



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE
PSICOLOGÍA

“Torta, no seas pastel*”: representaciones sociales de mujeres cisgénero de Santiago que tienen sexo con mujeres cisgénero, en torno a infecciones de transmisión sexual

*Campaña de educación sexual realizada el año 2015 por la agrupación lésbica Rompiendo el Silencio

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Nombre de autora: Sofía May Hadwa Follador

Nombre profesor guía: Miguel Roselló Peñaloza

Artículo para Optar al Grado de Psicóloga

Santiago, 2021

RESUMEN

Las mujeres que tienen sexo con mujeres necesitan un espacio en la academia chilena que visibilice sus necesidades particulares, pues su falta contribuye al silenciamiento de su sexualidad y a la producción de información sesgada sobre ellas. La educación sexual obligatoria no contempla a las mujeres que tienen sexo con mujeres. Los métodos de protección para prevenir contagios de ITS entre mujeres no son utilizados y no están disponibles comercialmente por lo que se deben fabricar artesanalmente. En la presente investigación, a través de un diseño fenomenológico, se analizaron las representaciones sociales que (re)producen mujeres cisgénero de 18 a 24 años que tienen sexo con mujeres cisgénero, residentes de Santiago de Chile, sobre las infecciones de transmisión sexual. Mediante entrevistas abiertas semi-estructuradas, se buscó registrar las valoraciones de las entrevistadas sobre las ITS, conocer los significados que reproducen sobre ellas e identificar las fuentes de educación sexual de las participantes. Las participantes experimentarían una constante vulneración estructural y sistemática de sus derechos sexuales y reproductivos por parte del sistema sociosanitario. Se espera aportar información que sirva de antecedente para programas de salud sexual pensados para mujeres no heterosexuales.

Palabras claves: mujeres que tienen sexo con mujeres - salud sexual - infecciones de transmisión sexual - representaciones sociales.

Abstract

Women who have sex with women need a space in the Chilean academy, a space to make their particular needs visible, this absence contributes to the silencing of their sexuality and the production of biased information about them. Compulsory sex education does not cover women who have sex with women. The protection methods to prevent STI's infections among women are not used and are not commercially available, so they must be handmade. Through a phenomenological design, the social representations made by cisgender women between the ages of 18 and 24 who have sex with cisgender women, residents of Santiago de Chile, about sexually transmitted infections were analyzed. By means of interviews, it was sought to discover what evaluations the interviewees produce about STI's, to know the meanings that they render about them and to identify the sources of sexual education of the participants. There is an experience of the sexuality of the participants hindered by the socio-sanitary system, expressing itself as a systematic and structural violation of their sexual and

reproductive rights. It is hoped to provide background information for sexual health programs designed for non-heterosexual women.

Keywords: women who have sex with women - sexual health - sexually transmitted infections - social representations

INTRODUCCIÓN

La salud sexual de mujeres¹ es un fenómeno que históricamente ha sido estudiado en torno a la reproducción o, en su defecto, ha sido patologizada a través de diagnósticos de disfunción sexual como la anorgasmia y vaginismo. Se podría conjeturar que lo anterior se debe a que el sistema patriarcal, en el que está inserta también la academia, ha invisibilizado la sexualidad femenina, otorgándole un lugar secundario al placer femenino y destacando asuntos que guardan relación con sujetos masculinos como lo es la penetración o la concepción. En este contexto, indagar en temáticas que se alejen del heterocentrismo cobra relevancia al momento de entregar una salud integral y empoderar a las mujeres en cuanto a su sexualidad y placer.

Respecto a lo anterior, Navarro-Corona et al. (2016) señalan que las construcciones de género han establecido los lineamientos de las sexualidades femeninas orientadas a un proceso heteronormativo y violento. Esto produce una interferencia y condicionamiento en las experiencias de salud sexual, limitando el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres. Así, la sexualidad, en tanto derecho para las mujeres, se ha problematizado principalmente desde la falta de reconocimiento pleno de la esfera sexual, lo que ha procedido en la vivencia de la sexualidad como algo netamente reproductivo y orientado al placer de otros (Lagarde, 1990).

La lucha Feminista por los derechos sexuales en Chile

En Latinoamérica, la Iglesia católica considera que su ideología está siendo amenazada por los movimientos feministas y la diversidad sexual, por lo que buscan defender sus valores

¹ La presente investigación tiene como sujeto de estudio a mujeres cisgénero que tienen sexo con mujeres cisgénero. Sin embargo, en algunos momentos del cuerpo teórico se hablará de mujeres lesbianas y/o bisexuales, ya que se toman antecedentes teóricos cuyos sujetos de estudio han sido mujeres lesbianas y/o bisexuales y se busca no alterar la representatividad de aquellos estudios; es decir, son términos propios de los estudios referenciados y no de la autora del texto.

tradicionales. Esta defensa ha llevado a que la jerarquía religiosa sea el principal opositor político a la sanción de leyes y articulación de políticas públicas favorables a los derechos sexuales y reproductivos. Un ejemplo de esto es la falta de inclusión de población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans) en la educación sexual, lo que podría relacionarse con la ideología religiosa presente en muchos establecimientos educacionales. En ese sentido, es posible señalar que aproximadamente el 50% de los establecimientos educacionales chilenos mantienen una ideología religiosa católica o evangélica independiente de su financiamiento (Celis y Zárata, 2015). Según Vaggione (2008), la religiosidad continúa siendo la variable que más predice la actitud de la población general hacia los derechos sexuales y reproductivos, por lo que existe una relación indirectamente proporcional entre la religiosidad de la población, y los derechos sexuales y reproductivos protegidos legalmente. Por consiguiente, existe un impedimento político de los sectores religiosos para las iniciativas que buscan ampliar los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo de mujeres y disidencias sexuales (Vaggione, y Jones, 2015).

Cabe señalar que, en Chile, los movimientos feministas han llevado adelante una lucha por conseguir derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de revertir la situación que mantiene una educación sexual mermada, precaria y que perpetúa la posición de mujeres y disidencias a la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos en nombre de la heteronorma. Según Morán (2013), algunas de estas demandas históricas son:

La legalización del aborto, la incorporación de una educación sexual laica en las escuelas, el acceso a métodos anticonceptivos seguros, el derecho a la no discriminación por motivos de género o sexualidad, la configuración de políticas sexuales que no se funden sobre la base de la heterosexualidad obligatoria o la conyugalidad, entre otras. (2013, p. 2)

Por lo tanto, una perspectiva de género feminista sería fundamental en una investigación que abarque la sexualidad de mujeres (Lagarde, 1996). Por otro lado, con los antecedentes expuestos, sería posible comenzar a visualizar cómo el acceso a la salud sexual ha sido mermado para mujeres no heterosexuales, por lo que cobra relevancia esclarecer cómo esto ha repercutido en las mujeres y en su salud sexual, específicamente respecto de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Salud sexual, ITS y prácticas sexuales de riesgo en mujeres que tienen sexo con otras mujeres

Para Montero (2011), la vivencia de una sexualidad integral está estrechamente relacionada con la educación sexual. En este sentido:

El concepto de salud sexual se relaciona con la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor. Tiene vinculación con la capacidad que tenemos mujeres y hombres de disfrutar y expresar nuestra sexualidad, sin coerción, violencia ni discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente ni de tener embarazos no planificados o no deseados. Por ende, está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales. Significa ser capaz de expresar y sentir placer, supone asimismo tener relaciones sexuales que se desean y escogen sin riesgos para la salud, así como el tener acceso a educación sexual y servicios de atención integrales. (p. 1)

Tal como se menciona en la cita, la prevención de las ITS es una parte fundamental de la vivencia saludable de la sexualidad. Según el Ministerio de Salud de Chile, las ITS son enfermedades transmisibles por medio de actos sexuales. El contagio ocurre al entrar en contacto con fluidos y secreciones, sobre todo con heridas o lesiones de la piel, y al tener roce directo con verrugas (MINSAL, 2020). Esto puede ocurrir entre personas con pene o vulva y en el sexo anal/vaginal/oral, e incluso en actos sexuales no penetrativos como el tribadismo².

Existen múltiples ITS que pueden ser transmitidas en un acto sexual entre dos mujeres, algunas de ellas son: herpes genitales, clamidia, gonorrea, ladillas, Virus de Papiloma Humano (VPH), sífilis, hepatitis, entre otras (Osgood-Roach, 2011). Por otro lado, según Villegas y Tamayo (2016) son factores de riesgo para contraer una ITS durante un acto sexual entre dos mujeres la ausencia de barreras de látex, guantes, condones para dedos, condones en los juguetes sexuales, etc. Además, el inicio temprano de la vida sexual, el sexo casual con personas desconocidas, tener múltiples parejas sexuales (más de 3 al año) y una deficiente

² El tribadismo es un acto sexual en el que una persona frota su vulva contra el cuerpo o vulva de otra para conseguir placer sexual mediante la estimulación del clítoris y constituye una práctica sexual común en relaciones sexuales entre dos mujeres. Esta práctica podría implicar un riesgo para la salud sexual de una persona si no se utilizan barreras de látex, ya que se podría frotar la vulva contra piel con lesiones, como verrugas (principal síntoma de algunos tipos de Virus de Papiloma Humano), además del intercambio de fluidos que ocurre al frotar dos vulvas. Asimismo, si una barrera de látex es utilizada de forma incorrecta o existen demasiados fluidos corporales involucrados, puede no ser efectiva en su función de protección.

educación sexual que no entregue las herramientas necesarias para protegerse de contraer ITS.

Educación sexual en Chile

La autora Osgood-Roach (2011) realizó una investigación con mujeres de Valparaíso que tienen sexo con mujeres, afirmando respecto a su sexualidad que:

En Chile, existe una falta general de educación y discusión de la sexualidad no heterosexual dentro la escuela, la familia y la comunidad. La invisibilización completa de la orientación sexual lesbiana resulta en una invisibilización de los temas de salud que afectan a esta población. (p. 20)

Asimismo, Montero y González (2016) señalan que las adolescentes y jóvenes no heterosexuales de Chile, usuarias del sistema primario de salud, identificaban la necesidad de apoyo por parte de estos centros en temáticas de protección sexual entre mujeres y prevención de ITS. También, consideraban necesario el acompañamiento de profesionales en el diagnóstico y tratamientos de ITS y en la visibilización de mujeres no heterosexuales en el sistema primario de salud. En este sentido, es posible señalar que no basta solo con dictar educación sexual en colegios o institutos, sino que, además, es necesario considerar la calidad y el contenido de ella, así como la cultura y contexto de quienes van a recibir dicha educación sexual.

Considerando esta evidencia, se puede inferir que existe una brecha de conocimiento sobre la salud sexual, la que es producto de factores sociales, culturales y políticos que resultan en un mermado acceso a la salud y educación de calidad. Por ello, se hace especialmente necesaria la inclusión en las políticas de prevención de contagio de ITS y VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), además de aspectos inter e intrasubjetivos, estructurales, comunitarios, etc. Algunos de estos aspectos a incluir serían autoestima y autoconcepto, actitud frente a VIH e ITS, negociación de prácticas preventivas, internalización del estigma, apoyo social, etc. (Palma y Orcasita 2018).

Según la Constitución chilena, la Ley N° 20.418 (2010) es donde se fijan las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, por lo tanto es también la ley que regula la educación sexual que se imparte en establecimientos educacionales. Respeto a esto último, la educación sexual fue legalmente establecida como

un derecho en 2010 con la modificación a la Ley N° 20.418³; no obstante, los programas disponibles de educación sexual escolar son heterocentristas, es decir, ponen énfasis en el sexo entre hombres y mujeres cisgénero, y sus problemáticas. Asimismo, son biologicistas, lo que significa que se centran principalmente en los aspectos biológicos de la sexualidad. Estas características se deben, en parte, al coitocentrismo en el que se basan, ya que toman como principal práctica sexual la penetración pene-vagina o pene-ano, dejando de lado todas las otras prácticas sexuales que pudieran representar un potencial riesgo a la salud sexual de quien las realiza (Cornejo, 2017).

Respecto de los programas institucionales de educación sexual, es importante comprender que —para poder generar estrategias de prevención de ITS eficaces— la actitud hacia VIH e ITS, así como la utilización de medidas preventivas de contagio, no solo se relacionan con el conocimiento y educación sexual obtenida al respecto, sino también con los estereotipos sociales de la enfermedad, impactando en la percepción de riesgo y moldeando la motivación hacia el autocuidado (Palma y Orcasita, 2018). Si no se toman en cuenta estos factores al crear los programas sociales, cualquier instancia de educación sexual como prevención de contagio de ITS seguirá siendo ineficiente.

Políticas públicas en salud sexual de mujeres no heterosexuales

La visión de la familia tradicional guarda estrecha relación con la heteronorma, que es la creencia de que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida, normal y socialmente aceptada (Serrato y Balbuena, 2015). Como consecuencia, se crean políticas públicas y leyes que consideran solamente esta realidad.

Asimismo, en Chile y Latinoamérica existe un conflicto social relacionado con la concepción de familia, ya que habría una dualidad en que, por un lado, la vertiente tradicional defiende como única forma de familia la compuesta por una pareja heterosexual y, por otro, la

³ Con dicha modificación, los establecimientos educacionales reconocidos por el Ministerio de Educación deben entregar desde primer año de enseñanza media al menos un módulo de educación sexual (ES) de 7 disponibles. Sin embargo, no figura como un requisito para estos programas establecer un enfoque de género o incluir temáticas LGBT. Si bien recientemente se sostuvo una discusión parlamentaria con la intención de incorporar la ES y afectiva desde la educación preescolar con contenidos acorde al desarrollo psicoemocional de cada etapa vital, parlamentarios conservadores se opusieron a esto, argumentando que pasa a llevar el derecho de la familia a decidir sobre lo que se le enseña a sus hijos, hijas e hijes; acusando de imponer una ideología de género que pervertiría y erotizaría la niñez. Finalmente, no se aprobó la modificación a la ley.

concepción más actual y progresista, plantea una diversidad en su composición, integrando hogares mono y homoparentales, entre otros.

La creencia popular, incluso en el ámbito académico/científico, ha sido que las mujeres cisgénero que tienen sexo con mujeres cisgénero no tienen penetración en su práctica sexual. Además, se cree que no tienen riesgo de contraer ITS en sus relaciones sexuales debido a la ausencia de un pene (Cornejo, 2017). Según el mismo autor, estos mitos se reflejan, por ejemplo, en que la prevención de ITS respecto al sexo entre dos mujeres cisgénero, no se encuentra incluida en el currículum de educación sexual obligatoria (Cornejo, 2017), lo cual podría considerarse una forma de invisibilizar la sexualidad de mujeres no heterosexuales. Esta invisibilización repercute en una falta de educación sexual y, por ende, afecta la salud sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres, ya que se vuelve difícil conocer mecanismos de protección contra el contagio de ITS.

Por otro lado, existen grandes impedimentos al momento de acceder a los métodos de protección, ya que no cuentan con distribución, difusión ni promoción masiva en las políticas públicas. Por esta razón, se destaca que diversas organizaciones civiles denuncian falta de compromiso del gobierno chileno por implementar salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres (ALRES, 2019). En esta línea, para Osgood-Roach (2011) la falta de acceso a métodos de protección generaría una ignorancia dentro de la comunidad al creer que, si no son expendidos masivamente, entonces no serían necesarios.

En concordancia con lo anterior, a partir de una investigación de la Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio⁴, se realizó un cuestionario a mujeres que tienen sexo con mujeres, usuarias del sistema de salud pública de Chile, quienes manifestaron que evitan asistir a citas de salud sexual y reproductiva. Además, dentro de los resultados destaca que un 50% de las participantes declaró no asistir a citas ginecológicas y un 83% no asiste a citas obstétricas. Esto se debería a la falta de capacitación del equipo médico para tener un trato sensible y respetuoso con quienes presentan una orientación sexual y/o expresión de género no heteronormada (ALRES, 2019), y, de hacerlo, evitan explicitar su orientación sexual por miedo a ser discriminadas (Araos y Vergara, 2019).

En la misma línea, un metaanálisis que revisó estudios de E.E.U.U, Europa y Latinoamérica (Eiven, Sardá y Villalba, 2007), pudo identificar que efectivamente mujeres no heterosexuales

⁴ ALRES desde ahora en adelante.

asistían menos que mujeres heterosexuales a controles ginecológicos, sin que esto se relacionara con una menor incidencia de ITS o una mejor salud sexual⁵. Igualmente, Villegas y Tamayo (2016) muestran una relación entre la gravedad de una ITS con la duración de la infección en el cuerpo. Respecto a esto, señalan que: “A su vez depende de la detección precoz y la disponibilidad y eficacia del tratamiento, relacionadas directamente con la accesibilidad a los servicios de salud” (2016, p. 7). Por lo tanto, es posible conjeturar que la falta de capacitación por parte del personal de salud en temáticas LGBT y, como consecuencia, la disminución en las consultas de salud sexual y reproductiva, sería uno de los factores que estarían mermando la salud sexual de la población LGBT.

En este contexto, Palma y Orcasita (2018) evidencian la necesidad de incluir a mujeres que tienen sexo con mujeres como un grupo relevante y particular a la hora de crear políticas de prevención de contagio de VIH e ITS. Esta ausencia de políticas públicas pensadas para mujeres no heterosexuales es una realidad que va más allá de Chile y se replica en otros países de Latinoamérica. En ese sentido, señalan que:

Aun cuando la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre dos mujeres han sido comprobadas científicamente, las mujeres lesbianas y bisexuales (LB) han estado ausentes históricamente en los discursos de la prevención y de la investigación en salud sexual. Sólo hasta el año 2011, UNAIDS (2011) señaló la necesidad de incluir a esta población en las agendas de prevención del VIH, pues aspectos como la baja percepción de riesgo que tienen los profesionales de la salud y agentes encargados de las tomas de decisiones; prejuicios hacia la homosexualidad y los lenguajes heteronormativos que han rodeado los programas de prevención, han dejado por fuera a este grupo poblacional. Esta no consideración de las mujeres LB como un grupo en riesgo se ha extendido más allá del VIH, al campo de la atención general en salud. (p. 2, 2018)

A partir de estos antecedentes, y con la finalidad de contribuir a la disminución de la discriminación y vulneración que han estado sufriendo sistemáticamente las mujeres que tienen sexo con mujeres, la Organización No Gubernamental Espolea (s.f.) realiza una serie de recomendaciones a los gobiernos de América Latina y el Caribe. Entre estas recomendaciones, las relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos son: incluir a las mujeres solteras de cualquier orientación sexual en los servicios públicos de fertilización

⁵ Es importante tener en cuenta que los estudios mencionados sólo son representativos para mujeres cisgénero, ya que la experiencia de una mujer transgénero en el sistema de salud, y en relación a su sexualidad, es diferente y está atravesada por vivencias de discriminación y diferencias en otras variables sociales, políticas, económicas, laborales, emocionales, entre otras (Estrada y García-Becerra, 2010), por lo que difícilmente se podría unificar el estudio de la experiencia de mujeres lesbianas cisgénero y transgénero frente a la salud sexual y reproductiva al ser estas interseccionalmente distintas.

asistida; incorporar formación en temáticas LGBT en las universidades, especialmente en carreras de la salud; impulsar la investigación en salud sexual y reproductiva de personas LGBT; establecer programas de salud pública que respondan a las necesidades de las diversas opciones sexuales.

Por otra parte, ALRES (2019) concluyó en un reciente estudio que existe una disociación entre los conocimientos de autocuidado sexual y las prácticas sexuales de las encuestadas en temas como autoexamen mamario y protección frente a ITS en relaciones sexuales. Un ejemplo de esto es que pese a que las entrevistadas conocían la importancia y la forma en que se debe realizar el autoexamen mamario, no lo realizaban; o que sabían que presentaban riesgos de contraer ITS mediante sus prácticas sexuales y conocían algunas formas de prevención, pero no las utilizaban.

Las representaciones sociales (RS) construidas por las mujeres chilenas en torno a la sexualidad (independiente de su orientación sexual), es algo que no ha sido profundamente revisado. Esto se debe a una falta de motivación frente a estas temáticas relacionada con la heteronorma, como también debido a la sensibilidad del tema. Asimismo, en campañas y políticas públicas que guardan relación con la salud sexual, ha existido una heterogeneidad respecto de los criterios para agrupar a personas según su identidad de género y su orientación sexual. Por ejemplo, en algunos casos, se incluyen a personas trans masculinos como mujeres lesbianas o a mujeres bisexuales como heterosexuales, no existiendo la categoría de 'mujeres que tienen sexo con mujeres' independiente de su orientación sexual e identidad de género. Es por esto que la información extraída de los diferentes antecedentes al respecto sería cuestionable y difícil de comparar entre ellas al abarcar poblaciones diferentes en cada categoría (Eiven, Sardá y Villalba, 2007).

Es relevante señalar que, según el estudio CASEN 2015, la Región Metropolitana sería la segunda región con mayor concentración de mujeres lesbianas (0,52%), luego de la Región de Arica y Parinacota (0,56%) (Bustos, 2015)⁶. Esto evidencia que, urgentemente, los programas de salud sexual enfocados en mujeres deben ser re-pensados y re-formulados desde una lógica que incluya positivamente la orientación sexual e identidad de las mujeres. Lo anterior implica dejar de lado la falsa premisa imperante de la heterosexualidad universal de la mujer, mediante la que los programas estatales han ignorado voluntariamente las

⁶ Es posible que estas cifras no sean completamente representativas ya que muchas personas no manifiestan abiertamente su identidad disidente, debido a la heteronorma y para evitar ser víctimas de discriminación en razón de su orientación sexual o identidad de género.

diversas formas que toma su existencia e identidad, negándole a muchas mujeres disidentes el derecho a la salud, a través del impedimento de participar igualitaria y equitativamente de los programas sanitarios (Palma y Orcasita, 2018).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué representaciones sociales construyen en el año 2020 las mujeres cisgénero que tienen sexo con mujeres cisgénero (MCSMC) de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile, en relación con las infecciones de transmisión sexual?

PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son las fuentes de educación sexual de MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile?
- ¿Qué información sobre educación sexual e ITS recibieron MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile?
- ¿Cómo se relacionan las representaciones sociales sobre ITS de MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile con sus prácticas sexuales?
- ¿Qué significados sobre las ITS construyen las MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile?

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las representaciones sociales construidas por MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile en el año 2020, en torno a las infecciones de transmisión sexual.

Objetivos Específicos

- Identificar la información sobre ITS y fuentes de educación sexual que poseen MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile.
- Descubrir las actitudes de MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile frente a las ITS.
- Describir los significados construidos por MCSMC de 18 a 24 años residentes de Santiago de Chile, en relación con las ITS.

MÉTODO

Diseño de Investigación

Se utilizó una metodología cualitativa para abarcar los múltiples aspectos que conforman las RS que generan las MCSMC de Santiago de Chile respecto de las ITS. En este sentido, es importante señalar que los componentes primarios de una RS son: condiciones de producción de la RS, Campo de información, Campo de representación, Campo de actitud (Cuevas, 2016)⁷.

En esta línea, el diseño de la investigación fue de tipo fenomenológico (Ricard, Rosa y Climentc, 2010), buscando dar cuenta del componente subjetivo y la experiencia interconstruida de las entrevistadas. Además, tiene un carácter exploratorio-descriptivo (Sampieri, Collado y Lucio, 1991), al ser un fenómeno que no ha sido profundamente estudiado en el contexto y grupo seleccionado.

Participantes

Se consideró la participación de mujeres cisgénero que mantienen relaciones sexuales con mujeres cisgénero y que tienen una edad comprendida entre los 18 y 24 años, que residen en Santiago de Chile al momento de su participación y que tienen su enseñanza media completa. Cabe señalar que las personas de 18 a 24 años, que han completado su enseñanza media en Chile, son las primeras personas en el país que han tenido acceso a educación sexual legalmente protegida en su currículum escolar, cobrando especial importancia este grupo etario, ya que sería posible observar el resultado de dicha educación en relación con las RS que construyen las mujeres investigadas sobre las ITS. Por ello, fueron excluidas aquellas personas que no cursaron su enseñanza media en Chile. Por otro lado, el tamaño de la

⁷ Las RS son una expresión del conocimiento científico a través del "sentido común" o "saber popular". **Las condiciones de producción** de la RS se refieren a características particulares de la muestra como: lugar de residencia, formación académica, profesión, participación cívica, aspectos laborales, etc., con el fin de comprender qué lugares comunes habitan las participantes. El **campo de información** busca conocer desde qué fuentes las participantes han obtenido la información que manejan sobre el objeto de estudio, además de la información en sí misma. El **campo de representación** busca acercarse a los significados e imágenes mentales que han construido las entrevistadas sobre el objeto de estudio y, finalmente, el **campo de actitud** busca conocer las valoraciones y razones de aquella valoración que tienen las entrevistadas sobre el objeto de representación. La importancia de conocer una RS radica en que posibilita su cuestionamiento y reformulación, lo que constituiría un paso para modificar una práctica social (Costas, 2013). Las RS serían una manera de abarcar este fenómeno de forma más integral, tomando múltiples aspectos de ello.

muestra fue de 6 participantes incluyendo a mujeres autodenominadas lesbianas, bisexuales y pansexuales, para mayor diversidad en la composición de la muestra.

Caracterización de las participantes

Participante	Edad	Comuna de Residencia	Orientación Sexual Informada	Género de última pareja	Tipo de establecimiento educacional donde cursaron la Ed. Media	Estado Sentimental al momento de la entrevista
Participante 1	18	Ñuñoa	Lesbiana	Mujer	Particular subvencionado	En una relación
Participante 2	21	Puente Alto	Bisexual	Hombre	Municipal	En una relación
Participante 3	22	Maipú	Bisexual	Hombre	Particular subvencionado	En una relación
Participante 4	23	Santiago Centro	Pansexual	Mujer	Municipal	En una relación
Participante 5	23	Puente Alto	Bisexual	Hombre	Municipal	En una relación
Participante 6	24	Las Condes	Lesbiana	Mujer	Privado	Soltera

Estrategias de producción de información

Se utilizó la entrevista abierta semiestructurada (Díaz-Bravo et al, 2013), la cual permite una adecuada profundidad en la temática, entregando la posibilidad de explorar diferentes contenidos que surgen en las entrevistas y que no necesariamente estaban contemplados dentro del guion. Se realizó un guion de entrevista dividido en ejes, cada uno abarcando un componente de las RS. El guion se probó en una entrevista experimental con una persona que cumplía con varios criterios de inclusión de la muestra para analizar errores y corregir lo necesario.

Las entrevistas fueron realizadas mediante videollamada con plataformas tipo Meet y WhatsApp, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos cada una. Para facilitar su

transcripción, las entrevistas fueron grabadas en audio, cuyo registro se eliminó inmediatamente luego de realizar la transcripción en un plazo no mayor a 15 días.

Procedimiento

Se entrevistó a expertos en población LGBT y sexualidad para recibir orientación sobre cómo estructurar el guion de las entrevistas. Una vez generado y aprobado, se convocó a las participantes mediante redes sociales, particularmente en grupos de Facebook solo de mujeres que gustan de mujeres y similares, para luego proceder a realizar las entrevistas.

Una vez realizadas y transcritas las entrevistas, se realizó la descripción protocolar consistente en un resumen de los principales tópicos, ejes y categorías obtenidas en cada entrevista, para luego realizar un análisis fenomenológico de la información.

Análisis de datos

El método fenomenológico tiene como objetivo abordar la realidad desde el marco de referencia subjetivo de cada persona, considerando sus experiencias, percepciones y recuerdos. Se compone de 4 etapas principales: la primera, pretende clarificar los supuestos del investigador. La segunda, realizar una descripción lo más fiel posible de la realidad expuesta por los entrevistados, identificando ejes de interés en las entrevistas, conceptos que se repitan, tópicos recurrentes, etc., con el objetivo de generar un pequeño resumen a grandes rasgos de cada entrevista. La tercera etapa implica realizar el estudio y análisis fenomenológico de lo obtenido, sistematizando e interpretando la información. Finalmente, la cuarta busca contrastar los resultados con otras investigaciones del tema, como en este caso el estudio de ALRES (2019) y Movilh Mujer (2020).

Aspectos éticos

Se resguardaron algunos aspectos para asegurar la dimensión ética:

1. El buen trato y respeto por las personas participantes.
2. No emitir juicios de ningún tipo sobre las participantes, sus ideas o acciones.
3. Guardar la transparencia, comunicando clara y oportunamente toda información relacionada con la investigación y las participantes.
4. Asegurar la confidencialidad y el anonimato, así como la posibilidad de retirar el consentimiento y participación en cualquier momento.

5. Tomar los resguardos necesarios para evitar vulnerar a la población investigada como no caer en prejuicios, cuestionamientos indebidos, estigmas, malos tratos, denominaciones arbitrarias, respeto por la identidad de las participantes, etc.

Se considera que no existieron mayores riesgos ni beneficios particulares para las entrevistadas. Cada participante firmó un consentimiento informado, el que contiene toda la información relevante sobre la investigación y su participación en ella.

Resultados/Discusión

Las participantes reconocen impedimentos culturales y económicos para gozar de salud sexual, lo que relacionan con una forma de entramado social/político en el que se insertan (Palma, D. y Orcasita, L. 2018). En palabras de Javiera⁸, una de las mujeres entrevistadas:

Siento que hay todo como un sistema que ha maquinado a que uno no se haga como responsable de las ITS, uno por miedo o por falta de recursos, o por falta de información, etc. (Entrevista personal, octubre de 2020).

Sobre la educación sexual

Si bien todas las entrevistadas declararon recibir educación sexual, los conocimientos que presentaban sobre las ITS eran apenas nociones, insuficientes para promover una vivencia saludable de la sexualidad:

Sé que hay distintas [ITS], sé que hay muchísimas, por eso no me las sé todas, y que se contagian. Bueno, lo dice el nombre. Como eso, no sé tanto (Fernanda, Entrevista personal, septiembre de 2020).

Lo anterior se relacionaría con una pobre educación sexual. En ese sentido, culturalmente hablando, el mayor impedimento sería la dificultad de acceder a una educación sexual que entregue herramientas para prevenir ITS en el sexo entre dos mujeres. De esta forma, la educación sexual formal recibida ha sido heteronormativa, lo cual se convierte en un obstáculo para las participantes para protegerse de contraer ITS al tener sexo con una mujer:

Si bien en Internet hay mucha información respecto al tema de cómo cuidarse y de todas las ITS, no hay tanta información o en el colegio simplemente no lo pasan, por ejemplo, en relaciones homosexuales (...) de los campos de látex recién me empecé a enterar cuando salí del colegio, cuando ya había tenido relaciones con mujeres. Como

⁸ Los nombres reales de las participantes han sido alterados para resguardar su identidad.

que **no sabíamos cómo cuidarnos** y tampoco como que me lo pasaron en el colegio, ni nada de eso (...) Siento que falta como mucha más información, sobre todo en la época escolar. (Camila, Entrevista personal, septiembre, 2020)

Lo señalado por la entrevistada, sería consistente con el resultado de la encuesta realizada por Movilh Mujer, según la cual las mujeres que tienen sexo con mujeres en Chile consideran que no hay disponible información suficiente sobre cómo prevenir el contagio de ITS (2019).

Asimismo, la educación sexual que recibieron las entrevistadas fue principalmente por fuentes informales como amigos, internet o redes sociales y, secundariamente, fuentes formales como colegio o familia. Esto, debido a que las fuentes formales no entregaban la información necesaria para prevenir el contagio de ITS en población no heterosexual:

Mi mamá no cachaba del tema tampoco, entonces ahí tuve como que ir averiguando por internet (Francisca, Entrevista personal, octubre, 2020).

Por otro lado, con los antecedentes revisados en Vaggione (2008), es posible conjeturar la influencia de la religión sobre el tipo de educación sexual impartida en los colegios, lo que ha representado un impedimento para la educación sexual de las participantes:

Yo desgraciadamente estuve en un **colegio muy católico** que era el cumbres. Por ende, comprenderás que ese tipo de temas no se tocaban, y lo que vine a aprender fue en la medida de la práctica y como más escuchando a mis pares, de repente una que otra publicación en Instagram (...), pero nunca así como de familiares o colegio y universidad. (Francisca, Entrevista personal, octubre, 2020)

Significados de las participantes sobre las ITS

El discurso conservador, compartido por gran parte de la población civil a través de la religión católica (Vaggione y Jones, 2015), tiene una concepción negativa de la libertad sexual, ya que la asocia a las ITS y dota de un estigma negativo a quien padezca una ITS. Es posible apreciar lo anterior en la preocupación de las participantes por la imagen que proyectarían a sus padres si tuvieran una ITS y ellos se enteraran:

Mal, mal, yo creo que reaccionarían super mal, así como que 'ah, no te cuidaste, ¿qué te hemos dicho?', todo eso. Yo sí, reaccionarían super mal, creo yo (Marta, Entrevista personal, noviembre, 2020).

También se manifiesta en cuanto a preferir no compartir ese tipo de información con sus padres, precisamente por el estigma:

[No le contaría de una ITS a su padre] Porque mi papá es como más machista, capaz que me trate así como, 'ah, ¿con quién te *andái* metiendo cosas?' y cosas así (Camila, Entrevista personal, septiembre, 2020).

Por otro lado, este estigma, según las entrevistadas, tiene mayor carga social cuando recae sobre una mujer que sobre un hombre:

Me cago de miedo de pensar como en el prejuicio que va a venir asociado, que yo creo que es mucho más hacia las mujeres que hacia los hombres. Yo también tengo un hermano hombre, grande, paisano y yo creo que si a él le hubiera tocado una ITS, sería como 'ah, ya, onda porque te comiste todas las minas'. Pero yo creo que en mi caso sería como 'puta, la pendeja puta, promiscua'. (Francisca, Entrevista personal, octubre, 2020)

En esta línea, el concepto de ITS estaría relacionado con emociones displacenteras, por lo que adquieren una connotación negativa que las convertiría en tabú, evitando que se hable y trabaje sobre ellas (Douglas, 1973). Según Espolea, el estigma lesiona la autoestima, lo que hace aún más difícil el reconocimiento de la propia sexualidad; problemática que, a su vez, impide recurrir a la atención médica y desincentiva el autocuidado (s.f., p.4). De igual forma, las entrevistadas se han referido a las ITS utilizando conceptos peyorativos tales como: promiscuo, algo que no es debido, sucio, cochino, un desagrado, asqueroso, terrible, algo que da miedo, etc.; asociando a la vez estos conceptos con el sentimiento de vergüenza:

Yo creo que es súper difícil pa' una persona que descubre que tiene alguna infección tener como que sentarse, ya sea con una pareja estable o inestable, etc. y decir como: 'oye, *sabís* que me encontraron esto'. Porque son tantos los estigmas que hay detrás de las infecciones, o sea, es tonto que hasta [a] algunas mujeres les dé **vergüenza** hablar. (Javiera, Entrevista personal, octubre, 2020)

Estas emociones que surgen respecto de las ITS, también llevarían a las entrevistadas a tener una actitud diferente con algunas personas, lo que perpetúa el estigma al respecto. Según su relato:

Quizás pa' personas más grandes **es un pecado, una abominación, eres un depravado sexual** (...) Yo creo que igual inconscientemente, uno siempre tiende a hacer prejuicio, a pesar de que yo intento no hacerlo, pero si una persona anónima, así que estoy saliendo, me dice como: 'yo tengo una ITS', igual automáticamente *hacís*

como el, como que la *pensái* dos veces antes de acostarte. (Francisca, Entrevista personal, octubre, 2020)

Entre las entrevistadas, se observa la idea de que las ITS no son algo que pueda prevenirse, sino que puede 'tocar' al azar y no puede hacer mucho para prevenirlo más que testearse para saber a tiempo si tiene una ITS y tratarla:

[Que] una como mujer que se relaciona con otras mujeres no tenga como un medio como efectivo por el cual poder decir: 'Ya, *sabís* que sí me estoy cuidando', además de hacerte los exámenes" (Javiera, Entrevista personal, octubre, 2020).

De la teoría de la protección contra ITS a las prácticas sexuales

Acceder a una medida preventiva de contagio es difícil para las mujeres que tienen sexo con mujeres. Si bien los condones masculinos son de fácil acceso y podrían ser transformados en barreras de látex artesanales, no tienen gran eficacia de prevención al no estar diseñados para esos fines. Además, las barreras de látex comerciales y condones para dedos no se comercializan en el país (Osgood-Roach, 2011). Esto es coherente con lo apreciado en la encuesta de Movilh Mujer, según la cual solo el 50% de las mujeres que tienen sexo con mujeres en Chile sabe dónde adquirir barreras de látex y el 66% declara nunca haberlas utilizado (Movilh Mujer, 2015). Esto genera que algunas de las entrevistadas consideren que no existen suficientes métodos de prevención de contagio de ITS para ellas:

Entre sexo de una mujer a una mujer como que no hay nada, no hay ni un... no sé, condón o algo que facilite las cosas, pueden ser los condones femeninos, pero la verdad **ni siquiera he visto uno en mi vida**. Y por lo que he visto en algunas páginas que sigo de sexualidad y esas cosas, es que cortan un condón para ponerlo ahí como una tela. Entonces **siento que la protección entre sexo entre mujeres es super escasa**. (Fernanda, Entrevista personal, septiembre, 2020)

Debido a la necesidad de adaptar métodos de prevención para usos que no fueron diseñados es que, según lo observado, existe un rechazo a utilizarlos en las relaciones sexuales, ya que no brindan comodidad ni naturalidad en el acto sexual, siendo una fuente de incomodidad y percibidos como elementos extraños. En palabras de las entrevistadas:

Uno de los grandes temas dentro de lo que son las infecciones es que **no existe como un método 100% ideado para mujeres**. Si bien están los preservativos de dedo o

el transformar el preservativo masculino en esta barrera de látex y todo, no hay nada que realmente esté diseñado, esté pensado como para el placer y la comodidad entre dos personas con vulva teniendo relaciones ¿cachái? Como, no sé, yo personalmente lo he intentado con otras mujeres, pero es súper complejo. Además **es algo súper como ajeno al momento** como de ponerlo en práctica. (Javiera, Entrevista personal, octubre, 2020)

En este sentido, no existe un método creado y pensado para las relaciones sexuales de dos personas con vulva en prácticas sexuales como el tribadismo, ya que los fluidos de ambos cuerpos involucrados impiden que la barrera de látex quede fija, por lo que no logra cumplir con su mecanismo de barrera, permitiendo de igual forma el intercambio de fluidos:

En verdad lo encuentro como súper inútil, lo encuentro a veces hasta cuando las personas te dicen: 'Ay, pero si hazte una barrera de látex', y todo es como casi una burla como, como en verdad ¿lo han intentado alguna vez? Porque se mueve, porque tiene látex, porque tiene lubricante, y como todo está mojado entonces no es como que quede simplemente ahí, ¿cachái? (Javiera, Entrevista personal, octubre, 2020)

Significados en torno al sistema de salud

Otro impedimento de las entrevistadas para acceder a la salud sexual integral corresponde al testeo serológico y preventivo. Este análisis es de difícil acceso en Chile, ya que los exámenes de ITS o tratamiento de ellas tiene un costo muy elevado en el sistema de salud privada, y en el sistema de salud pública sólo se realiza el testeo cuando se presentan síntomas de una ITS, o preventivamente si se pertenece a población considerada como grupo de alto riesgo. Las mujeres que tienen sexo con mujeres son consideradas de bajo riesgo de adquirir ITS, por lo que no reciben testeo preventivo. Según los resultados de la Encuesta Visibles de Movilh Mujer (2015), de la muestra compuesta por 2146 mujeres que tienen sexo con mujeres, el 64% tiene como previsión de salud Fonasa y el 26% Isapre, por lo que el no ser consideradas un grupo de riesgo de contraer ITS y, por consiguiente, verse limitadas en el acceso al testeo serológico y preventivo, constituiría una precarización de su salud y maximización de su vulnerabilidad.

En esta línea, según Espolea (s.f.), los prejuicios y la ignorancia sobre las mujeres que tienen sexo con mujeres generan en el personal de salud falsas ideas, por ejemplo, que tienen bajo riesgo de contraer ITS. Como consecuencia, las mujeres latinoamericanas que tienen sexo con otras mujeres sufren diversas formas de discriminación, algunas relacionadas con la salud sexual. Entre estas, se encuentran el asumir, desde los servicios de salud, la heterosexualidad

universal de las pacientes, como también el catalogarlas como población de bajo riesgo de contraer ITS o VIH (p. 4). En este sentido, debido a las limitaciones de acceso al testeo en el sistema de salud pública, las entrevistadas consideran que el acceso a estas medidas preventivas constituye un privilegio y no son de acceso universal:

La gente que constantemente se está haciendo chequeos o está recurriendo como a este tipo de salud, o a este tipo de exámenes específicamente, es gente que tiene una condición socioeconómica y una condición como cultural e intelectual de muchos más recursos. (Javiera, Entrevista personal, octubre, 2020)

Asimismo, las entrevistadas han manifestado presentar dificultades en el acceso a testeo serológico preventivo en el sistema público:

Al principio fue difícil [acceder a exámenes preventivos de ITS] porque la primera vez fue en el sur, entonces era así como: 'y esta niña, ¿por qué quiere hacerse esto?' (Marta, Entrevista personal, noviembre, 2020).

En relación a lo anterior, algunas entrevistadas han sufrido discriminación en espacios de salud:

Yo me acuerdo que la primera vez que fui al ginecólogo, me trataron súper mal (...) al final como que empezó a retar como a mi tía y fue como una súper mala experiencia para ser primera vez (Javiera, Entrevista personal, octubre, 2020).

Conclusiones

Para las entrevistadas el concepto ITS está socialmente rodeado de un estigma que, en el caso de las entrevistadas, se asociaría a emociones desagradables compartidas socialmente. Si bien se observa un esfuerzo cognitivo por no responder al prejuicio internalizado y al estigma relacionado con las ITS, no se lograría por completo. La contradicción se evidenciaría en la discordancia entre lo manifestado verbalmente por las participantes y la actitud que toman al respecto de lo hablado. En este sentido, el estigma que socialmente recae sobre las ITS está también presente en las participantes. Por otro lado, si bien existe una sensación de miedo frente a las ITS, este vendría más bien asociado a la exclusión social, por lo que no las ha motivado a utilizar mecanismos de barrera o realizarse testeo preventivo.

Respecto de las fuentes de información sobre las ITS, la educación sexual sobre población específicamente LGBT no está siendo entregada por fuentes formales, sino por conversaciones entre pares. Esto supondría que aquellos conocimientos provienen del saber popular y no

necesariamente entregan las herramientas necesarias para mantener relaciones sexuales saludables, dejando a las mujeres que tienen sexo con mujeres a la deriva en cuanto a su salud sexual. Esto podría observarse en los conocimientos con los que cuentan las entrevistadas sobre ITS, los cuales serían vagamente nociones.

Para las participantes del estudio, quienes comparten relativamente un mismo contexto socio-cultural (Mujeres adultas con estudios universitarios en curso, con solvencia económica para cubrir necesidades básicas como salud y educación, residentes de comunas urbanas, con acceso a educación sexual, con acceso a internet e información) existiría una vivencia de discriminación estructural, expresada en la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos a través del silenciamiento, la ausencia de mecanismos de protección de contagio de ITS y el entorpecido acceso al testeo serológico y campañas de prevención de contagio de ITS. Esta discriminación y vulnerabilidad tendría como objetivo la exclusión social y el mantenimiento del control sobre la población discriminada, quebrantando su integridad y dignidad (Rodríguez, 2016).

Entre las entrevistadas es posible observar una disociación, que es consistente con lo observado en ARLES (2019), según la cual, pese a que conocen algunos mecanismos de prevención de contagio de ITS entre dos mujeres (independiente de su efectividad preventiva), no tienen el hábito de utilizarlos lo cual ellas atribuirían a la incomodidad que les genera. Esto podría relacionarse con la ausencia de un método de barrera pensado para brindar protección, seguridad y comodidad en una relación sexual que implique dos vulvas, lo que aumentaría la vulnerabilidad y marginalización de las disidencias sexuales funcionando como una forma de perpetuar la discriminación externa. Aquello constituiría una forma de control y dominación biopolítica del Estado sobre las minorías sexuales (Tejeda, 2011).

Para finalizar, es imperante considerar la necesidad de re-pensar las políticas públicas sobre sexualidad para mujeres de Chile no heterosexuales, así como también generar instancias de problematización de las condiciones sociosanitarias en las que se encuentran las mujeres sexualmente disidentes en el país con el fin de mejorar su calidad de vida, una sana vivencia de la sexualidad y asegurar el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

REFERENCIAS

Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio. (2019). *Estudio exploratorio: Ser lesbiana en Chile 2018*.

https://www.dropbox.com/s/4jldj61d88p0bt5s/EstudioSLB_DescargaRS.pdf?dl=0

Araos, C. y Vergara, K. (2019). *Salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas en el sistema público de Chile* [Tesis de pregrado]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Bustos, C. (2015). *Caracterización socioeconómica de la población LGB en Chile: evidencias a partir de la CASEN 2015*. Centro de Estudios de la Realidad Social.

https://ongceres.cl/wp-content/uploads/2017/06/articulo_divergentes_cbustos.pdf

Celis, A., y Zárate, S. (2015). Libertad de enseñanza y libertad religiosa: los establecimientos escolares con orientación religiosa en Chile. *Temas De La Agenda Pública*, 84(10), 1-18.

Cornejo, J. (2017). Disidencias sexuales en el sistema escolar chileno: represión e invisibilización. *Educação e Pesquisa*, 43(3), 879-898.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201707166973>

Costas, M. (2013). *Representaciones Sociales*. Manuscrito no publicado.

Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y Representaciones Sociales*, 11(21), 109-140.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200109

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Elsevier*, 2(7), 162-167.

Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro*. Alianza Editorial.

Eiven, L., Sardá, A. y Villalba, V. (2007). Lesbianas, salud y derechos humanos desde una perspectiva latinoamericana. *Mujer Salud*, (2), 43-54.

Espolea. (s.f). *Intervención: lesbianas, derechos humanos y acceso a la salud* <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-intervencionlesbianasetc.pdf>

Estrada, J. y García-Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 90-102. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rqsp9-18.rgvv>

Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Colección Posgrado.

Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Horas y Horas.

Ley N° 20.418 de 2010. Por la cual se fijan normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. 28 de enero de 2010. Diario Oficial de la República de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Infecciones de transmisión sexual*. <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/its/>

Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista médica de Chile*, 139(10), 1249-1252. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001>

Montero, A. y González, M. (2016). *Guía de recomendaciones y orientaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud*. Lom Ediciones. https://www.uchile.cl/documentos/orientaciones-y-recomendaciones-para-la-atencion-de-adolescentes-y-jovenes-gays-lesbianas-y-bisexuales-en-el-nivel-primario-de-salud_124057_0_2252.pdf

- Morán, J. (2013). Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estudios Feministas*, 21(2), 485-508.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38129105004>
- Movilh Mujer. (2019). *Encuesta Visibles: Mujeres lesbianas y bisexuales en Chile*.
<https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2019/12/Encuesta-Lesbianas-Bisexuales-Chile-Visibles.pdf>
- Navarro-Corona, C., Rocha, T., Tena, O., Cruz, C., Herrera, C. y Castañeda, P. (2016). Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 44-52.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133949832006>
- Osgood-Roach, I. (2011). "El Tema no Existe": La Salud Sexual Lésbica en Valparaíso, Chile. *Independent Study Project (ISP) Collection*, 1163.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1163
- Palma, D. y Orcasita, L. (2018). "La solución es la tijera": Programa de Salud Sexual para Mujeres Lesbianas y Bisexuales. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 34, artículo e34419.
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e34419>
- Ricard, M., Rosa, M., y Climentc, C. (2010). Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *UT. Revista de Ciències de l'Educació*, (1), 113-133.
<https://doi.org/10.17345/ute.2010.1.643>
- Rodríguez, M. (2016). La realidad de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales. Una aproximación a sus vulnerabilidades sociales. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(1), 2-14.
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/567/593>
- Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (1991). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Serrato, A. y Balbuena, R. (2015). Calladito y en la oscuridad. Heteronormatividad y clóset, los recursos de la biopolítica. *Culturales*, 3(2), 151-180. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69442860005>

Tejeda, J. (2011). Biopolítica, control y dominación. *Espiral* 18(52), 77-107. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652011000300003&lng=es&tlng=es

Vaggione, J. (2008). Capítulo uno. Las familias más allá de la heteronormatividad. En C. Motta y M. Sáez (eds.), *La Mirada de los Jueces: sexualidades diversas en la jurisprudencia latinoamericana. Tomo II*, (pp. 67-87). Siglo del Hombre Editores.

Vaggione, J. y Jones, D. (2015). La política sexual y las creencias religiosas: el debate por el matrimonio para las parejas del mismo sexo (Argentina, 2010). *Revista de Estudios Sociales*, (51), 105-117. <http://dx.doi.org/10.7440/res51.2015.08>

Villegas, A., y Tamayo, L. (2016). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *IATREIA*, 29(1), 5-17. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n1a11>