelona, se hacen muchas charlas, sobretodo para homosexuales, sobre el tema del VIH.

ACASC: ¿Hombres gays, te refieres?

Paula: Exacto, hombres gays con VIH. ¿Actualmente hay alguna que esté dirigida, exclusivamente, a mujeres lesbianas con VIH?

ACASC: Que yo sepa no, pero sería muy importante. Por eso yo te derivaba también a *Creación Positiva* ya que trabajan más el tema. Yo, desde aquí, en nuestra asociación, trabajamos otro perfil, quizás a menos que hubiera la necesidad pero, hace falta.

Paula: Vale, queda una última pregunta. ¿Sabes si hay, actualmente, algún centro que se dedique a estudiar sobre mujeres lesbianas, como sí se está estudiando en hombres?

ACASC: No, no lo sé. Si quisiera interesarme por este tema, por ejemplo, iría a *Sidastudi*. Sí que no es el tema pero sí que es una biblioteca dónde puedes encontrar mucha información sobre esto.

Paula: Vale, pues ya he terminado. ¿Quieres añadir algo más?

ACASC: Pues no. Sí que me gustaría decirte que me parece algo interesante, es algo tan original, parece original, es algo que me parece que ahora, en esta época, de una manera esta reivindicación de la mujer, que es de los pocos movimientos que tienen fuerza ahora, actualmente, me parece que tiene sentido el estudio que estás haciendo.

Paula: Muchas gracias.

9. QÜESTIONARI ÈTIC DE LA RECERCA

Títol de l'estudi: Les dones lesbianes amb VIH són invisibles

Nom estudiant: Paula Martorell Vadell

Nom tutor: Carlos María Moreno Pérez

1. **Hi participen persones que no poden donar el seu consentiment informat per si mateixos en sentit jurídic?** No.
2. **Hi participen persones que pertanyen a un grup especialment vulnerable?** No.
3. **És necessari que hi participin persones que en el moment de la seva participació no n'estiguin informats?** No.
4. **És necessari que hi participin persones que no seran informats del tot sobre els objectius de l'estudi?** No.
5. **És necessari que els participants seguin enganyats sobre el contingut i l'objectiu de l'estudi?** No.
6. **És necessari que es facin preguntes sobre aspectes que poden ser percebuts com a íntims o estigmatitzants pels participants?** No.

- 7. És possible que durant l'estudi els participants puguin experimentar estrès psicològic, temor, fatiga, dolor o altres efectes negatius? No.**
- 8. Els participants rebran medicaments, placebos o altres substàncies? No.**
- 9. Els participants passaran per procediments invasius o potencialment nocius? No.**
- 10. S'agafaran dades relacionades a persones que no es poden processar de forma anònima? No.**
- 11. Els participants rebran una compensació econòmica? No.**

10. DECLARACIÓ D'AUTORIA

«Declaro que aquest treball és original i ha estat realitzat per mi mateixa, sense haver fet servir altres fonts o ajudes diferents a les referenciades. També he assenyalat la procedència dels fragments literals, o de contingut, que he pres de tercers» (Ruipérez i García-Cabrero, 2016)