UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



Percepción de riesgo, prevención de ITS y aceptabilidad de métodos de barrera en prácticas sexuales entre personas con vulva

Autora: Castro Leila (leilacastro36166611@gmail.com). 10543-P1

Tutor: Dr. Lucas Cuenya

Co-tutor: Dr. Sebastián Gabini

Título por obtener: Licenciatura en Psicología

Año: 2024

Agradecimientos

El logro de una meta tan anhelada no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de muchas personas a lo largo de este camino. Por ello, siento la necesidad de expresar mi más sincero agradecimiento a cada una de ellas. En primer lugar, quiero dedicar unas palabras de agradecimiento a mis padres, quienes desde pequeña me inculcaron la importancia de la perseverancia, la disciplina y el compromiso para alcanzar cualquier objetivo en la vida. Sin su amor y apoyo incondicional, nada de esto hubiera sido posible.

Asimismo, mi gratitud hacia mis tutores, el Dr. Lucas Cuenya y el Dr. Sebastián Gabini, es infinita. Su generosidad, paciencia y humildad fueron fundamentales para alcanzar este logro. También quiero agradecer al GISSER, el Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva, cuya colaboración y apoyo fueron vitales para el desarrollo de mi proyecto de investigación. En especial, agradezco a Florencia Coldeira por su valioso aporte. No puedo dejar de mencionar el papel fundamental que tuvo el CONICET y la Universidad Abierta Interamericana al financiar el proyecto en el que tuve el privilegio de trabajar. Su apoyo fue fundamental para el desarrollo y la culminación exitosa del mismo.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las autoridades y al cuerpo docente de la UAI. En particular, quiero destacar el impacto que tuvieron en mi formación algunos/as docentes como Lorena Canle, Maximiliano Preuss, Marcelo Pérez y Vanesa Cayún. No puedo dejar de mencionar al Dr. Lucas G. Gago, cuya dedicación y pasión por la profesión han sido una inspiración para mí. Estoy enormemente agradecido por su generosidad al permitirme trabajar y aprender a su lado.

Gracias a mis amigas por su constante apoyo y por celebrar conmigo cada pequeño logro. Durante estos cinco años de carrera, he tenido la suerte de conocer a personas maravillosas que ahora son mis futuras colegas. Agradezco a mi grupo de amigas, Agus, Ju, Anahí, Dani, Maca, Gilda, con quienes he compartido momentos de alegría, ansiedad, miedo y agotamiento, siempre brindándonos mutuo apoyo. También quiero agradecer a mi amiga Melina por su confianza, generosidad y dedicación inquebrantable. Esta experiencia no sólo me ha brindado un nuevo proyecto, sino también amistades sólidas y valiosas. Estoy muy agradecida por todo el apoyo que he recibido a lo largo de este camino.

Índice

Agradecimientos 2
Nota Aclaratoria 4
Resumen 5
Abstract 6
Introducción 7
Enfoque y Métodos 9
    Universo de estudio y muestra (selección de casos) 10
Técnicas de Investigación 11
Consideraciones Éticas 12
Procesamiento y Análisis de la Información 12
Resultados 13
    Barreras percibidas para la aceptabilidad hacia los MPITS entre PVRPV 14
    Percepción de riesgo frente a las ITS 18
    La confianza y la corresponsabilidad como métodos alternativos frente al riesgo 19
Discusión 23
Conclusión 27
Referencias 28
Anexo I 32
Anexo II 34
Anexo III 35

Nota Aclaratoria:

El presente Trabajo de Integración Final corresponde al artículo científico en el que la tesista participó como autora:

Gabini, Sebastián; Castro, Leila; Coldeira, Florencia; & Cuenya, Lucas (*enviado*). Prevención de ITS, percepción de riesgo y dificultades para la aceptabilidad de métodos de barrera en prácticas sexuales entre personas con vulva. *Población & Sociedad.* doi: http://dx.doi.org/10.19137/pys

La presente investigación se encuentra inserta en el Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva (GISSER), dependiente de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), radicado en el Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales (CAECS), Buenos Aires, Argentina. A su vez, forma parte del subsidio bianual UAI 2023-2024 dirigido por el Dr. Sebastián Gabini.

De: **Raquel Gil Montero** <postfix@unlpam.edu.ar>
Date: vie, 26 ene 2024 a las 11:03
Subject: [P&S] Envío recibido
To: Sebastian Gabini <sebagabini@gmail.com>

Sebastian Gabini:

Gracias por enviarnos su manuscrito "Percepción de riesgo, prevención de ITS y aceptabilidad de métodos de barrera en prácticas sexuales entre personas con vulva" a Población y Sociedad. Gracias al sistema de gestión de revistas online que usamos podrá seguir su progreso a través del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista:

URL del manuscrito: https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/authorDashboard/submission/8121
Nombre de usuaria/o: sebagabini

Le recordamos que todo trabajo ACEPTADO para ser publicado se debe enviar con el formato de la revista. En nuestra página web encontrará una plantilla para poder trabajar con más comodidad. Por favor, revise las normas editoriales ya que en ellas hemos detallado todos los requisitos que les pedimos a las y los autores.

Si tiene cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Raquel Gil Montero

Resumen

Las ITS afectan potencialmente a todos los individuos. Sin embargo, las personas con vulva que mantienen relaciones con otras personas con vulva (PVRPV) son las que se ven más relegadas en cuanto a su prevención, principalmente por la inexistencia de un método de barrera diseñado específicamente para estos fines y de probada efectividad. Esto ha propiciado el surgimiento de distintos métodos de cuidado alternativos. El objetivo del estudio fue investigar desde un enfoque comprensivo las particularidades de la prevención de ITS en este colectivo teniendo en cuenta sus propios marcos valorativos y experienciales. Para ello, se llevó a cabo una investigación exploratoria-descriptiva, transversal, de corte cualitativo con personas vulvoportantes independientemente de su identidad de género o preferencia sexual, residentes de Rosario y la CABA (Argentina). La recolección de datos se realizó a partir de 20 entrevistas en profundidad efectuadas de forma remota. Los resultados obtenidos permitieron identificar PVRPV que tienen una baja percepción de riesgo y baja disposición a la utilización de métodos de prevención de ITS (MPITS); y PVRPV con una alta percepción de riesgo y deseos de mantener prácticas sexuales cuidadas. Sin embargo, los obstaculizadores a la hora de la utilización de los métodos existentes (como su baja comodidad y practicidad) promoverían el ejercicio de otro tipo de cuidados. En el caso de encuentros casuales se destaca la 'inhibición de ciertas prácticas' (principalmente tribadismo y sexo oral) como cuidado. En cambio, cuando existe confianza o cercanía con las parejas sexuales, se incentiva la responsabilidad compartida y el 'testeo y la consulta médica' se erigen como las formas de prevención predilectas. Se discuten los hallazgos y sus implicancias a la hora de diseñar políticas públicas efectivas y eficaces orientadas a la salud sexual de esta población.

Palabras clave: Prevención, ITS, persona con vulva, cuidados, sexualidad.

Abstract

STIs potentially may affect all individuals. However, people with a vulva who have relationships with other people with a vulva (PVRPV) are the ones who are most relegated in terms of prevention, mainly due to the lack of a barrier method designed specifically for these purposes and of proven effectiveness. This has led to the emergence of different alternative care methods. The objective of the study was to investigate, from a comprehensive approach, the particularities of STI prevention in this group, taking into account their own evaluative and experiential frameworks. To this end, an exploratory-descriptive, cross-sectional, qualitative research was carried out on PVRPV residents of Rosario and CABA (Argentina), regardless of their gender identity or sexual preference. Data collection was carried out from 20 remote in-depth interviews. The results obtained allowed us to identify PVRPV who have a low risk perception and low willingness to use STI prevention methods (MPITS); and PVRPV with a high perception of risk and desire to maintain safe sexual practices. However, obstacles to the use of existing methods (such as their low comfort and practicality) promotes the exercise of other types of care. In the case of casual encounters, the 'inhibition of certain practices' (mainly tribadism and oral sex) is highlighted as care. On the other hand, when there is trust or closeness with sexual partners, shared responsibility is encouraged and 'testing and medical consultation' become the preferred forms of prevention. The findings and their implications for the design of effective and efficient public policies aimed at the sexual health of this population are discussed.

Key words: Prevention, STI, person with vulva, care, sexuality.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan potencialmente a todos los individuos, sin importar su sexo biológico, identidad, orientación o práctica sexual. Las mismas son infecciones producto de más de treinta tipos de virus, bacterias y parásitos que se propagan predominantemente por contacto sexual entre personas, y pueden determinar efectos profundos en la salud sexual y reproductiva de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). A nivel mundial, cada día más de un millón de personas contraen una ITS. En el año 2020, se estima que hubo unos 374 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidia (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7.1 millones) y tricomoniasis (156 millones). Entre los principales síntomas se pueden mencionar: dolor o ardor al orinar o tener relaciones sexuales, secreciones, flujo inusual, sangrado vaginal o llagas. Sin embargo, más allá de su efecto inmediato, las ITS pueden multiplicar el riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), incrementar la prevalencia de cáncer cervicouterino, infertilidad femenina, así como aumentar la morbimortalidad materno-infantil (OMS, 2023). En Argentina, se estima que existen más de 140 mil personas con VIH y que el 98% de las nuevas infecciones se producen por relaciones sexuales sin protección. Además, en los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de otras ITS, con un claro predominio de la sífilis (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2022).

Ante esta realidad, la OMS (2021) recomienda intervenciones en educación sexual integral, la aplicación de vacunas (actualmente sólo se cuenta con vacunas para la hepatitis B y el virus del papiloma humano) y fomentar el uso de preservativos. Sin embargo, el condón interno presupone relaciones sexuales con personas con pene, nunca con mujeres u otras personas con vulva[1] (Vázquez Laba & Prieto, 2016). Por su parte, el condón para penes podría prevenirlas, cuando es utilizado correctamente, solamente en dos tipos de prácticas sexuales: la penetración (pene-vulva o pene-ano) y la felación (boca-pene). Esto deja por fuera del espectro de cobertura un gran número de prácticas que también conllevan riesgos de transmisión de ITS (Schneider et al., 2019) como el tribadismo (vulva-vulva), el *annilingus* (boca-ano) o el *cunnilingus* (boca-vulva).

En este sentido, las *personas con vulva que mantienen relaciones con otras personas con vulva* (PVRPV) son las que se ven más relegadas en cuanto a la prevención de ITS por, al

[1] Lo que incluye mujeres cisgénero, varones transgénero, mujeres transexuales, algunas personas intersexuales, o cualquier otra persona con vulva que no se identifique totalmente con alguna de las categorías de varón o mujer (personas no binarias, demigénero, género fluido o tercer sexo) independientemente de su preferencia sexual.

menos, cuatro grandes razones (Rodríguez-Otero, 2020). La primera está relacionada a una mayor fragilidad del epitelio, una amplia zona de exposición a las secreciones sexuales y gran diversidad microbiana en la cavidad vaginal (McClelland et al., 2018). La segunda se vincula a actitudes violentas y discriminativas por parte del sistema de salud y sus profesionales, lo que determina un menor acceso de esta población a los servicios de salud (Munson & Cook, 2016). Al respecto, hemos encontrado en nuestro medio que este colectivo reporta mayores situaciones de discriminación y un menor índice de consultas ginecológicas y testeos de ITS/VIH (Gabini et al., 2022). La tercera se relaciona con cierto desconocimiento sobre su prevención, aún entre profesionales de la salud, en prácticas sexuales entre personas con vulva (Rufino et al., 2018). La cuarta está asociada a la desventaja de no poseer un método de prevención de ITS (MPITS) apto para su cuidado que haya sido desarrollado para este fin y con probada efectividad (Muzny et al., 2013).

En estos casos, la literatura específica sugiere la utilización de campos de profilácticos generados a partir de la realización de un corte longitudinal a un preservativo para penes, el uso de materiales desarrollados para uso odontológico conocidos como diques dentales, barreras comercializadas para fines sexual (sexo oral) o la aplicación de papel film (Gutierrez et al., 2022). Sin embargo, en algunos países estas opciones no se encuentran disponibles o no son accesibles para todas las personas (Silberman et al., 2016; Guerrero Solari, 2018). Además, cualquiera de estos métodos presenta soluciones parciales desde el momento que las características de los materiales (tamaños que no cubren la totalidad de la zona vaginal/anal) y formas de utilización (sosteniéndolos con ambas manos mientras se mantienen relaciones sexuales) son inadecuados para tal fin (Schick et al., 2012; Wikramanayake et al., 2020).

En el ámbito internacional pocos estudios han indagado acerca del uso de métodos de barrera en mujeres que tienen sexo con mujeres (Gutierrez et al., 2022), generalmente lesbianas o bisexuales. Una investigación realizada con más de tres mil mujeres residentes de Estados Unidas, Reino Unido, Canadá y Australia señaló que el 95% de la muestra nunca utilizó una barrera con fines profilácticos para contacto genital y sólo el 16% empleaba preservativos a la hora de compartir vibradores (Schick et al., 2012). En la misma línea, un estudio llevado a cabo en España encontró que cerca del 5% de las mujeres hacían uso sistemático de diques dentales para prácticas orales (Gil-Llario et al., 2023). Otros resultados provenientes de Brasil indicaron que no era una práctica común entre mujeres (Rufino et al., 2018), especialmente cuando se trataba de parejas sexuales regulares (Gomes de Carvalho et al., 2013). En suma, las investigaciones previas reportaron que muy pocas mujeres conocen sobre estos métodos, una menor cantidad hacen uso de ellos y existe una baja percepción de riesgos de adquirir una ITS

(Richters et al., 2010). Pero ninguna se ha focalizado en personas vulvoportantes independientemente de su identidad o preferencia sexual.

El panorama en Argentina no es mucho más alentador. Uno de los escasos antecedentes recopilados indicó que el 77.5% de las mujeres encuestadas no utilizaba métodos de protección en prácticas sexuales con otras mujeres por el hecho de tener una pareja estable, por incomodidad o debido a que los mismos no se consiguen (Silberman et al., 2016). Por su parte, un estudio sobre las trayectorias sexoafectivas en mujeres lesbianas señaló que las participantes no utilizaron ni utilizan ninguna forma de protección, a excepción de parejas que se habían realizado análisis de sangre pertinentes (Trupa, 2015).

Lo antedicho pone de manifiesto la necesidad de estudiar las particularidades de la salud sexual de este colectivo. Por lo tanto, el objetivo del presente fue investigar desde un enfoque comprensivo las particularidades de la prevención de ITS en PVRPV de Rosario y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA- (Argentina) teniendo en cuenta sus propios marcos valorativos y experienciales. La presente investigación posee originalidad por tres motivos: (a) son escasas las investigaciones sobre la temática realizadas en el país; (b) busca incorporar personas que usualmente quedan excluidas de otros estudios, dado que los antecedentes sobre la temática se han posicionado casi exclusivamente en mujeres lesbianas y/o bisexuales (Obón-Azuara et al., 2022); y (c) contempla personas que residen por fuera de la CABA. Esta investigación se propone proveer información relevante al momento de comprender las necesidades particulares de esta población, un requerimiento indispensable para el diseño de políticas relativas a la salud sexual de este colectivo, tanto para concientizar y brindar información sobre métodos de prevención y atención, como para garantizar su disponibilidad.

Enfoque y Métodos

Se llevó a cabo una investigación exploratoria-descriptiva, transversal, de corte cualitativo (Hernandez Sampieri et al., 2010). El objetivo de este estudio se dirigió a conocer los códigos, nociones interpretativas y lenguajes específicos con los que este grupo social representa su mundo práctico en su cotidianidad, especialmente, en sus prácticas sexuales, por lo que se incluyeron algunos elementos de la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002).

Universo de estudio y muestra (selección de casos)

Se trabajó con personas vulvoportantes independientemente de su identidad de género o preferencia sexual. Se utilizó un muestreo intencionado, el que se estipuló en función de tres criterios. En primer lugar, que mantuvieran prácticas sexuales con otras personas con vulva. En segunda instancia, con la intención de incorporar personas que residan en grandes urbes pero que no sean exclusivamente de Buenos Aires, la muestra se centró en dos localidades diferentes -ciudad de Rosario y la CABA-. En tercer lugar, que tuvieran entre 18 y 45 años de edad inclusive. Este criterio respondió a que esta franja etaria presenta una mayor prevalencia y tasa de ITS en comparación a otras edades (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2021). Sumado a ello, para preservar la diversidad de casos, se plantearon los siguientes criterios de similitud y diferencias a la hora de establecer la muestra: presentar diferentes prácticas sexuales, incluir personas vulvoportantes que convivan con alguna ITS o hayan tenido en el pasado alguna ITS, incluir al menos a un varón transgénero y personas que se encuentren actualmente en grupos u organismos que promueven el empleo de métodos de prevención de barrera en personas con vulva. Se definió un número inicial de 20 personas atendiendo a las categorías presentadas anteriormente. Dado que ese número de entrevistas permitió la saturación teórica para las categorías que se trabajaron, no se incluyeron nuevas a las recolectadas inicialmente.

Las personas entrevistadas se distribuyeron equitativamente entre la ciudad de Rosario y la CABA (n = 10 residentes de cada una). La edad promedio de la muestra fue de 30 años (DE = 7.75). En cuanto al género, el 80% (n = 16) se autopercibía mujer, el 15% (n = 3) varón trans y el 5% (n = 1) persona no binaria. En lo que hace a la orientación sexual, el 55% (n = 11) eran lesbianas, el 30% (n = 6) bisexuales y el 15% restante estaba conformado por una mujer heterosexual que mantenía prácticas con otras personas con vulva y dos personas que no coincidían con ninguna de estas categorías. El 60% se encontraba en pareja o con una relación sexoafectiva estable al momento de la recolección de datos. Por otra parte, el 30% (n = 6) contaba con secundario completo, el 30% (n = 6) con nivel terciario o universitario incompleto y el 40% (n = 8) universitario completo. Sumado a ello, la totalidad de la muestra se encontraba trabajando, y el 30% (n = 6) no poseía cobertura médica por medio de una obra social, mutual o prepaga.

Técnicas de Investigación

Se realizaron entrevistas en profundidad como herramienta de recolección de datos. Fueron efectuadas de forma remota a través de una plataforma para encuentros virtuales (Zoom). Con el objetivo de asegurar los criterios de rigurosidad metodológica de dependencia o consistencia lógica y auditabilidad y transmisibilidad (Franklin & Ballau, 2005; Salgado Lévano, 2007) las entrevistas fueron grabadas y transcriptas. La entrevistadora fue una mujer cisgénero dadas las características de la población objetivo.

Las personas entrevistadas fueron contactadas previamente por vía telefónica para acordar día y horario de la entrevista. Con anterioridad de la entrevista debían completar un breve cuestionario sociodemográfico, que sirvió para cotejar que se cumplieran los criterios muestrales definidos. Además, se solicitó la firma digital del consentimiento informado.

Cuestionario sociodemográfico: construido *ad hoc* para la presente investigación, recabó datos sobre variables como género (mujer, varón trans, no binario), edad, orientación sexual (homosexual, heterosexual, bisexual, otros), vínculo sexoafectivo estable en la actualidad (si/no), máximo nivel de instrucción formal y forma de acceso al sistema de salud (hospital público, obra social/mutual/prepaga).

Entrevistas en profundidad: estuvo orientada a obtener información sobre los conocimientos y la utilización de métodos de prevención de ITS para prácticas sexuales no coitales entre PVRPV, aceptabilidad y disponibilidad de los mismos y percepción de riesgo. La guía de preguntas elaborada para dichos tópicos fue:

1- ¿Conoce formas o métodos de protección alternativos al preservativo para relaciones no coitales entre personas con vulva?
2- ¿Qué nivel o grado de riesgo considera que tiene en sus relaciones sexuales de estar expuesta/o a una infección de transmisión sexual?
3- Voy a mostrarle tres dispositivos distintos de protección que pueden ser utilizados en relaciones no coitales (se le enseñan en fotografías el campo de látex, el dique dental y el vulvarnés) y me gustaría que me diga qué piensa de cada uno de ellos (en caso de no conocerlos, se le explica brevemente en qué consisten y cómo se los emplea).
4- ¿Qué forma de distribución o acceso a los métodos alternativos encontraría más cómoda en su caso?

Consideraciones Éticas

Se respetaron los lineamientos éticos para la investigación en humanos conforme a lo establecido por la Asociación Psicológica Americana (APA, 2018), las normas bioéticas nacionales (ANMAT 5330/97) e internacionales (Declaración de Helsinki), la Declaración Universal sobre Genoma Humano y Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la Unesco (11/1997) y la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de los Datos Personales. Tanto el proyecto, como los instrumentos y el formato de consentimiento informado fueron aprobados en el dictamen número 0-1093 del Comité de ética para la Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Abierta Interamericana (CEICyT – UAI). Las personas fueron informadas de las características y objetivos de la investigación, dejando claro desde el primer contacto que su participación era voluntaria y anónima, y que el material recolectado sería tratado de modo confidencial con fines exclusivamente investigativos. Se requirió la firma del consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento y, a los fines de resguardar el anonimato, se modificó el nombre de las personas participantes.

Procesamiento y Análisis de la Información

El material resultante de las entrevistas fue analizado con el auxilio del software Atlas.ti versión 23. Para su codificación, se establecieron categorías iniciales a partir del análisis de la teoría y los antecedentes disponibles sobre el tema. Otras categorías emergieron del contenido de las entrevistas. Durante el procesamiento del material algunos códigos, tanto nuevos como preexistentes, fueron fusionados, desagregados o renombrados. A lo largo de este proceso, se identificaron los fragmentos mínimos de discurso (citas) a los que se les asignó una o varias categorías. El contenido fue analizado por un investigador en Rosario y dos en la CABA, con el objetivo de evaluar la congruencia de la asignación de citas a las distintas categorías. Posteriormente, otra investigadora vinculada al proyecto, pero que no participó de la recolección ni transcripción del material, auditó la adecuación conceptual de todas las citas codificadas. Para tal fin, contó con un glosario con breves definiciones conceptuales de cada uno de los códigos finales, y señaló aquellas citas cuyo contenido no se ajustará al código asignado, lo que permitió posteriores correcciones.

Resultados

En primer lugar, se analizaron las 20 entrevistas con el objetivo de generar categorías iniciales de significado y asignarlas a fragmentos mínimos de discurso. A partir de este procedimiento se obtuvieron 890 citas y 37 códigos a los que se les brindó una definición conceptual. En segunda instancia, se establecieron relaciones conceptuales y teóricas entre los códigos con el auxilio de los análisis de coocurrencias. Se confeccionaron 6 grupos o familias de códigos, que colectivamente agruparon a 30 de los 37 códigos.

Para el análisis de los ejes propuestos sólo se contemplan los 11 códigos que se presentan en la Tabla 1. De esta manera, se observa que todos ellos poseen presencia en las entrevistas realizadas y, particularmente, el 'Conocimiento sobre MPITS entre PV', las 'Barreras percibidas para la aceptabilidad de MPITS entre PV' y la 'Percepción de riesgo' son los códigos con mayor enraizamiento.

Tabla 1

Análisis código-documento para la totalidad de los casos

	BP	CMP	A	C	P	PR	CPS	DC	CRI	CC	NC	Total
E1	2	2	3	5	2	8	0	3	9	2	0	36
E2	7	8	1	3	2	7	2	1	0	6	0	37
E3	8	3	5	6	0	5	2	2	5	1	2	39
E4	3	3	2	0	1	4	1	0	0	2	0	16
E5	1	4	1	2	0	2	1	3	2	2	3	21
E6	6	5	2	3	3	5	0	5	4	5	4	42
E7	1	5	0	1	1	2	0	1	0	0	3	14
E8	2	1	0	1	1	4	1	0	1	0	2	13
E9	1	6	1	2	2	1	1	0	0	0	0	14
E10	0	5	0	1	1	2	0	1	2	0	5	17
E11	1	3	1	1	0	3	2	4	4	5	3	27
E12	3	1	1	4	1	4	0	1	0	1	3	19
E13	10	1	1	1	4	5	0	1	1	1	5	30
E14	1	2	0	2	1	1	0	0	0	2	1	10
E15	1	4	4	1	2	1	0	2	1	2	0	18
E16	6	4	0	2	5	3	0	2	0	6	1	29
E17	2	4	2	1	0	1	0	0	3	2	1	16
E18	1	7	1	1	2	2	0	2	1	0	0	17
E19	2	4	1	4	2	3	2	0	0	0	0	18
E20	1	4	1	1	0	2	0	0	1	0	1	11
Total	59	76	27	42	30	65	12	28	34	37	34	444

Nota: BP = Barreras percibidas para la aceptabilidad de MPITS entre PV, CMP = Conocimiento sobre MPITS entre PV, A = Accesibilidad económica, C = Comodidad, P = Practicidad, CPS = Conflicto con el placer sexual, PR = Percepción de riesgo, DC = Disposición a cuidarse, CRI = Creencias sobre responsabilidad individual, CC = Confianza/Cercanía, NC = Negociaciones en el cuidado.

Luego, se realizó una nube de palabras con el objetivo de obtener un panorama general de los conceptos más relevantes que luego se analizaron a partir de los fragmentos de entrevistas. Para ello se retuvieron sólo los sustantivos con una frecuencia mayor o igual a 40 en las respuestas de las personas entrevistadas. Tal como puede observarse en la Figura 1, las palabras "persona/s", "relaciones", "campo" y "vulva" ocupan el centro de la escena. En los espacios periféricos se ubican sustantivos como "sexo", "cuidado", "preservativo", "métodos" y "mujeres".



Figura I: Nube de palabras de los sustantivos presentes en las entrevistas.

Seguidamente, se generaron redes conceptuales y representaciones gráficas de las mismas en función de la selección de nodos centrales por enraizamiento (cantidad de citas) y relevancia teórica. Este paso permitió integrar las relaciones entre los códigos a través de un conjunto de proposiciones que expresan las propiedades de tales vínculos.

Barreras percibidas para la aceptabilidad hacia los MPITS entre PVRPV

El código 'Barreras percibidas a la aceptabilidad de los MPITS' se identificó como un nodo central. Esta categoría contempla las subcategorías *barreras relacionadas al acceso y barreras relacionadas al uso*. Dentro de la primera, las propiedades que se distinguen son el conocimiento, la disponibilidad y la accesibilidad. Mientras que, para la segunda, se pudieron identificar la practicidad y la comodidad. Con respecto a este punto, estudios previos ya han destacado el rol preponderante del conocimiento y de la comodidad a la hora de utilizar métodos de barrera para este tipo de prácticas sexuales (Muzny et al., 2013; Schick et al., 2012).

Tabla 2

Categoría 'Barreras percibidas a la aceptabilidad de los MPITS' según subcategorías, propiedades y dimensiones

Categoría	Subcategoría	Propiedades	Dimensiones
Barreras percibidas a la aceptabilidad de los MPITS	Barreras relacionadas al acceso (distales)	Conocimiento	Variaciones en información: Dispone de información sobre MPITS entre PV, no dispone de información sobre MPITS entre PV
		Disponibilidad	Variaciones en disponibilidad: No disponible en el mundo, no disponible en el país, disponible con dificultades.
		Accesibilidad económica	Variaciones en valores económicos: no accesible, poco accesible, accesible con dificultades
	Barreras relacionadas al uso (proximales)	Practicidad	Dificultades: Preparación, colocación, sostenimiento.
		Comodidad	Dificultades: Corrimiento, tamaño, gusto.

En lo que hace a las barreras relacionadas al acceso a MPITS entre PV, durante el desarrollo de las entrevistas se ha podido identificar que en Argentina no existen dispositivos a la venta que puedan cubrir totalmente las necesidades de las personas con vulva. Sólo se presentan algunas alternativas que no han sido diseñadas específicamente para estos fines. Las personas entrevistadas mayoritariamente hacen referencia a la confección de un campo profiláctico a partir de un condón para penes, tal como lo expresa Carolina (35 años, mujer cis, lesbiana): "Campo de látex no hay. Es un preservativo que uno adapta a campo de látex".

Sin embargo, de forma reiterada los MPIST se describen como "engorrosos", "un incordio" o "mucho más complejo que el forro para el chabón" (Dana, 45 años, mujer cis, lesbiana). De este modo, la practicidad parece ser una de las principales barreras para su uso y se refleja principalmente en el hecho que el método reclama tener que sostenerlo durante la práctica sexual. Al respecto, Belén (33 años, mujer cis, lesbiana) expresa "yo no puedo estar sosteniéndome algo, y no me puedo enrollar con el film y tener un pañal de film, yo creo que eso ya es un montón para mí".

Además, tal como destaca una de las entrevistadas que trabaja como médica ginecóloga (Carolina, 35 años, mujer cis, lesbiana) el procedimiento para utilizarlo es complicado dado que "es muy incómodo, que se corre, que hay que armarlo, o sea que tenés que programarlo y a veces no todo es tan programado y no todo es tan simple".

Sobre este punto, Natalia (38 años, mujer cis, lesbiana) manifestó:

"Yo dije 'perá que te pego una cinta scotch. Vamos a desarmar un forro, vamos a hacer un campo de látex y te voy a pegar una cinta en las piernas'. Bueno, nada, terminó en Narnia el coso ese con la cinta y todo."

Esta situación, además, pareciera atentar contra su efectividad, tal como expresó Verónica (20 años, mujer cis, lesbiana): "…lo tuve que cortar y todo eso, y fue medio cortar la secuencia para cortarlo y al final se corrió, o sea, no valió la pena para nada". De modo co-ocurrente con la baja practicidad, en muchas entrevistas se advierten adjetivos relativos a la poca comodidad: "estaría bueno que sean más cómodos…porque también mucho del por qué no se usan los diferentes métodos de barrera es porque como que perdés un poco ese roce, o sea, como ese contacto" (Ayelén, 30 años, mujer cis, bisexual).

La baja practicidad y la poca comodidad del campo de látex causan un conflicto con el placer sexual. Por ejemplo, Aneley manifestó (34 años, mujer cis, lesbiana):

"Estás pensando en que eso no se mueva, en que quede ahí cómodo, como que se va el foco en eso y de repente perdés el foco en el deseo o en lo otro que está pasando. Como que siento que le quita lo espontáneo y lo más divertido de tener relaciones. No debería ser así."

Mientras que Bianca (30 años, mujer cis, bisexual) señaló: "No se siente mucho nada. Estás chupando el látex. O sea, incluso creo que la gente que lo conoce elige no usarlo por eso. Por incomodidad, porque se corre, porque no tiene gusto agradable". Además de interrumpir el *arousal*, Clarisa (23 años, mujer cis, pansexual) indicó que estos métodos no son funcionales a distintos escenarios: "yo, ponele que tengo relaciones en el baño de un bar ¿Que me voy a poner ahí con la tijera? O sea, en la práctica no lo haces, ese es el tema".

Con respecto a las alternativas para sobrellevar algunas de estas dificultades, la mayoría evaluó positivamente al vulvarnés: "El campo de látex con el arnés me parece que puede ser utilizable, me parece cómodo" (Dana, 45 años, mujer cis, lesbiana); "Para mí es con un arnés. Es lo más cómodo y lo menos como ineficaz si se quiere" (Mariana, 29 años, no-binaria). Aunque en algunos casos también se observaron conflictos posibles con el placer sexual y la comodidad en relación a este otro método. Por ejemplo, Flavia (26 años, mujer cis, bisexual) al referirse al dispositivo dijo "tampoco te permite como un encuentro del todo, es como…es un calzón así de grande, es extraño. No sé si está muy bueno, no sé si erotiza mucho".

En cuanto a barreras que no fueran el campo de látex, las entrevistas señalan conocimiento sobre otros métodos. En este sentido, Clarisa (23 años, mujer cis, pansexual) señala que "podrían ser guantes de látex o un protector bucal que no me acuerdo como se llama, pero el que usan para odontología", o bien lo que puntualiza Nahuel (31 años, varón trans,

bisexual) como “bolsas de papel nailon o papel film”. Con respecto a este último, una entrevistada contó que “una chica me propuso usar papel film para cuidarnos y para mí fue un montón ¡esto me va a dar una alergia!” (Aneley, 34 años, mujer cis, lesbiana).

Mientras la baja comodidad y la practicidad del campo de látex parecieran interferir con el placer sexual y espontaneidad que requiere un encuentro íntimo, la falta de acceso a los métodos existentes, ya sea por su elevado costo económico o por la baja disponibilidad, no parecieran incidir al momento de la relación, sino más bien constituir obstáculos previos que vuelven menos probable su posible uso a futuro. En este marco, Aneley (34 años, mujer cis, lesbiana) expresó que “el precio de las cosas influye mucho en que uno pueda o no utilizarlos”. En tanto Mariana (29 años, no-binaria) reforzó:

“Costoso para las personas con vulva acceder a métodos así de cuidado porque son métodos alternativos que no están garantizados ni sustentados ni subsidiados por el Estado como debería ser en realidad. Entonces queda une determinade a si realmente tiene acceso para pagar eso o no.”

En otro pasaje, Aneley (34 años, mujer cis, lesbiana) expresa “…que se dificulte ir a comprarlo ya genera una paja o algo de decir bueno ya fue, no lo uso porque no lo encuentro o no sé dónde comprarlo, en Mercado Libre que me sale un millón de dólares” y Fabiana (25 años, mujer cis, bisexual) advierte: “…conseguir un sex shop que de suerte tenga y hasta ahí nomás. Ni hablar de los precios”.

Dada la existencia de múltiples obstaculizadores para el empleo de métodos percibidos como lejanos a las características deseables, la disposición general a su empleo para prevenir ITS disminuye. En este sentido, Mariana (29 años, no-binaria) argumentó:

“A veces ni lo pensás, o sea es tan habitual, como que tenemos tan naturalizado el hecho de que no podemos cuidarnos o que es incómodo cuidarnos en nuestros casos que a veces ni si quiera te viene a la mente.”

Coincidentemente, una entrevistada expresó: “Nunca tuve la experiencia en donde alguien me diga ‘che, cortamos un preservativo’” (Carolina, 35 años, mujer cis, lesbiana), en tanto Micaela (19 años, mujer cis, lesbiana) recordó que, al proponer la posibilidad de utilizar un método de barrera en un encuentro sexual, “la mayoría de las personas ni siquiera se lo habían planteado, que eso es lo que me parece peor”.

En síntesis, a partir del material que emerge de las entrevistas es posible dividir a las barreras percibidas para la aceptabilidad de los MPITS entre PVRPV en dos grupos. El primer grupo son las barreras proximales. Estas son aquellas que interfieren con el placer sexual, la intimidad, la excitación y el erotismo al momento de la práctica sexual. Específicamente, la

baja comodidad y practicidad, principalmente del campo de látex ya que es el que casi todas las personas conocían. De esta manera, un elemento que emerge insistentemente del contenido es que muchas prácticas sexuales no son posibles con un método que demanda sostenerlo manualmente. El segundo grupo son las barreras distales. Estas se refieren a aquellas condiciones que disminuyen la probabilidad de disponibilidad de los MPITS al momento del encuentro sexual, específicamente, el alto costo económico de algunos métodos (diques dentales y vulvarnés) y la baja disponibilidad o vías engorrosas de acceso. Si bien se expresaron otras barreras percibidas (por ejemplo, alergia al látex), las principales son las aquí sintetizadas.

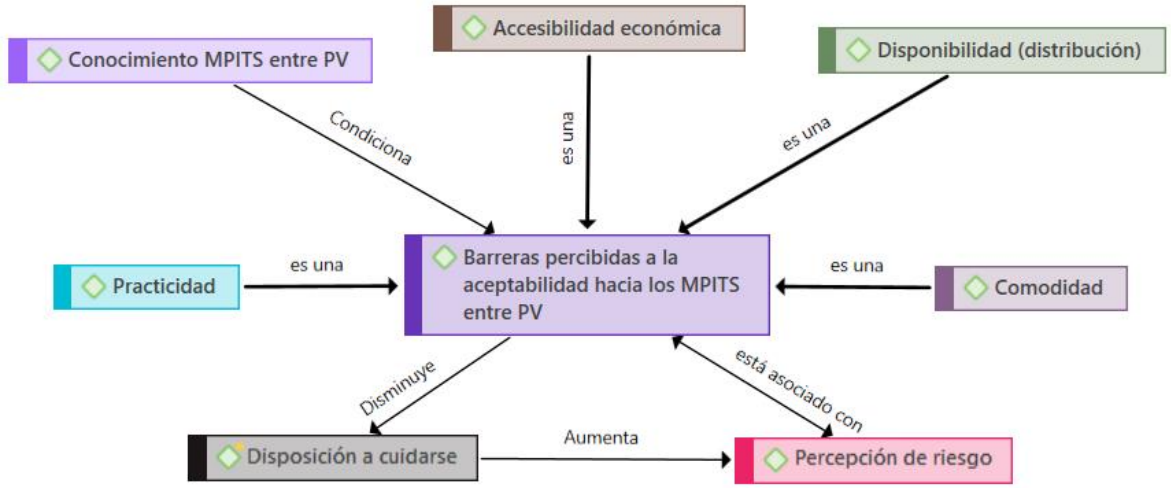


Figura II: Esquematización de la red conceptual en torno a 'Barreras percibidas a la aceptabilidad hacia los MPITS'.

Percepción de riesgo frente a las ITS

El análisis de las entrevistas permitió recopilar que las infecciones más mencionadas fueron el VIH y el VPH (virus del papiloma humano), con menciones en 11 personas entrevistadas. Sin embargo, fueron nombradas en contextos muy diferente. En todos los casos, el VIH fue mencionado dentro del marco de la información general que tenían sobre ITS o como parte de un relato sobre otra persona, y en ningún caso entre PVRPV. Por el contrario, la mayoría de las referencias al VPH tuvieron relación a infecciones propias o a personas cercanas. Le siguieron la sífilis (6 entrevistadas), el herpes (5 entrevistadas), y la clamidia (2 entrevistadas). El micoplasma, la hepatitis B y C fueron mencionadas por Carolina (35 años, mujer cis, lesbiana) médica ginecóloga.

Resulta interesante advertir que históricamente se ha considerado que las prácticas sexuales entre PVRPV no conllevan riesgo de transmisión de ITS. Sin embargo, esta creencia se ha modificado con base en información proveniente de estudios de diferente índole que

permitieron documentar la transmisión de este tipo de infecciones en esta población (Muzny et al., 2013). Particularmente, en los casos abordados en este estudio existe una percepción transversal de riesgo en relación a la posibilidad de ITS. En efecto, las barreras percibidas para usar métodos de barrera parecieran fortalecer la percepción de riesgo y de exposición. Nahuel (31 años, bisexual), un varón trans, mencionó que "…hay cosas como el herpes que son por tacto, que pueden pasar igual"; coincidentemente, otras entrevistas señalaron: "me parece que es riesgoso" (Belén, 33 años); "Creo que estás expuesto a contagiarte, porque ya está dicho, no conocés a la otra persona" (Nicolás, 24 años, varón trans, bisexual); "…es muy jugado para mí, la verdad que bastante jugado no saber qué onda" (Verónica, 20 años, mujer cis, lesbiana).

De ello puede inferirse que la mayoría de las personas entrevistadas manifestó ser conscientes de la existencia de riesgo y mostró conocer algunas ITS, aunque también se advierte que la percepción de riesgo es menor en las relaciones entre algunas PVRPV, en comparación a otras prácticas. Con respecto a ello, Ariana (30 años, mujer cis, hetero) advierte "En las mujeres homosexuales, por no haber penetración, es más difícil el contagio" y Micaela (19, mujer cis, lesbiana) agregó "yo sé que eso depende mucho del tipo de contacto que uno haga y que realmente el porcentaje no es alto". Sin embargo, la percepción de riesgo se consolida al percibir las barreras en frente al uso o acceso a los MPITS entre personas con vulva. Por ejemplo, Flavia (26 años, mujer cis, bisexual) manifestó:

"Para mí es sumamente peligroso, porque además muchas veces entre la desinformación y el no acceso a esto, para mí es sumamente peligroso, y nada, es lo que más causa impresión. Hoy en día, una amiga está con una chica que tiene vínculos poliamorosos ¿no?, y bueno, el tema de esto es que está hermoso, divino, precioso, pero no se cuida con todas las parejas por igual, de la misma forma; y a veces, de hecho, no se cuida. Entonces, esto como ya también no tener un método anticonceptivo para vulvas (erróneamente se refirió como anticonceptivo a los métodos de barreras para ITS). O sea, para mí es sumamente peligroso, porque esto para mí, por ahí no hay mala intención, no hay como otra cuestión, pero entre la desinformación y el no acceso a esto (alude a los MPITS) puede pasar cualquier cosa, siendo a veces lo peligroso."

La confianza y la corresponsabilidad como métodos alternativos frente al riesgo

En las participantes entrevistadas convive la conciencia del riesgo de una infección, al menos como posibilidad, y la percepción de que los métodos de barrera disponibles (principalmente el campo de látex) tienen dificultades a la hora de utilizarlos, son incómodos y poco prácticos. Lo que deriva en una muy baja frecuencia de uso según lo expresa Mariana

(29 años, no-binaria): “el campo de látex, así como casero no funciona, es incómodo y nadie suele usarlo”. Esta convivencia podría incentivar métodos de prevención alternativos a los de barrera. En este sentido, de las entrevistas surgen dos metodologías principales que dependen principalmente de la cercanía a la otra persona.

Por un lado, cuando no existe cierta cercanía o confianza en la pareja sexual la ‘Inhibición de ciertas prácticas sexuales’ se presenta como una opción a la hora de pensar los cuidados. Al respecto, Belén (33 años, mujer cis, lesbiana) aseguró que “muchas veces tuve que prohibirme por ese miedo, por decir: ‘no sé, no te conozco, esperemos un tiempo’”. Particularmente, Carolina (35 años, mujer cis, lesbiana) comentó “el sexo oral lo evito en los primeros encuentros”, mientras que Verónica (20 años, mujer cis, lesbiana) sostuvo que “en su mayoría elegí que no haya roce vulva con vulva, directamente, qué miedo, no”.

Por el otro, se advierte que la exclusividad sexual en relaciones estables tiende a disminuir estas emociones negativas producto del desconocimiento de la otra persona. Tal como lo expresa Aneley (34 años, mujer cis, lesbiana): “…en este momento solo tengo relaciones con mi pareja. Hace como varios años que estamos las dos como pactadas de esa forma y ese miedo se me calmó porque no tengo relaciones con otras personas”. O como lo expuso Flavia (26 años, mujer cis, bisexual): “ya una vez estando en pareja, yo siempre estaba sin preservativo con la persona, como una especie de tranquilidad, porque somos dos en esta, entonces no correríamos tanto riesgo”.

En este marco, se habilita una estrategia alternativa de prevención que se relaciona al ‘Testeo y consulta médica regular’. Esto se encuentra reforzado por la confianza y cercanía con la otra persona, dado que tener relaciones con alguien de quien se conoce su estado serológico resulta tranquilizador y es percibido como una estrategia para la detección temprana de infecciones y, eventualmente, la prevención de su transmisión a través del tratamiento temprano. Al respecto, Carolina (35 años, mujer cis, lesbiana) señala: “Por eso me parece muy importante el control, porque si vos vas al control y te encuentran una lesión compatible con sífilis y ya está, lo tratás y lo prevenís”. Esta lógica también se puede advertir en los siguientes pasajes: “…a base de estudios y que yo me quede tranquila. También que la otra persona se quede tranquila de mí, porque no es que la otra persona es una leprosa y yo no puedo tener nada” (Flavia, 26 años, mujer cis, bisexual); “…me propuse todos los años hacer el chequeo, aunque esté con mi pareja hace años. Todos los años nos hacemos el chequeo para estar tranquilas” (Aneley, 34 años, mujer cis, lesbiana). Por su parte, Ayelén (30 años, mujer cis, bisexual) acerca de su relación con su novio trans señala que “actualmente no utilizo porque mantengo relaciones con mi pareja y él se hace estudios, yo debería hacérmelos, está en

trámite…". Con independencia del tipo de práctica sexual, esta alternativa de prevención pareciera estar facilitada para las personas con vulva, según expresa Clarisa (23 años, mujer cis, pansexual) al decir:

"Es como que la mujer, por el hecho de ser mujer, como con la crianza sabe que tiene que ir a la ginecóloga a hacerse el Papanicolau, los estudios de la mama, la ecografía, como que la mujer lo tiene mucho más incorporado a eso. Entonces vas a la ginecóloga para que te revise tus órganos sexuales y de paso te hacés todos los estudios."

En el material emerge una creencia preponderantemente compartida sobre el ejercicio de la responsabilidad del cuidado del cuerpo y la prevención de las ITS. Mariana (29 años, no-binaria) con respecto a este punto expresó: "Tiene que ver con esto de las redes de cuidado, ¿no? Creo que eso está muy presente hoy o por lo menos en el círculo que yo me muevo y con les activistas que me muevo…"; la misma persona expresó más adelante que, según su entender, "tiene que ver con una cuestión de ser responsable con quien te estás vinculando sexualmente". En este mismo sentido Nahuel (31 años, varón trans, bisexual) manifestó "me interesa más que me cuiden, que me digan 'che, mirá no me cuidé, mirá que estás expuesto porque hice esto'. Es un montón". En tanto, Carolina (35 años, mujer cis, lesbiana) expresó:

"Me hago laboratorio con enfermedad de transmisión sexual sistémica, en un momento me lo tenía que hacer cada seis meses por donde trabajaba. Y después me hago el PAP y el test de HPV todos los años y bueno nada, eso me da una tranquilidad por lo menos de que yo no estoy transmitiendo nada y de estar cuidando un poco al otro."

A pesar de ello, Nicolás (24 años, varón trans, bisexual) advierte un conflicto entre el interés por cuidar a la otra persona y la carencia de métodos de barrera fácilmente utilizables: "…es una relación en la que interfieren dos personas, no solamente uno, sino el otro también, es todo un dilema, hay mucho riesgo para mí, pero no existe nada pensado para eso para personas vulva portantes, y entonces ¿qué hacemos?, porque es muy pesado en el interés sexual los métodos de cuidado."

Tal como emerge en distintas entrevistas, el ejercicio de estrategias alternativas a los métodos de barrera (como la confianza y cercanía) en este grupo refuerza y, al mismo tiempo, se sirve de creencias y valores que revisten esta práctica, como una valoración positiva sobre la responsabilidad compartida en lo que hace al cuidado del cuerpo y la prevención de ITS. Este vínculo entre la confianza y la cercanía y la creencia de responsabilidad compartida queda expresado en pasajes de distintas entrevistas. Ayelén (30 años, mujer cis, bisexual) cuya pareja es un varón trans y, según manifestó, él tiene mayor riesgo y vulnerabilidad a las infecciones por el cambio del pH generado por la hormonización, expresó lo siguiente: "en mi caso al

menos, le estaría afectando a otra persona, no sólo a mí, sino a una persona que justamente tiene mucho más riesgo de contagio, quizás, que yo…". Otra entrevistada manifestó: "…me cuido mucho mi salud sexual y la de mis parejas sexuales también" (Débora, 34 años, mujer cis, lesbiana). A su vez, la confianza y cercanía puede funcionar en una relación estable y no sexualmente exclusiva como la base para el diálogo y el testeo oportuno, tal como se expresa en el siguiente extracto de la entrevista con Nahuel (31 años, varón trans, bisexual):

"Nosotros no nos cuidamos entre nosotros, pero si estamos con otra persona y no nos cuidamos en cualquier momento, ya sea desde principio a fin, por alguna razón no nos cuidamos, porque puede pasar, le avisamos al otro y queda en el otro cuidarse entre nosotros hasta que nos hagamos los estudios. Para mí lo más importante a la hora de cuidar a otra la otra persona en una relación en todo sentido es la comunicación. Más allá de si vas a usar un método u otro, hablar."

Esto podría generar un contexto donde resulta imprescindible tener un diálogo sobre las ITS y su prevención. De esta manera, se fomentan las negociaciones vinculares: "Si naturalizáramos cuidarnos y lo que se negociara fuera no 'no cuidarnos'. Tenemos que negociar cuidarnos" (Cristian, 25 años, varón trans, bisexual) y se abre la posibilidad de abordar nuevos interrogantes como "esto debe plantear que si nos vemos con otras personas: ¿Qué cuidados hay? ¿Cómo? ¿O sea, de qué manera? Tener como un punto de referencia de dónde estamos parados" (Fabiana, 25 años, mujer cis, bisexual).

El vínculo de asociación entre la confianza/cercanía y la responsabilidad compartida también se sugieren en el decir de Natalia (38 años, mujer cis, lesbiana)

"Pero quizás al segundo o tercer encuentro ya saco el tema y ahí es cuando empiezo a decir 'estaría bueno que si hace mucho que no te la hacés, te lo hagas (alude a estudios médicos). Una sabe que los encuentros se pueden dar una o dos veces o pueden ser más fijos, más estables. Entonces cuando yo veo que la elevación va más por el lado de la estabilidad, ahí es como que me pongo a insistir, en realidad no a insistir, sino que empiezo a comentar sobre el tema para que lo tengan en la agenda."

En la cita anterior se advierten otros vínculos entre las categorías de análisis. Al parecer, la mayor cercanía y confianza reforzada por una perspectiva compartida del cuidado, incentiva el testeo regular y la consulta médica. Esto permite establecer un vínculo conceptual con la 'Negociación en el cuidado' en tanto que, posiblemente, a mayor confianza y cercanía, mayor posibilidad de negociación del cuidado y mayor incentivo al testeo y consulta regular como estrategia compartida de prevención. Este análisis conceptual se puede inferir de los siguientes pasajes del material: "la responsabilidad afectiva, digo en el encuentro con une otre uno tiene

que establecer ciertos acuerdos ¿no?, y creo que hoy en día tendemos a tener muy presente el hecho de ser responsables al momento de un encuentro" (Mariana, 29 años, no-binaria). A pesar de ello, Ayelén (30 años, mujer cis, bisexual) percibe que en muchas ocasiones sociales "es muy difícil plantearle a la otra persona 'che, me quiero cuidar'" dado que "La gente se lo toma como exagerado o no le interesa. Te dicen como que no quieren". Sumado a ello, el diálogo abierto no parece darse en relaciones casuales, tal como lo expresa Clarisa (23 años, mujer cis, pansexual): "…nunca me pasó encontrarme con alguien que me sugiera usarlo. Nunca me pasó encontrarme en una situación en la que la otra persona me plantee cómo nos cuidamos".

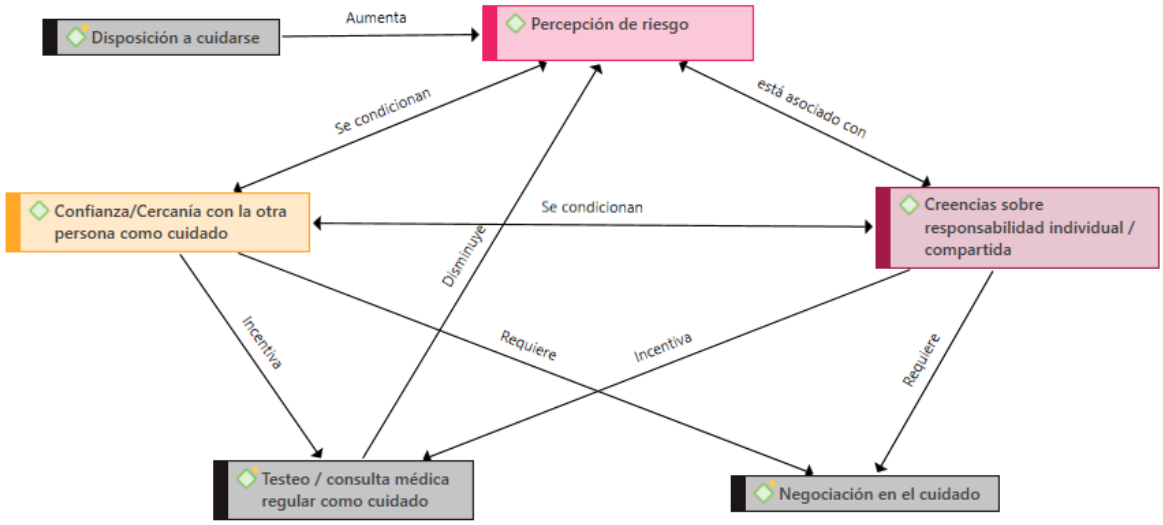


Figura II: Esquematización de la red conceptual en torno a 'Percepción de riesgo'.

Discusión

El riesgo de transmisión de infecciones entre personas con vulva depende del tipo de ITS que se esté considerando y de la práctica sexual que se desarrolle. Actualmente, se ha documentado que numerosas ITS como VIH (Chan et al., 2014; Kwakwa & Ghobrial, 2003), sífilis (Campos-Outcalt & Hurwitz, 2002), VPH, herpes simples y tricomoniasis (Muzny et al., 2013) pueden ser transmitidas en PVRPV. A pesar de ello, aún no existe un dispositivo desarrollado para las prácticas sexuales que cumpla las mismas condiciones que el preservativo para penes: muy aceptado, cómodo, de bajo costo (o distribución gratuita) y altamente eficaz. Esta situación puede deberse a que: (a) el cuerpo de la mujer ha sido ligado históricamente a la reproducción y no al placer sexual/erótico; (b) los modelos sexológicos han sido predominantemente androcéntricos, donde la respuesta sexual de la mujer se entiende como

complementaria a la del pene; (c) la visión occidental de la sexualidad ha sido predominantemente heteronormativa; y (d) la sexualidad ha sido abordada desde el discurso médico, restrictivo y amenazante (Cerón Hernández, 2016). Desde esta perspectiva, el modelo de sexualidad centrado primordialmente en la genitalidad y en las prácticas coitales ha socavado la posibilidad de pensar en dispositivos de prevención para esta población. Por esto, el objetivo del estudio fue investigar desde un enfoque comprensivo las particularidades de la prevención de ITS teniendo en cuenta sus propios marcos valorativos y experienciales.

En función de los resultados obtenidos, el panorama descrito parece generar dos tipos de escenarios. Por un lado, PVRPV que tienen una baja percepción de riesgo y, por ende, baja disposición a la utilización de métodos de barrera para la prevención de ITS en sus prácticas sexuales. En este sentido, un estudio previo sobre aspectos sexoafectivos de mujeres lesbianas destacó que al indagar acerca de las formas de protección y cuidados se generó extrañeza entre las participantes (Trupa, 2015). Esto refuerza la idea que existe un grupo de personas dentro de este colectivo para quienes la utilización de métodos de barrera para la prevención de ITS es algo ajeno, algo que no le es propio. El otro escenario lo configuran las PVRPV con una alta percepción de riesgo y deseos de mantener prácticas sexuales con prevención de ITS, que se enfrentan a dificultades y obstáculos para poder hacerlo. Esta necesidad ha propiciado el surgimiento de distintos métodos de barrera que presentan grandes inconvenientes como la difícil disponibilidad, alto costo económico en algunos casos, baja practicidad y comodidad. Esto, a su vez, colaboraría a naturalizar las prácticas sexuales sin método de barrera. En un estudio reciente realizado en Chile observaron un patrón similar de resultados, donde se destaca que "debido a la necesidad de adaptar métodos de prevención para usos que no fueron diseñados es que existe un rechazo a utilizarlos en las relaciones sexuales, ya que no brindan comodidad ni naturalidad en el acto sexual" (Hadwa Follador, 2021, p. 18).

Según el material, los obstaculizadores percibidos para el uso de los métodos existentes promovería el ejercicio de otros tipos de cuidados. En este sentido, las entrevistas dan cuenta de dos mecanismos diferentes en función de la cercanía con las parejas sexuales. En el caso de encuentros casuales o con personas con las que no se tiene una relación previa, se destaca la 'Inhibición de ciertas prácticas como cuidado'. En contraposición, cuando existe confianza o cercanía con las parejas sexuales, se incentiva la responsabilidad compartida y el 'Testeo y la consulta médica' se erigen como las formas de prevención predilecta, promoviendo a su vez una comunicación abierta sobre el estado serológico con otra persona. Navarrete Salgado (2018) propone que entre mujeres lesbianas el proceso de cuidado opera en tres niveles distintos e interrelacionados:

"primero, como un saber elaborado a partir de la propia experiencia corporal; segundo, en la medida en que éste es aprendido y transmitido da forma a una pedagogía; y tercero, constituye una relación social, cuyos alcances colectivos permiten instalar cierto sentido de comunidad entre mujeres que se reconocen como semejantes y que encuentran un valor en sus diferencias" (p. 68).

De esta manera, el comienzo del proceso parece situarse en instancia del autocuidado, donde entran en juego factores personales tales como las motivaciones, las expectativas y los deseos (Navarrete Salgado, 2018). En este marco, las personas entrevistadas hicieron referencia a que el conocimiento del propio cuerpo muchas veces estuvo motivado por un diagnóstico de ITS propio o en personas cercanas, lo que genera sensaciones de desagrado como miedo y culpa. Estas emociones podrían deberse a la ausencia de un tipo de educación sexual orientada hacia el placer y, más bien, guiada por el temor a las consecuencias potencialmente negativas de una vida sexual activa (Laguarda, 2017). Las construcciones que las PVRPV elaboran influyen en las decisiones que toman respecto a sus cuerpos y su salud, en el proceso de autoconocimiento y en la definición de prioridades y criterios aplicables al cuidado de sí (Navarrete Salgado, 2018). A su vez, estos aspectos subjetivos son influidos por una serie de condiciones contextuales ligadas al cuidado de la salud sexual, tales como falta de información, actitudes violentas y discriminativas en los servicios de salud, o la carencia de políticas públicas claras al respecto (Hadwa Follador, 2021; Ramsey et al., 2022).

En el segundo elemento del proceso propuesto por Navarrete Salgado (2018), el autocuidado se manifiesta como una pedagogía e implica compartir con un vínculo sexoafectivo estos criterios, dado que existe la posibilidad de reflejarse en la otra persona y reconocerla como una igual. Las PVRPV participantes del estudio destacan como elemento primordial a la responsabilidad que genera el sostenimiento de prácticas sexuales con riesgo de transmisión de ITS en una pareja sexoafectiva. Desde este lugar es que se encuentra confianza para iniciar las negociaciones en el cuidado y abrir el diálogo sobre los aspectos relacionados a la salud sexual. A partir de allí, se incentivan tanto la realización de consultas, controles y testeos regulares, como la comunicación de los resultados y de conductas de riesgo que puedan afectar a la otra persona.

El tercer punto del proceso descrito por Navarrete Salgado (2018) se enmarca en el plano colectivo dado que el reconocerse como semejantes y, a su vez, diferentes permitiría instalar cierto sentido de comunidad entre las personas con vulva. Particularmente, las entrevistas realizadas han dado cuenta de algunos posicionamientos tendientes a trascender el espacio de la pareja para proyectarse hacia un horizonte colectivo. De esta manera, se advierte

el reconocimiento incipiente de movimientos como el "Proyecto preservativo para vulvas" (PPV) o el que se genera a partir del contenido compartido por referentes en la temática a través redes sociales. Sin embargo, el núcleo fuerte de esta construcción parece ser diádico. Lo que genera un impacto no masivo o restringido a esos vínculos. Esto puede deberse al carácter minoritario de la población estudiada y a que este tipo de información no circula de manera masiva en los medios de comunicación o en los ámbitos educativos, ni en las instituciones de salud, quedando su acceso relegado a la búsqueda intencional de las personas. Pis Diez (2019, p. 342) esgrime que "tal como la pobreza no genera por sí sola organización popular, la violencia machista tampoco genera por sí solo organización feminista". Siguiendo su argumento, podría pensarse que la necesidad de un método de barrera para este tipo de prácticas no conlleva necesariamente la búsqueda colectiva de su solución.

Todo lo expuesto anteriormente invita a repensar las condiciones de acceso a la salud sexual en las que se encuentran las PVRPV a los fines de mejorar su calidad de vida y proyectar la búsqueda de una vivencia de la sexualidad plena y el cumplimiento de sus derechos sexuales. Además, sugiere la necesidad de continuar investigando sobre la temática tanto en la Argentina como en la región con el objetivo de generar un corpus de conocimiento científico que oriente las políticas públicas para incrementar su efectividad. Para esto, es preciso que las mismas se acerquen a las necesidades de las personas destinatarias sin perder la perspectiva de su eficacia, en términos de la relación entre costo y beneficio. A modo de ejemplo, durante el año 2005 en Sídney (Australia) se decidió distribuir kits para el sexo seguro que contenían barreras profilácticas, guantes, lubricantes y condones en eventos sociales ligados a la comunidad lésbica. Sin embargo, las mujeres descartaban en la vía pública los campos de látex sin utilizar luego de los encuentros, por lo que se decidió no incluirlos en las cajas y quedaron sólo a disposición en determinados puntos de retiro. Además, se instalaron contenedores de autoservicio con guantes y preservativos en los baños de los eventos. De esta manera, se readecuó el sistema de distribución y se redujo el costo de la intervención dado que, a partir de ese momento, sólo se dispensaban cerca de 30 kits al año, por un monto cercano a los 800 dólares americanos (Richters & Clayton, 2010).

Una de las limitaciones del estudio reside en el sesgo de selección en la muestra: la mayoría de las personas tuvieron buen nivel educativo y pertenecen a dos grandes ciudades del país. Esto posiblemente impacte en el material recolectado, por ejemplo, sobrevalorando el grado de conocimiento sobre ITS y métodos de barrera. Futuras investigaciones podrán realizar análisis comparativos de los resultados aquí reportados con los obtenidos en PVRPV de otros estratos socioeconómicos y educativos, abordando las posibles discrepancias en sus formas de

vivenciar la salud sexual. En contraparte, el trabajo exhibe puntos fuertes como la diversidad muestral al incorporar mujeres cis, varones trans y personas no binarias, así como la no limitación de las entrevistas a la CABA. Por último, posee valor potencialmente aplicado, en tanto la detección de las particularidades de las vivencias de las PVRPV aporta datos valiosos para la búsqueda, desarrollo e incentivo de métodos de barrera aceptables.

Conclusión

Entre las PVRPV existen distintos grados de percepción de riesgo a las ITS. En muchos casos, el diagnóstico propio o en personas cercanas despierta la necesidad de búsqueda de información y formas de cuidado de la salud sexual. Ante la inexistencia de métodos de prevención de barrera diseñados para estos fines, se han desarrollado distintos mecanismos alternativos atravesados por el grado de cercanía y confianza con la otra persona como la inhibición de ciertas prácticas o las consultas médicas y testeos regulares.

Estos resultados permiten establecer una serie de recomendaciones en materia de salud pública sexual. En primer lugar, se sugiere generar campañas públicas que busquen concientizar acerca del riesgo de ITS en prácticas sexuales entre PVRPV. Segundo, evitar destinar fondos en la distribución de métodos cuya usabilidad resulta muy dificultosa, ya sea por cuestiones ligadas a la comodidad y la practicidad, como el campo de látex o el dique dental. En relación a este punto, se debería incentivar el acceso a métodos que permitan sobrellevar tales dificultades. En este sentido, el vulvarnés es percibido como un dispositivo con mayor grado de aceptabilidad potencial. Paralelamente, se sugiere fomentar el desarrollo de investigaciones que permitan determinar las necesidades de las personas usuarias y, a partir de allí, diseñar nuevos métodos de barrera. Por otra parte, resulta menester estimular el testeo y consulta ginecológica regular en esta población (forma de cuidado ya incorporada por esta población). Finalmente, capacitar a los profesionales de la salud en estas temáticas y establecer protocolos de atención al interior de los servicios a los fines de evitar actitudes violentas y discriminativas en el tratamiento de colectivos minoritarios.

Referencias

Campos-Outcalt, D., & Hurwitz, S. (2002). Female-to-female transmission of syphilis: A case report. *Sexually Transmitted Diseases*, *29*(2), 119-120. https://doi.org/10.1097/00007435-200202000-00010

Chan, S. K., Thornton, L. R., Chronister, K. J., Meyer, J., Wolverton, M., Johnson, C. K., ... & Sullivan, V. (2014). Likely female-to-female sexual transmission of HIV—Texas, 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *63*(10), 209-212. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779339/

Franklin, C. & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En R. Grinnell & Y. Unrau (Eds.), *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches* (pp.438-449). Oxford University Press.

Gabini, S., Cuenya, L., Romero, C., & Lola, S. (2022, noviembre). *Riesgo frente a ITS en personas con vulva: Una comparación en función de la exclusividad de las prácticas sexuales*. Trabajo libre presentado al XXI Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, Valencia, España.

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., García-Barba, M., Nebot-García, J. E., & Ballester-Arnal, R. (2023). HIV and STI prevention among Spanish women who have sex with women: Factors associated with dental dam and condom use. *AIDS and Behavior*, *27*(1), 161-170.

Glaser B. & Strauss A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Aldine Publishing Company.

Gomes de Carvalho, P. M., Nóbrega, B. S. M., Rodrigues, J. L., Almeida, R. O., de Mello Abdalla, F. T., & Nichiata, L. Y. I. (2013). Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *12*(4), 931-941. http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134177

Guerrero Solari, A. (2018). Salud sexual lésbica y la invisibilización del Estado: Experiencias de lesbianas de la región de Valparaíso, Chile [Tesis doctoral, Universidad Andrés Bello]. Repositorio Institucional Académico. https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/12052

Gutierrez, D., Tan, A., Strome, A., & Pomeranz, M. K. (2022). Dental dams in dermatology: An underutilized barrier method of protection. *International Journal of Women's Dermatology*, *8*(1), 1-8. https://doi.org/10.1097/JW9.0000000000000000

Hadwa Follador, S. M. (2021). *"Torta, no seas pastel*": representaciones sociales de mujeres cisgénero de Santiago que tienen sexo con mujeres cisgénero, en torno a infecciones de transmisión sexual* [Trabajo Final de Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. Biblioteca Digital UAHC. https://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/6986

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta Ed.). McGraw-Hill Interamericana. https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf

Hernández, C. C. (2016). La configuración y significados del placer sexual y erótico en mujeres universitarias de la Ciudad de México. *Sexualidad, Salud y Sociedad, 22*, 73-102.

Kwakwa, H. A., & Ghobrial, M. W. (2003). Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases, 36*(3), 40-41. https://doi.org/10.1086/345462

Laba, V. V., & Prieto, L. (2017). Placer y autonomía sexual: Un estudio sobre el conocimiento y uso del preservativo femenino en mujeres universitarias. *El banquete de los dioses, 5*(7), 147-168. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/76114

Laguarda, M. A. (2017). *Sexualidad: Educar desde el placer, no desde el temor*. Chiado Editorial.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2022). *Boletín N° 39: Respuesta al VIH y las ITS en Argentina.* https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina

Monroy Romero, M. (2012). Terror sexual y control de las mujeres versus caperucita roja se come al lobo. En *Violencias machistas y estrategias para enfrentarlas* (pp. 88-100). Mugarik Gabe. https://elkarteak.org/upload/berriak/bg179.pdf

Muzny, C. A., Harbison, H. S., Pembleton, E. S., Hook, E. W., & Austin, E. L. (2013). Misperceptions regarding protective barrier method use for safer sex among African-American women who have sex with women. *Sexual Health, 10*(2), 138-141. https://doi.org/10.1071/SH12106

Navarrete Salgado, J. (2018). *"Por ti, por mí, por todas nosotras": Experiencias de autocuidado en salud sexual de mujeres lesbianas que habitan Santiago de Chile* [Trabajo final de Antropología Social, Universidad de Chile). Repositorio Académico de la Universidad de Chile. https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/176672

Obón-Azuara, B., Vergara-Maldonado, C., Gutiérrez-Cía, I., Iguacel, I., & Gasch-Gallén, Á. (2023). Gaps in sexual health research about women who have sex with women. A

scoping review. *Gaceta Sanitaria, 36,* 439-445. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.008

OMS (2023, julio). *Infecciones de transmisión sexual*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Organización Mundial de la Salud (2021). *Infecciones de transmisión sexual.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Pis Diez, N. M. (2019). La marea verde/violeta, lo popular y el contexto: una reconstrucción y algunos elementos sobre el movimiento feminista en Argentina. Revista Libertas, 19(2), 342-361. https://doi.org/10.34019/1980-8518.2019.v19.28896

Ramsey, Z. S., Davidov, D. M., Levy, C. B., & Abildso, C. G. (2022). An etic view of LGBTQ healthcare: Barriers to access according to healthcare providers and researchers. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 34*(4), 502-520. https://doi.org/10.1080/10538720.2022.2042452

Richters, J., & Clayton, S. (2010). The practical and symbolic purpose of dental dams in lesbian safer sex promotion. *Sexual Health, 7*(2), 103-106.

Richters, J., Prestage, G., Schneider, K., & Clayton, S. (2010). Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sexual Health, 7*(2), 165-169.

Rodríguez-Otero, L. M. (2020). Revisión narrativa sobre estudios de mujeres que tienen sexo con mujeres. *Medwave, 20*(3), s.p. https://doi.org/10.5867/medwave.2020.03.7884

Rufino, A. C., Madeiro, A., Trinidad, A., Santos, R., & Freitas, I. (2018). Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27*(4), 1-11. https://doi.org/10.5123/S1679-4974201800040000

Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit, 13*(13), 71-78.

Schick, V., Rosenberger, J. G., Herbenick, D., & Reece, M. (2012). Sexual behaviour and risk reduction strategies among a multinational sample of women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections, 88*(6), 407-412. http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2011-050404

Schneider, J. S., Silenzio, V. M., & Erickson-Schroth, L. (Eds.). (2019). *The GLMA Handbook on LGBT Health.* Bloomsbury Publishing

Silberman, P., Buedo, P. E., & Burgos, L. M. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública, 18*(1), 1-12. https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047

Silberman, P., Buedo, P. E., & Burgos, L. M. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: Percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública, 18*(1), 1-12. https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047

Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1. ed.). Editorial Universidad de Antioquia.

Trupa, N. S. (2015). *La apropiación de derechos de mujeres lesbianas en sus trayectorias sexoafectivas.* Trabajo presentado en las II Jornadas de Jóvenes Investigadores en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de San Martín.

Wikramanayake, R. M., Paschen-Wolff, M. M., Matebeni, Z., Reddy, V., Southey-Swartz, I., & Sandfort, T. G. (2020). Southern african lesbian and bisexual women responses to symptoms of sexually transmitted infections. *Archives of Sexual Behavior, 49*(6), 1887-1902. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01581-1

Anexo I.

Dictamen del comité de ética

Presiona Esc para salir de pantalla completa

Universidad Abierta Interamericana

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

(CEICyT – UAI)

Título del proyecto: Métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual en relaciones sexuales no coitales para personas con vulva: Un estudio exploratorio.

Director: Sebastián Gabini

Número: 0-1093

Fecha de ingreso: 13 -02 - 2023

APROBADO: 24 - 02-2023

SI X NO ☐

Fundamento de la aprobación / rechazo / solicitud de modificaciones y/o correcciones

El Comité de Ética, visto lo informado por la Comisión de Bioética y teniendo en cuenta la experticia de sus miembros integrantes en la materia que les compete decide aprobar por unanimidad el análisis del protocolo de investigación.

RECTORADO
CHACABUCO 90 1° PISO - CAPITAL FEDERAL - (C1069AAB) BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL/FAX: (54-11) 4342-7788 (Y ROTATIVAS) FAX: (54-11) 4342-7654
Filial USA: 4009 Pinta Court, Coral Gables - Florida, USA, 33146-1116
Página Web: www.uai.edu.ar E-mail: uai@vaneduc.edu.ar

Miembro de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado

CREATIVIDAD EXCELENCIA EFICIEN

Universidad Abierta Interamericana

Modificaciones / correcciones solicitadas:

Ninguna

FECHA: 24 – 02 - 2023

FIRMA:



Dra. Adelina Loiano

Presidenta del Comité de Ética

.

RECTORADO

CHACABUCO 90 1º PISO - CAPITAL FEDERAL - (C1069AAB) BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL/FAX: (54-11) 4342-7788 (Y ROTATIVAS) FAX: (54-11) 4342-7654
Filial USA: 4009 Pinta Court, Coral Gables - Florida, USA, 33146-1116
Página Web: www.uai.edu.ar E-mail: uai@vaneduc.edu.ar

Miembro de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado

CREATIVIDAD
EXCELENCIA
EFICIEN

Anexo II.

Cuestionario Socio-Demográfico

Edad (Sólo números)

Género

1. Femenino
2. Masculino
3. Varón trans
4. Mujer trans
5. No binario
6. Otros

Orientación sexual

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual
4. Pansexual
5. Otros

¿Se encuentra actualmente en pareja o tiene un vínculo sexoafectivo estable?

1. Si
2. No

¿Nivel máximo de instrucción forma?

1. Primario incompleto
2. Primario completo
3. Secundario incompleto
4. Secundario completo
5. Terciario incompleto
6. Terciario completo
7. Universitario incompleto
8. Universitario completo
9. Posgrado incompleto
10. Posgrado completo

Anexo III.

Entrevista Semi-estructurada

1- ¿Qué sabe sobre las infecciones de transmisión sexual?
2- ¿Conoce formas o métodos de protección alternativos?
3- ¿Qué nivel o grado de riesgo considera que tiene en sus relaciones sexuales de estar expuesta/o a una infección de transmisión sexual?
4- Voy a mostrarle tres dispositivos distintos de protección que pueden ser utilizados en relaciones no coitales
5- ¿Ha utilizado o utilizaría estos métodos de prevención?
6- ¿Considera que podrían existir dispositivos mejores? ¿qué cualidades debieran tener?
7- ¿Se le ocurren modificaciones específicas que introduciría en alguno del método de prevención para que fuera más aceptable y las personas lo utilizaran más?
8- ¿Qué forma de distribución o acceso encontraría más cómoda en su caso?