



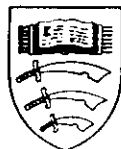
Título: SIDA

Autor: Antoni Mirabet

Fecha: 01/01/1989

Número: 0638

Chairman: Professor Ivor Crewe
Executive Director: Dr David Rose



Committee on
**ADVANCED RESEARCH
AT ESSEX**

The COMMITTEE ON ADVANCED RESEARCH AT ESSEX represents the Departments of Accounting and Financial Management, Economics, Government, Law, Sociology, the Centre for Social History, the Institute for Urban Studies and the Economic and Social Research Council Data Archive, University of Essex

University of Essex, Wivenhoe Park, Colchester CO4 3SQ
Telephone (0206) 872957 Direct line

26th October 1989

Dr Antoni Mirabet i Mullol
Universitat d'Estrasburg i de Barcelona
Ronda General Mitre 131
4rt 2a 08022 Barcelona
Spain

Dear Dr Mirabet i Mullol

I believe Dr Manuel Carballo (WHO/GPA/SBR Geneva) has talked with you about the national Homosexual Response Studies (which I coordinate on his behalf) and about the possibility of Barcelona being the location of a behavioural study of this sort.

We shall be having a 3-day Workshop here at Essex on December 12-15th to provide training for those responsible for training interviewers for the national projects (I enclose a copy of the recent mailing). If you feel you would like to be represented at that meeting (i.e. if plans for the projected Spanish study are sufficiently advanced), please write back as soon as possible. The language of the Workshop is English and I assume that all participants are fully proficient, although issues of translating (and back translating) the Question Schedules will, of course, be discussed.

I look forward to hearing from you. If more convenient I can be contacted by FAX no. 0206 873598.

Yours sincerely

Professor A.P.M. Coxon
Director, ESRC Research Centre in Micro-Social Change
Co-ordinator, Homosexual Response Studies

cc: Dr Manuel Carballo

Jaume Angelats
972/511600

Telephone 0206 873333
Telex: 98440 (UNILIB G)
Facsimile (0206) 873598 (GPs 3/2/Auto)
Telegraphic Address: University Colchester

FILE

16th October 1989

Dear

WHO/GPA: Homosexual Response
Interviewer Training Workshop: Dec.12 - 15, 1989

There will be a Training Workshop for national projects involved in the WHO/GPA studies on Homosexual Response to Aids and HIV infection, at the University of Essex (at Colchester, England) on Dec. 12-15th (where I am now Director of the ESRC Interdisciplinary Research Centre on Micro-Social Change). The purpose of the Workshop is to review the data collection instruments to be used, including the research protocol, Question Schedule and Interviewer's Handbook which you will already have received. We shall concentrate primarily upon how to train interviewers and ensure comparability between sites, but also discuss procedures for qualitative research. You should note that no data collection should take place before the Workshop (apart from pre-tests).

We are asking that each Research Site nominate one person to attend the Workshop. This should be the person responsible for training interviewing staff (which may be the Principal Investigator; if you wish to send a second person, the costs will have to be borne by your project).

Please reply as soon as possible to this invitation. Further details about travel and subsistence costs are enclosed.

Yours sincerely,

Professor Tony Coxon
Co-ordinator

1. WORKSHOP ARRANGEMENTS:

The Workshop will be held at the Wivenhoe Park Conference Centre, a 'stately home' located in Wivenhoe Park at the University of Essex, Colchester. Accommodation and meals, as well as the Workshop, will be provided there. A full timetable will be sent nearer the time.

Participants are expected to arrive by 6 p.m. on Wednesday December 12th, and the Workshop will finish at 12 noon on Friday, December 15th (giving enough time to allow those going on to the University of Utrecht to do so).

2. TRAVEL ARRANGEMENTS

We shall provide tickets from your home to Colchester via London, (those going on to Utrecht will obtain tickets for the Colchester-Utrecht leg of the journey from the Utrecht Group). On receipt of your completed form, PEX or APEX airfares will be booked (where appropriate), together with a British Rail ticket from London Heathrow or Gatwick to Colchester, via London. An adequate number of taxis are available at Colchester Station to Wivenhoe Park.

Since travel tickets, insurance, accommodation and meals are provided for you, an appropriately reduced per diem of £20 (about US\$34) will be paid.

WHO/GPA SITE: BARCELONA

NAME OF PRINCIPAL INVESTIGATOR Dr. ANTONI MIRABET

i MULLOL

Name of person attending Essex Workshop:

JAUME ANGELATS i MORATÓ

Staff position in Project:

COLLABORATOR

Address:

RONDA GENERAL

MITRE 131 4rta 2a

08022 BARCELONA

TRAVEL: Nearest airport (where appropriate) _____

AIR TICKET:

Outward (to London): From: BARCELONA (Airport)

Date: 11 - XII - 89

Preferred Time: MORNING

Inward (From London): To: BARCELONA (Airport)

Date: 16 - XII - 89

Preferred Time: AFTERNOON or MORNING

I ~~AM~~/AM NOT GOING ON TO THE UTRECHT WORKSHOP (delete one)

Please return this completed form as soon as possible to:

WHO WORKSHOP (attn: Prof. A.P.M. Coxon)
ESRC RESEARCH CENTRE (IRC)
UNIVERSITY OF ESSEX
WIVENHOE PARK
COLCHESTER CO1 3SQ

Tel: (0206) 872957
FAX: (0206) 873598

ESRC Research Centre
University of Essex
Wivenhoe Park
Colchester CO4 3SQ
Essex
Tel: 0206 872957

27th November 1989

Mr Jaume Angelatis i Moratto
Ronda General
Mitre 131 4 rt 2a
08022 Barcelona
Spain

Dear Mr Moratto

I am writing to you in my capacity as Administrative Co-Ordinator of the WHO Gay & Bisexual Mens Studies Workshop to be held in Essex, England in December 1989. The conference is being hosted at Wivenhoe House, Essex, and is being funded by the World Health Organisation.

Travel to London has been organised by Margaret Simpson at Cardiff University (0222 874035 - FAX No +44 (0) 222 371 921) and I am enclosing details of how to get to Wivenhoe House in Essex from the major stations and airports in London. Please note, however, one alteration to previous communications you may have received regarding travel dates. Your travel dates stay the same, but you arrive on Tuesday 12th, not Wednesday 12th as quoted in the initial invite letters

Please find enclosed a list of your fellow delegates along with the provisional time-table for the Workshop. All of your accommodation and meals have been booked in advance at Wivenhoe House, and we have arranged an evening out at a local restaurant on Wednesday 13th. Accommodation has been reserved for you on 12th, 13th and 14th of December and meals arranged begin with dinner on Tuesday 12th at 20.00 hrs and end with lunch on Friday 15th at 12.30 hrs.

Your per diem for your stay (reduced to cover accommodation and other subsistence) will be £30 per day (approx) and you can collect this on arrival at Wivenhoe House. This will cover you for any incidental expenses you may incur such as travel from London to Colchester.

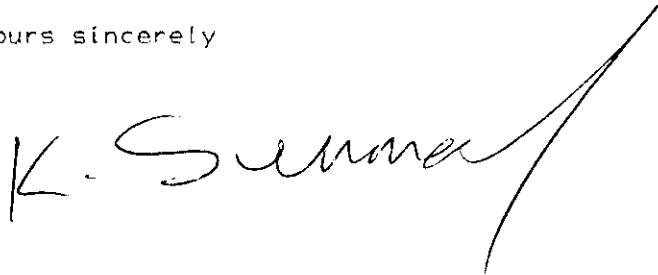
For the success of the Workshop, it is very important for us to have some information on your National Study, and I would be very grateful if you would complete the enclosed brief Report Form, and send it, preferably by FAX, but at least by Airmail as soon as possible to Professor Tony Coxon at the above address.

I will be at Wivenhoe House to meet you and you will be given a conference pack giving details of the Conference Centre facilities and local places of interest should you wish to sightsee in your free time.

If you have any queries regarding your travel, accommodation or any of the conference arrangements, please do not hesitate to contact me on Cardiff (0222) 874436 or 383296 FAX No: +44 222 371 921 where I will be until Monday, 11th December, or at the above address from then on.

I look forward to meeting you at the Workshop and hope you have a pleasant journey.

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink, reading 'K. Summers' with a long, sweeping diagonal stroke extending upwards and to the right.

Keri K Summers
Administrative Co-Ordinator, WHO Workshop at Essex

encs

World Health Organisation Gay & Bisexual Mens Studies

Interviewer Training Workshop

List of Delegates

1) ISRAEL

Professor Zvi Bentwich
Head
Ruth Ben-Ari Institute of Clinical Immunology
Hebrew University Medical School
76100 Rehovot
ISRAEL

2) THE NETHERLANDS

Dr Theo Sandfoot
Heidelberglaan 1
Postbus 80140
3508 TC Utrecht
THE NETHERLANDS

THE NETHERLANDS

Drs Rob Doornbos
address as above

3) UNITED KINGDOM

Dr Peter M Davies
Principal Investigator, Project SIGMA (London)
South Bank Polytechnic
Borough Rd
London SE1
UNITED KINGDOM

4) BRAZIL

Dr Robert G Parker
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua Francisco Xavier 524
7 andar, Bloco D
20.550 Rio de Janeiro, RJ
BRAZIL.

presently at:
WHO
CH 1211 Geneva 27
Switzerland

5) AUSTRIA

Dr Wolfgang Till
Ludwig Boltmann-Institut für Medizinsoziologie beim Institut
für Höhere Studien
Stumpergasse 56
A-1060 Wien
AUSTRIA

6) COSTA RICA

Dr Jacobo Schifter Sikora (& Guest)
Institute de Estudios Latinoamericanos
Universidad Nacional
Apartado Postal 10203
1000 San Jose
COSTA RICA

7) GREECE

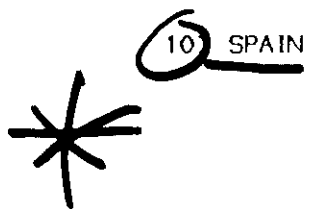
Anastasia Houndrie
Department of Hygiene and Epidemiology
Athens University Medical School
11527 Athens (Goudi)
GREECE

8) THAILAND

Dr David J Winters
254 Manhattan Avenue
New York
NY 10026
UNITED STATES OF AMERICA

9) UNITED STATES OF AMERICA

Dr Susan Kegeles
School of Medicine Division of General Internal Medicine
University of California
San Francisco
California
UNITED STATES OF AMERICA



10 SPAIN

Jaume Angelats i Moratto
Ronda General
Mitre 131 4 rt 2a
08022 Barcelona
SPAIN

Co-Ordinator

Professor Tony Coxon
Director,
ESRC Research Centre
University of Essex
Wivenhoe Park
Colchester CO3 4SQ
Essex

Training Staff

Mr Clive M Rees
Senior Research Fellow, Project SIGMA (Cardiff)

Mr Peter Weatherburn
Research Associate, BIRA Project (Cardiff)

Institute for Behavioural Research in Aids
University of Wales, College of Cardiff
63 Park Place
Cardiff CF 3AS

Administrative Co-ordinator

Mr Keri K Summers

C/O ESRC Research Centre
University of Essex
Wivenhoe Park
Colchester CO3 4SQ
Essex

SIGMA (Socio-sexual Investigations of Gay Men and Aids)
BIRA (Body Image, Risk and Alcohol)

Observers

Ms Jacki Scott, Assistant Director (Research)
Ms Jean Duncombe, Research Associate
ESRC Research Centre
University of Essex
Wivenhoe Park
Colchester CO3 4SQ
Essex

Ms Gilly Burrell
Administrative Officer

WHO/GPA/SBR: HOMOSEXUAL RESPONSE STUDIES

Workshop on Interviewer Training

University of Essex, December 12th - 15th, 1989

BRIEF REPORT ON BACKGROUND AND CURRENT STATE OF NATIONAL STUDY

Please return this form as soon as possible, and preferably by FAX (+44 206 873151) to:
Tony Coxon, ESRC Research Centre, University of Essex, Wivenhoe Park, Colchester CO4 3SQ, England)

COUNTRY: PRINCIPAL INVESTIGATOR:

1) INFORMATION ON PARTICIPANT

Name:

Degree & Academic Discipline:

Current Post:

University/Institute:

Experience of Interview Training:

2) INFORMATION ON CURRENT STATE OF NATIONAL STUDY

A: Project Materials:

i) Question Schedule:

(Translation - begun? completed? back-translated?)

Non-Core Questions included:

ii) Interviewers Handbook *(Translated?)*

iii) Protocol & Design *(Translated?)*

iv) Site-Specific Materials *(eg Informed Consent Forms;
Explanatory Notes to Respondent)*

PROBLEMS ENCOUNTERED IN TRANSLATION ETC:

- B) **SAMPLE** (or planned sample): *(size, contrasts/design factors
eg Clinic v Non-Clinic; age-groups etc)*
Method/s of recruitment; response rates

PROBLEMS ENCOUNTERED IN SAMPLING

- C) **INTERVIEWER RECRUITMENT/SELECTION**
Methods of recruitment: sex, orientation and social background
of interviewers
Training procedures; monitoring interviewer's performance;
payment

PROBLEMS ENCOUNTERED IN INTERVIEWER SELECTION & TRAINING

- D) **INTERVIEWING**
*(pre-test; tape-recording? place of interviews; time taken;
Interviewer's Report? Confidentiality/anonymity procedures*

PROBLEMS ENCOUNTERED IN INTERVIEWING

E) BLOOD SAMPLE

(does your Project design include taking a blood sample for HIV antibody testing? IF SO: Bleeding procedures; phlebotomy training; test counselling and results)

PLEASE BRING A COPY OF ALL YOUR PROJECT MATERIALS (eg translated versions of the Question Schedule; Training materials; Interview Forms, etc) TO THE WORKSHOP

World Health Organisation Gay & Bisexual Mens Studies

Proposed Time-table for December Interviewer Training Workshops - 12.12.89 - 15.12.89

Tuesday, 12th December

18.00 hrs	Arrival
19.00 hrs	Welcome and opening talk. "What are you Expecting?" meeting
20.00 hrs	Dinner

Wednesday, 13th December

08.15 hrs	Breakfast
09.15 hrs	Introduction; Aims & Intentions Update on SPSS
10.30 hrs	Coffee
11.00 hrs	Familiarisation; Translation; Interviewer Training
12.30 hrs	Lunch
14.00 hrs	Role Play I
15.30 hrs	Tea
16.00 hrs	Role Play II
17.30 hrs	Training Staff Meeting (Tony Coxon, Clive Rees & Peter Weatherburn)
19.30 hrs	Dinner (meal pre-booked at local restaurant)

Thursday, 14th December

08.15 hrs	Breakfast
09.00 hrs	Traumas and Problems of Interviewing
10.30 hrs	Coffee
11.00 hrs	Feedback on Role Plays (including Observers)
12.30 hrs	Lunch
14.00 hrs	Qualitative Aspects of Research - a talk by Dr R Parker

15.30 hrs	Tea
16.00 hrs	Feedback, monitoring and Reporting
17.30 hrs	Training Staff Meeting (Tony Coxon, Clive Rees & Peter Weatherburn)
20.00 hrs	Dinner

Friday, 15th December

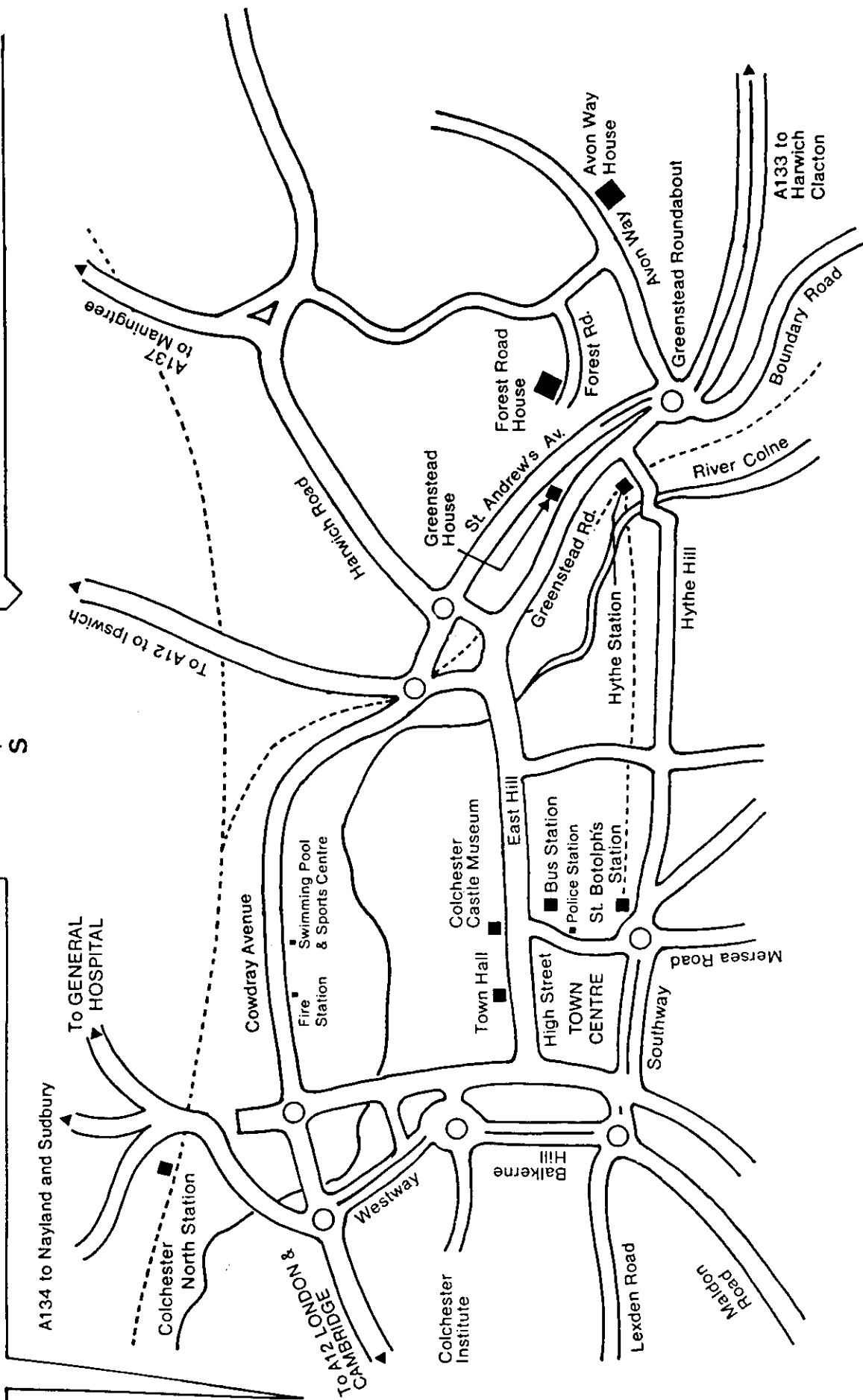
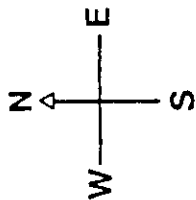
08.15 hrs	Breakfast
09.00 hrs	Plenary Meeting and Evaluation Session
10.30 hrs	Coffee
11.00 hrs	"Was it good for you too?" - a discussion of achievements over the three days
12.30 hrs	Lunch
14.00 hrs	Training Staff Meeting (Tony Coxon, Clive Rees & Peter Weatherburn)

Travelling from London/Cambridge etc (A12, A120 & A604):

From A12 take A134 turn-off to Colchester and follow 'Hythe' lorry route signs to Greenstead Roundabout

Travelling from Ipswich (A12):

Take A1232 turn-off into Colchester for 2½ miles until reaching roundabout as shown



University of Essex
This area is treated in detail
on the University Site Map

Directions to Wivenhoe House, Colchester

From London Heathrow Airport

On arrival, and after Customs, you can take either of the following routes:

1) Take the PICADILLY LINE (marked dark blue on your map) to HOLBORN. Change at HOLBORN to the CENTRAL LINE (marked red on your map) which will take you to LIVERPOOL STREET STATION.

2) Take the Heathrow Airport Bus to WEST LONDON AIR TERMINAL and walk about 0.25 of a mile to GLOUCESTER ROAD Tube Station. Catch a CIRCLE LINE Tube (marked yellow on your map) to LIVERPOOL STREET STATION.

From London Gatwick Airport

On arrival, and after Customs, you should take the British Rail express route from GATWICK to LONDON VICTORIA station. Take the CIRCLE LINE (marked yellow on your map) to LIVERPOOL STREET STATION.

LIVERPOOL STREET STATION is currently undergoing extensive renovations and you will need to follow the signs carefully to get to your train. The train usually leaves from Platform 13, but check with the board above platform 13 before boarding or ask at the information desk in the centre of the station.

The journey to Colchester takes about 50-55 minutes, but if you can catch the through train at twenty past the hour, it should take you directly to Colchester, without stops, in about 35 minutes.

The trains run at regular intervals and there are four an hour.

On arrival at Colchester, you should make for the Taxi rank at the opening of the station and ask for "Wivenhoe House, Essex University".

Fares will be about £3 to London, £8 from London to Colchester and about £4 for the taxi to Wivenhoe house.

SIDA STUDI

Gabinet psico-social

Barcelona, 13 de desembre de 1989

Molt Honorable Senyor Jordi Pujol i Soley
President de la Generalitat de Catalunya

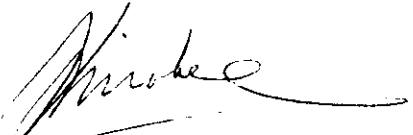
Molt Honorable Senyor:

Ahir vam rebre aquesta carta que us adjunto del Sr. Antonio UGIDOS del "Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida" (CRIPS) de París (1-12-89) acompanyant el "PROJET DE COOPÉRATION du Centre de Documentation de Barcelone et le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida de París".

Tot això és el resultat dels contactes tinguts amb el Dr. Didier JAYLE, Director del CRIPS, a París (maig 1989), a Montreal (juny 1989) i Yaounde (octubre 1989) i amb Mme. Francoise VARET, del Ministère de la Santé de France, a Montreal (juny 1989) i a Yaounde (octubre 1989), i de la conversa Trias-Segura-Mirabet tinguda el dia 5 juliol d'aquest any. Totes aquestes passes s'han donat amb el coneixement i l'aprovació del Conseller de Sanitat, Dr. Xavier Trias, i del Director del Programa SIDA, Dr. Andreu Segura.

Ara, cal escoltar el vostre punt de vista i els vostres suggeriments per a poder respondre degudament, i amb tot el recolzament oficial necessari, a aquest Projecte de Cooperació entre PARÍS i BARCELONA quant al Centre de Documentació sobre la SIDA.

Cordialment vostre.



ANTONI MIRABET i MULLOL

Doctor en Psicologia
President i Coordinador Tècnic
de l'Associació SIDA-STUDI

N/Réf. : 01128901

Paris, le 1er décembre 1989



Antoni MIRABET
SIDA STUDI
Bruc, 26 Pral

08010 BARCELONA

Centre
Régional 
d'Information
et de Prévention
du Sida

3/5 rue de Ridder
75014 Paris
(1) 40 44 40 50

Cher Ami,

Malgré les apparences, je ne t'avais nullement oublié.

En fait, j'attendais l'accord sur le projet des coopérations du Conseil Régional d'Ile-de-France.

Nous venons de recevoir cet accord, je t'envoie donc le protocole de coopération.

Pour toute information complémentaire, n'hésite pas à me rappeler.

Cordialement.

Afectuosamente, un fuerte abrazo

Antonio UGIDOS

A. Ugidos

N/Réf. : 19108901

CRIPS

COOPERATION CENTRE DE DOCUMENTATION
DE BARCELONE

ET

LE CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET
DE PREVENTION DU SIDA

Centre
Régional 
d'Information
et de Prévention
du Sida

3/5 rue de Ridder

75014 Paris

(1) 40 44 40 50

Ce centre d'information navateur propose

ou public:

un accueil sur place ou par téléphone (40 44 41 41) du lundi au vendredi de 11h à 20h
le samedi de 10h à 17h;
une orientation vers les structures adéquates à chaque problème particulier.

aux professionnels de la santé et de l'éducation:

les documents écrits ou audio-visuels conçus pour la prévention, les analyses
et évaluations des campagnes d'information;
une documentation étendue sur l'épidémiologie, la transmission, la prévention du Sida
et les problèmes de société que cette maladie soulève;
des formations pour tous ceux qui sont confrontés dans leur pratique à la seropositivité
ou au Sida, ou qui sont des relais d'opinion;
un lieu de rencontre pour ceux qui ont déjà ou veulent mener des actions de prévention

Projet de coopération avec le Centre de Documen-
tation du SIDA à Barcelone.



OBJECTIFS

- Favoriser les échanges d'information franco-espagnols.
- Travailler dans un esprit de collaboration à long terme.

MOYENS

Il est nécessaire de mettre en place un outil commun aux différents centres.

1. Le centre de Barcelone s'équipe d'un système informatique compatible avec celui du CRIPS : système IBM PC ou compatible, de préférence avec un système d'exploitation xénix, sinon MS DOS.
2. Le centre de Barcelone s'équipe d'un logiciel documentaire TAMIL. Si autre logiciel, le centre de Barcelone élabore un programme permettant la connexion des deux logiciels.
3. Le centre de Barcelone adopte le thésaurus, le plan de classement et la méthode de traitement CRIPS/UCL.

Les termes du thésaurus relatifs à la prévention et à la santé publique sont déjà disponibles en français, anglais et espagnol.

CONDITIONS GENERALES

CRIPS

1. Le CRIPS fournit la mise à jour de sa propre documentation.
2. Le centre de Barcelone participe à la mise à jour et à l'enrichissement de la base notamment à partir des expériences espagnoles.
3. Le thésaurus élaboré avec l'Université de Louvain est mis à la disposition du centre de Barcelone pour son usage exclusif. Toute demande provenant d'un autre centre espagnol ou de tout autre pays devra être transmise au CRIPS directement.
4. Le nom du CRIPS /UCL devra apparaitre sur tous les exemplaires du thésaurus ou du plan de classement.
5. Prévoir une formation de la documentaliste du centre de Barcelone du système documentaire du CRIPS (5 jours).
6. Des rencontres régulières de mise au point et d'évaluation sont à prévoir entre les documentalistes du CRIPS et du centre de Barcelone.

BUDGET

1. Fourniture d'une documentation de base minimum.	
5.000 pages de documents photocopiés	5.000 F
2. Accès au thésaurus. Fourniture des références documentaires de la base de données du CRIPS sur diquette	20.000 F
3. Formation de la documentaliste par le CRIPS (5 jours)	10.000 F
4. Frais divers : poste, téléfax, téléphone...	5.000 F
TOTAL GENERAL :	<u>40.000 F</u>

Prévoir frais de déplacement et d'hébergement pour la formation de la documentaliste au système d'indexation du CRIPS (soit à Paris, soit à Madrid).



PROGICIEL DOCUMENTAIRE POUR BIBLIOTHEQUES, ARCHIVES ET CENTRES DE DOCUMENTATION

TAMIL

Gérez vos collections de 1.000 à 200.000 documents,

Sur votre micro-ordinateur,

- IBM-XT/AT ou compatible sous MS-DOS (monoposte) ou sous XENIX (1 à 5 postes).
- MICROMEGA 32 ou compatible sous UNIX (1 à 16 postes), MICRO-VAX sous VMS.

Avec un système offrant les fonctions suivantes :

- Système paramétrable **multi-bases**, multi-domaines, multi-champs.
- Saisie interactive avec validation immédiate et détection de doublons.
- Tables de validation, tables de synonymes, **thesaurus**.
- **Recherche multi-critères** voisine de celle des Serveurs
- Editions paramétrables par l'utilisateur, avec **sélection types de caractères**.
- Téléchargement et **téléchargement**.
- **Gestion des prêts** et statistiques emploi.
- **Gestion des périodiques** : bulletinage, commandes, fiches circulation.

**Adopté et opérationnel dans 80 Sociétés et Organismes,
Pour un coût allant de 16.500 à 60.000 Francs H.T.**

contactez : **TAMIL**, 91, boulevard Edmond Rostand - 92500 RUEIL-MALMAISON - ☎ **47.32.35.34**

RHÔNE-ALPES : EUROMEGA - 5, rue du Canal - 69100 VILLEURBANNE - ☎ **74.95.57.71**

*** ESPAGNE** : NIT - 114, Calle Balma - 08006 BARCELONA - ☎ **(34) 3.43.30.737**

WHO/GPA/SBR
DRAFT
dated: July 1, 1988
final: September 1989

30.10.89

connections
~~FEB~~
5/12/89.



RESEARCH PROTOCOL

on

SEXUAL BEHAVIOUR AND LIFESTYLE CHANGE

of

GAY AND BISEXUAL MEN

under the impact of

HIV INFECTION & AIDS

PROTOCOL

1. Introduction	1
1.1 The Problem	3
1.2 Intervention strategies	4
2. Theoretical framework	5
3. Objectives	8
3.1 Statement of principles	10
4. Methods and Techniques	11
4.1 Sampling	12
4.1.1 Sampling procedures	13
4.1.2 Ethnographic supplementation	15
4.2 Design of Sampling frame	15
4.3 Recruitment	17
4.4 Time design	18
4.5 Summary on design	19
5. Pre-test and Pilot phase	19
6. Costing and staffing	21
7. Clinical Aspects	23
 <i>Notes on:</i>	
Interview Training	25
Confidentiality and Anonymity	26

*Can these
entire be
indented - eg.*

*1/ Intr
→ 1.1 The Problem
→ 1.2 Intervention...*

4.1.1 Sampling

1. INTRODUCTION

A significant proportion of males currently infected with the Human Immune Deficiency Virus (HIV), or who have clinical manifestations of Aids, have contracted the virus through homosexual contact.

In Europe, North America and Australasia, that proportion is known to be the largest single group at risk of infection. Elsewhere, the number are more difficult to estimate, for the reasons:

(i)

the social manifestation of male homosexuality in the organized gay movement of the West is only one of many different cultural forms the phenomenon takes.

In other cultures, homosexual sexual behaviour may be situational (as in imprisoned men, armed forces and migrant workers); age-specific and mandatory (as in certain Melanesian cultures), or simply not distinguished from effeminacy or transvestism. In this case, as in the West, homosexual behaviour can be consonant with a heterosexual identity. It can mistakenly be thought that where Western forms of gay identity do not occur, homosexuality is absent too.

(ii)

even in those societies where there is a self-aware gay community, much homosexual activity remains covert and largely unacknowledged. Ignorance and stigmatisation ensure that it remains invisible, and consequently unacknowledged and unresearched.

This "invisibility" and lack of research means that when in the early 1980s Aids appeared to be an epidemic restricted largely to sexually active male homosexuals, the best available figures were derived from Kinsey's findings based on data collected fifty years previously, now known not to be representative even of the population of the USA as it then was.

Nevertheless, it would be unwise to underestimate the value of Kinsey's work. One of his many important contributions concerning homosexuality is particularly relevant to current research studies. He pointed out that, whereas his data indicated that the number of men who were exclusively homosexual was relatively small (he suggested 4%), the proportion who had a significant history of homosexual contact was much higher (for example, about a third had been exclusively homosexual for a period of at least three years). This general conclusion, that homosexuality is a pervasive human response, remains true. This is an important consideration for investigations into the incidence or prevalence of homosexuality in a society. To rely for information about sexual practices on those who affirm a gay identity risks omitting from consideration many other important groups, such as young men whose sexual identities are as yet uncertain, married men with substantial homosexual contact and opportunistic male prostitutes.

It could be argued that those surveys of homosexual sexual behaviour undertaken to establish reliable estimates of those sexual practices which expose the practitioner to high risk of transmitting or receiving HIV infection should form a component of more general population surveys of sexual behaviour. Indeed they should. But given the overwhelming tendency to lie about homosexual involvement in conventional survey studies, this is usually neither practical nor advisable. The social and political sensitivity, covertness (and sometimes illegal nature) of homosexual behaviour requires research programmes which focus exclusively on homosexual and bisexual men and the multiplicity of specific social and research problems associated with a study such as this. There is not simply a dearth, there is often a total absence of comparative data on homosexual lifestyles, on the range and incidence of sexual acts (especially those implicated in HIV transmission), and of such men's attitudes, beliefs and knowledge about HIV infection and Aids.

1.1. The Problem

The spread of HIV infection and Aids has reached pandemic proportions, and no country is safe from its threat. The political implications of the pandemic are yet to be fully seen, but already there are examples of defensive reactions by societies and particular social groups. Because of the strong fear of infection, people with Aids/HIV-seropositive have been socially discriminated against and ostracized in insurance, employment, housing, and education. Calls for mandatory screening have become more numerous despite the questionable effectiveness of such a policy.

Given this situation, there is an obvious need for careful, sensitive and competent research on the conditions and events associated with the aetiology and modes of transmission of this infection.

1.2 Intervention Strategies

Unlike the majority of communicable diseases that have been dealt with since the advent of modern medicine, HIV does not - at least at present - appear to be preventable through vaccination or adequately controllable by chemical therapy. These facts have a profound influence on research strategies designed to provide the basis for prevention and therapy: the principal hope for preventing Aids is to convince people to change their sexual behaviour so as to reduce the risk of HIV infection. In fact, it may be among the most preventable of communicable diseases precisely because of this close association with behaviour and lifestyle.

But the information necessary for development of effective educational strategies and programmes, as well as for health care and social welfare policies, is lacking. All too little is known about the determinants and consequences of variations in sexual behaviour, attitudes towards Aids, understanding by different groups of the ways in which HIV is transmitted, willingness to change or modify behaviour, prioritization of Aids within a hierarchy of disease perceptions, and so on. Similarly, little is known about how health care systems and policy-makers themselves are responding to this current pandemic and are likely to respond to future developments.

In the absence of basic information of this kind, policies will continue to be based on incomplete information. Policy-makers will not be in a position to take into account fundamental behavioural patterns that influence the risk of infection, or the social and psychological factors that condition responses to health education and primary care programmes. More specifically, they will not be able to respond to the needs and capabilities of different national, social and cultural populations. And, from the point of view of long-term social, economic and demographic impact, it goes without saying that intervention strategies must be designed to mitigate undesirable effects. However, formulation of effective strategies will depend on the availability of accurate forecasts of likely consequences in advance of their actual appearance.

2. THEORETICAL FRAMEWORK

We share a common theoretical and conceptual orientation with others engaged in research on sexual behaviour on behalf of the WHO/GPA. The crucial theoretical constructs in this area concern sexual identity and change in behaviour.

Sexual acts are construed as having profoundly social meaning in addition to (and in many cases surpassing) merely biological constraints. So, a person's sexual behaviour is understood as consisting of a complex interaction between individual predispositions (biological make-up, sexual orientation and preference) and the socio-cultural setting. Through this interaction people construct their sexual identity in terms of the models and options available in the culture, responding to a significant degree to pressures from 'outside' (family, state, church, law) as well as in interaction with peer and reference groups. Because of cultural variability and the different degree to which homosexual identity exists, is socially recognised and/or articulated in social and political movements, there is bound to be only approximate fit when comparing (male) homosexuality from society to society.

Central to current studies is a concern with how people change high-risk sexual behaviours, which is presently the only way to prevent transmission of the HI Virus. Here we depend primarily on the Aids Risk Reduction Model (ARRM) developed by the Center for Aids Prevention Studies team at UC, San Francisco. In brief, this model focuses on social and psychological factors thought to influence three stages:

- (i) ✓ **Problem perception:** labelling and identification of high risk behaviour as problematic;
- (ii) ✓ **Decision to change:** making a commitment to changing high-risk behaviours;
- (iii) ✓ **Taking action:** seeking and acting upon solutions directed at reducing high-risk activities.

To this extent, then, our methodological orientation is not 'value-free', but is rather predicated on the conviction that such behaviour change is inherently beneficial. That said, the research projects are not to be interpreted as being health education in action. We aim to produce accurate and reliable

data which will certainly inform health education and the promotion of "safer sex", but which will primarily be concerned with finding out the current state of sexual behaviours, risk or not.

Problem perception involves knowledge of sexual behaviour associated with HIV transmission and belief in personal susceptibility and in the understanding of Aids. Once labelled as problematic, sexual partners and friends are significantly involved in consequent behaviours - often including denial as much as risk-reduction. The **Decision to Change** is bound to be complex, involving a wide range of acts, and often a range of partners. This in turn involves consideration of costs/benefits, of response (and self-) efficacy and of enjoyment. In **Taking Action**, people seek and obtain information from relevant media and formal and informal reference groups, but in ways hitherto little understood. It also involves engaging sexual partners in both discussion about sexual behaviour and in actually implementing the changes.

The characteristics of these conceptual and theoretical frameworks are readily identifiable in the research Questionnaire Schedule, where the individual is taken through his experiences and is asked to report on his behaviour. In so doing he often perceives a coherence and pattern which he may often not have seen before, and this, too, we view as a strong recommendation of our approach.

3. OBJECTIVES

Many of the research and intervention strategies and activities of the WHO Global Programme on Aids share a number of underlying objectives and characteristics, such as increasing knowledge and understanding of the social and behavioural causes and consequences of trends and variations in patterns of HIV infection. Hence, much of the research to be done will, in one way or another, be collaborative and will seek to bring together national scientific research groups and institutions. This collaboration will involve the development and strengthening of a network of social and behavioural Aids research centres linked through their association with WHO and through informal communication channels, such as newsletters, exchange of research reports and international research workshops and seminars.

In order to promote and support cross-national comparative research, the development of generic or core research designs and data collection instruments are emphasized, together with working groups of international researchers and scientists. Emphasis is placed on research activities that are designed to facilitate the rapid application of findings to the improvement of operational programmes and formulation of health care policies.

(i) The objective most fundamental to understanding the social epidemiology of the Aids pandemic among male homosexuals and bisexuals and hence to the research projects themselves is to produce on a cross-national and prospective basis, detailed, reliable and extensive descriptive information

about the sexual behaviour of those who engage in homosexual behaviour, whether or not they avow the label 'homosexual' or 'gay'.

(ii) Because the intention will be to aid such groups to move towards a more safe sexual lifestyle, it is necessary to measure not only the overall changes in sexual behaviour (based upon longitudinal and/or retrospective designs) but also changes in knowledge, perception and beliefs about risk and infection, and about the means to achieving lower-risk sex.

(iii) Because these processes are not simply psychological, there is a need to locate such changes in the macro-context of each nation's social, political, legal and cultural background and examine the form and content of health education campaigns and any other governmental or non-governmental initiatives.

(iv) At the meso-level, it is critical to examine the social networks and processes within which information is located, transmitted and modified, and the networks of friendship and support which articulate and reinforce change of sexual behaviour.

(v) Because sexual behaviour is relational, information is needed about the number and characteristics of sexual partners, how change is negotiated with them, and how the characteristics influence the process of decision and modification.

3.1 Statement of principles

Since the research subjects are stigmatised socially (and in some contexts legally) and often discriminated against, it is important that certain basic principles operate (and are seen to operate) in the research. We may state these principles as follows:

1. Men with homosexual contact with HIV infection or with Aids have the same human rights as everybody else, including the right to integrity of body, to privacy and to informed consent.

2. It is a virus, not people, which must be combatted.

3. If people are scapegoated, this damages relationships of trust between them, health care workers and Aids researchers, which in turn weakens the fight against Aids.

4. The support of the gay community is needed to prevent the spread of Aids, to encourage safer sex, to help people with HIV and Aids, and to conduct research among homosexual/bisexual men.

5. Homosexual/bisexual men with a positive perspective on their sexual orientation are more able to cope with behaviour change towards less risky sexual behaviour.

4. METHODS AND TECHNIQUES

In many ways, the most critical and problematic aspect of the research studies is simply that of **sampling**: of obtaining as representative, unbiased group of respondents as possible. This is therefore discussed immediately in the next section.

(1) The main study is preceded by a **pilot study** to assess:

--the feasibility of obtaining respondents to form as heterogeneous and representative a sample as possible;

--the validity and reliability of the core instrument in the local language and culture;

--the suitability and interviewing skills of potential interviewers.

(2) The basic method of data collection in the **main study** is necessarily that of the face-to-face interview, using the core instrument - a common structured questionnaire (in either a basic or extended form). Some parts of these may (optionally) be self-administered.

(3) Where possible and feasible, this main interview is additionally supplemented by:

(i) a clinical **biomedical history** and/or taking of a blood sample for anonymous (or informed, with consent) testing for HI Virus (and Hepatitis B);

(ii) an **ethnographic study** of the gay subculture and social organization of casual sexual behaviour.

4.1 Sampling

The purpose of sampling is to estimate the characteristics of a population by directly examining only a subset of that population. It involves therefore two issues: **defining the population**, and the **method of selecting the sample from the population** thus defined. Both present important problems.

In assessing the likely spread of HI Virus through male homosexual contact, the relevant population is presumably that of male homosexual acts in the male population. But defining a sample on this basis is not practical from the viewpoint of either resources or results. Nor is it any more feasible to attempt to define extensionally or sample "homosexuals" or "bisexuals" or even "males with a sexual history involving homosexual acts" unless men will (honestly) admit to such acts (usually stigmatised, sometimes illegal) in a conventional survey context.

Where the notion of gay identity is well understood and there is an organized gay community (or "constituency" as Altman more accurately calls

it), an apparently attractive alternative is to define the population as those who identify openly with a homosexual identity as the population of interest. In this case, however, the probably larger and epidemiologically crucial subpopulation of those who engage in homosexual behaviour and in no way identify with the gay community is lost. (It is relevant to point out that virtually identical problems confront attempts to sample any covert, or socially stigmatised group, such as intravenous drug users and those seeking abortions).

In time, we may expect to see general population based studies of sexual behaviour and identity mounted, at considerable cost and with the necessary considerable methodological sophistication. By that time, it will be too late.

An acceptable extensive definition of the "homosexual and bisexual population" is not feasible and is probably impossible, so therefore (and unfortunately) any normally acceptable method of sample selection, such as simple random or probability-based selection is also not feasible. Even if it were possible, the expected large refusal rate (certainly in excess of 20%) would swamp all conventional statistical estimation procedures, as Cochran and others pointed out cogently in the context of the original Kinsey study.

4.1.1 Sampling procedures

As is so often the case, a sampling strategy is going to be uneasy compromise between the demands of the problem and the resources available for its solution. The sampling procedures for such studies cannot be pre-specified in detail, and will therefore have to be worked out in local contexts, but taking into account several fundamental considerations. A desirable basic strategy is suggested in 4.5.

The imagery which best helps conceptualise the problems of sampling elusive or covert populations is that of the iceberg: only a fraction is socially visible and readily accessible - the greater fraction is socially hidden and difficult to access. Applied to gay men, the visible tip is the organised gay community - who are typically better educated, of a higher social class, and happier with their sexual orientation. This section is not hard to persuade to be interviewed. But because all these characteristics affect sexual behaviour, the error is systematic. Therefore, steps have to be taken to access the more "closetted" section, who are likely to be hard to locate and to resist being involved with research. At the extreme, they will be positively hostile to the research, since it threatens their carefully safeguarded and contained sexual identity.

Two opinions exist to gain access to the "submerged fraction": either to use "snowballing" (or "networking") techniques and/or to augment the main sample by an ethnographic study of the more covert gay men.

"Snowballing" *John deegan*

"Snowballing" consists of making contact with an initial small starting sample, and then obtaining from him the name/s of his close associates, sexual partners, friends etc. who are like him, but more "closetted". These in turn

form the start of a further set of contacts. The process continues to exhaustion or the

finding of no new contacts. Although attractive in principle, this option can be disappointing (and costly) if people are not prepared to recommend their friends and partners. But it provides one of the few systematic ways of "burrowing" into the more closetted sections. It is an option whose feasibility should be tested at the pre-test stage.

4.1.2 Ethnographic supplementation

The second option - an ethnographic, observational study - depends upon having the cooperation (or at least the collusion) of the police and other powers, and upon the willingness of researchers to adopt a difficult and sometimes threatening role. Its prime instance is Laud Humphrey's Tea room trade, where (in this case) public toilets were studied as the ~~locum~~ of homosexual sexual encounters - typically involving heterosexually married men. Other open-air (parks, beaches) and indoor (saunas, cinemas) locations are appropriate. In this case, the purpose is to monitor (the riskiness of) sexual behaviour by non-participant involvement, and thus obtain information about the more covert activity of those who would not ordinarily cooperate with the research.

4.2 Design of sampling frame

The design of the sample or quota frame needs careful consideration. Ideally, the factors known to influence the dependent variable (here, usually sexual behaviour) can be isolated and systematically varied to produce maximum degree and type of variation or heterogeneity. Two factors (of two - or three / categories) are usually a reasonable number, though the number of factors and categories can be extended at additional cost. Two variables known to affect such behaviour among gay men in the Western context are: age (a surrogate for life-history or career) and type of relationship. In other cultures the latter factor may well be less important, and be overshadowed and replaced by (e.g.) ethnic origin, class, rural/urban, 'rent' vs 'self-motivated' etc. In any event, the factors and categories need clear specification before snowball (or other) sampling begins. In many studies, it will be reasonable to contrast a largely captive (and decidedly biased) Clinic sample by an independent non-clinic-based or by a case-control sample.

The design may be **balanced** (equal numbers in each cell combination) or **unbalanced**. The former brings statistical simplicity to analysis, the latter is usually more realistic, given the non-independence often found between factors in practice. The cell-size (and minimum acceptable cell-size for unbalanced designs) should be determined at planning and pretest size. As a rule of thumb, and for numerical stability -

- the number of factors should be between 1 and 3;
- the number of categories (for each factor) should be between 2 and 4,
- and
- the cell-size should be between 10 and 50.

This puts sample sizes between 20 (a reasonable number only for pretesting) and 600. For cost reasons, a sample size of 250 may be considered

reasonable and adequate, but for prospective studies, an additional inflation factor of at least 15% should be allowed for cohort attrition.

4.3 Recruitment

Recruitment of sample members is especially problematic for gay men's studies, since most biasing factors will be associated with ease of access and social visibility. This makes conventional quota sampling an unsuitable mechanism. Snowball sampling (mentioned above) helps avoid these problems (but to an inestimable degree). In any event, information on "who knows you are gay" (from the Questionnaire Schedule) can be used to monitor the extent to which the sample members are covert - but usually only after the event.

Methods of minimising such bias are costly in time and effort and here, too, "principled compromise" will be called for. Recruiting volunteers is by no means necessarily the interviewer's task. Informed, accepted and "streetwise" members of the gay community are well equipped to do this (and should be suitably reimbursed), and if interviewers do recruit sample members, they must possess relevant social skills and be acceptable in the gay community. In any event, recruitment should not be from one source (each with a typical source of bias), but from a range of sources, including:

- gay (and mixed) bars and clubs;
- male (gay and mixed) saunas/bath-houses;
- political, social, counselling organisations;
- locations of casual sex (subject to cautions and provisos mentioned above), such as beaches, parks, public toilets;
- gay newspapers, journals, contact magazines.

The process of sample recruitment must be monitored carefully and should be preceded by information drives (leaflets), obtaining the support of relevant gay, medical and social organisations and local leaders and "gatekeepers".

4.4 Time-design

The preferred time-design is prospective or longitudinal - following the same cohort of men through a given time-period, with fixed interview points. Ideally, a double cohort design one 'experimental', one 'control', with initial random allocation is best, but practical and financial considerations make this rarely feasible.

A simple cohort study is necessary to study changes in behaviour (cross-sectional repeated new samples cannot assure detection and rates of change, and are therefore less preferred) and single "one-off studies" gives the basic, minimal option.

Problems (and cost) of continuation increase as the design becomes more complex, since a 1-off study may be truly anonymous, whilst a multi-stage investigation needs to have mechanisms to keep in contact with respondents - who may well be geographically very mobile. The longer the span of the study and the elapse time between waves, the higher the likely failure-to-recontact rate (attrition) and in this population, the higher the deterioration and (real) mortality of cohort members.

4.5 Summary on Design

Acceptable research designs for these studies are measured against the "ideal" case. This way it is possible to specify the preferred design, acceptable designs and the pre-test design in decreasing order of approximation to the ideal.

	Maximal	Preferred	Minimal	Pre-test
DESIGN: Groups	Experimental/ Control	E	E	E
Allocation	Random			
TIME: Design	Cohort (longitudinal)	Cohort (Cross- sectional).	1-off	1-off
Length	5-year	3 year (2 yr)	1 year	1 month
Wave	9 month	9 m.		
SAMPLE: Factors	2 or 3	2	1	1
Balance	Balanced	bal (unbal.)	(unbal.)	(unbal.)
Size	~500	350	250	30
RECRUITMENT	(Multi-source)	MS	MS	MS
	Random			

5. THE PRE-TEST AND PILOT PHASE

The success of the main study at any site depends crucially upon the thoroughness and of the Pilot study and pre-testing procedures.

The purposes of the Pre-test Study at a given site are to check the following components of the planned main study:

- (i) ACCESS TO RELEVANT POPULATION
- (ii) STUDY DESIGN AND MANAGEMENT
- (iii) QUESTIONNAIRE WORDING, SEQUENCE, TRANSLATION
- (iv) INTERVIEWER SUITABILITY AND TRAINING leading to
- (v) PRODUCTION OF RESEARCH DESIGN, STRATEGY AND COSTING.

These aspects may be itemised as follows:

(i) Access

Legal status of homosexual behaviour; social organization of gay community; negotiations with formal and informal leaders and commercial

('scene') and voluntary organizations; investigation of relevant networks of contact.

and (ii) **Study design and management**

Sponsorship & liaison (university, medical, gay); project management staffing and responsibilities; interviewer training and quality control; research decision process for study and sample design and recruitment; feasibility and costs of access; feasibility of ethnographic and other sub-projects; reporting and monitoring procedures; cost-control and management procedures.

(iii) **Questionnaire**

Briefing and training interviewers; question/item and sequence testing; establishing argot terms; reverse translation and checking equivalence of meaning; local modification; pre-testing on heterogeneous "convenience sample"; modifications to Questionnaire Schedule Codebook; arrangements for checking data entry and cleaning for preliminary analysis of data.

(iv) **Interviewers**

Sources of trained interviewers: provision for intensive training; monitoring familiarity with sexual practices and social organizations; rapport with interviewee; organization of subject recruitment and reporting.

The local protocol

Before beginning the main study, the details of these and other relevant aspects of design and management will be specified and an estimating costing produced.

6. COSTING AND STAFFING

As a guide to costing a study, the following basic specification should be used.

BASIC SPECIFICATION:

ASSUMPTIONS: 250 interviews, at 2 hours plus 1 hour briefing, write-up etc.

To be undertaken 50% by Research Associate; 50% by part-time interviewers. Overheads not included (see iv).

i) FIXED COSTS:

1 full-time Research Associate (responsible for day to day research management of project and undertaking c 120 interviews p.a.)

1/2 to 1 Administrator

1/2 Secretary

which may be combined) to manage clerical, contracting and information tasks of project).

ii) **VARIABLE COSTS:**

Part-time Interviewers (undertaking residue of interviews, plus training as interviewers)

Transport (to subjects' residence and/or from residence to central site)

Data entry and preliminary analysis, at c 1 hr per interview = 250 hrs.

iii) **CONSUMABLES:**

Telephone, (prepaid) Postage, Computing costs.

iv) **OTHER COSTS:**

Overheads, (accommodation, heating, lighting etc.) and translation fees to be met by host institution.

(At this very basic and minimal level, at current 1988 prices and salaries in the UK, this amounts approximately to:

£ 5K (Pretest)
+ 31K p/a (main survey)
+ 2K contingency
+ 100K for 3-year study

7. CLINICAL AND BIOMEDICAL ASPECTS

This Research Protocol makes provision for clinical involvement in these studies, where appropriate and satisfactorily negotiated.

(i) **Clinic samples**

It is anticipated that in many sites it will be feasible and desirable to augment the basic ("natural") sample by a sample based upon ~~attitudes~~ *clients* at STD/GUM clinics. Since clinic-based 'samples' are a highly biased group compared to the naturally-occurring population, the clinic sample must in no way assume methodological priority. It will often be desirable, however (especially where there are existing cohorts of gay men under clinical investigation) to provide for case-control subsample from the clinical sample.

(ii) **Physical/clinical investigation**

Where a clinical investigation is involved in a study, it may often be desirable to preface or augment the Questionnaire Schedule by a relevant clinical life-history and physical examination. In this case, the section on Diagnostic Data of the International (INAPEN) Network should be included (reproduced as CS1 of the Questionnaire Schedule).

(iii) Sero-prevalence of HI Virus

The question of anonymous (or informed) testing for antibodies (and antigen) of the HI Virus is, of course, highly contentious and is often a politically and socially sensitive issue.

Under no circumstances may local sites engage in clandestine testing, or take blood samples except where accompanied by written Informed Consent (and counselling, where the subject wishes to know the results).

Nonetheless, it is highly desirable that an investigation of sero-prevalence of HI Virus accompany or be an integral part of these studies.

Because many sample members will be highly covert, it will often not be possible to take blood in a clinic context. In this case the blood sample may be taken by medical staff (or paramedical staff under medical supervision), or interviewers can be trained as phlebotomists and counsellors, and blood-samples be taken in the context of the interview. An example of a suitable form of Informed Consent is appended to the Questionnaire.

The legal status of volunteering to give a blood sample (+ associated social issues, such as insurance terms) must be determined and signified to the subject before blood is taken. Similarly, insurance arrangements for both subjects and phlebotomists must be cleared before being involved in the exercise, together with reference sera from those taking blood. A course of Hepatitis B vaccine will also be offered to phlebotomists.

Note on Interviewer Training

As commented above, the quality of the data obtained in the survey depends crucially on the rapport between interviewers and interviewees.

In many cases, interviews concerned with sexual behaviour in the context of HIV infection have a therapeutic-counselling aspect, as the interview provides respondents with a rare (sometimes the first), opportunity to speak openly about their sexuality. Respondents may also seek information from the interviewer about Aids, HIV infection, safer-sex and the resources available to him. Interviews can also serve as a platform for the articulation of fears surrounding Aids, HIV infection and the implications of antibody testing. It is crucial, therefore, that the interviewers, as well as being competent to administer questionnaires and being non-judgemental about the behaviour under study, should also have some training in counselling skills appropriate to the interview. This is important when respondents are drawn from the more overt sections of a gay community and even more so where respondents are covert in terms of their sexuality. Thorough training in both interviewing and counselling skills should therefore form an indispensable part of the pilot and pre-pilot phases, and interviews must be monitored to ensure that procedures are being correctly followed.

It is not essential, of course, that interviewers themselves be gay or bisexual. But it is essential that they be well informed about gay subculture and lifestyle, be conversant with gay terminology and slang and be prepared

to answer questions about their own sexual orientation and motivation from the respondent. Such characteristics need to form an early part of interviewer selection and training.

Note on Confidentiality and Anonymity

It is important to distinguish confidentiality and anonymity in the context of the research.

Anonymity means data are not (and cannot be) associated with any individual; i.e. the subject's identity is unknown; **confidentiality** means the subject's identity is known by some person in the research project, but the link between the data (and/or code number) and the identity of the subject is highly guarded, and procedures must be specified for ensuring that only nominated persons can have access to that information.

In non-longitudinal studies, anonymity can be guaranteed, but in longitudinal design only confidentiality can be guaranteed.

(Written) informed consent establishes a contract of rights and confidentiality/anonymity of the subject's data between the investigator and the subjects. They must also have the right access to the procedures used to guard confidentiality or guarantee anonymity.

30.10.89

WHO/GPA/SBR

~~Draft dated: December 20, 1988~~

~~[Revised version: May 1989]~~

~~[Revised version: August 1989]~~

2

INTERVIEWERS HANDBOOK

I: Introduction

II: Question Schedule: Commentary

(A) Core Questions

(B) Non-Core Questions

NOT
PRESENT

THIS DOCUMENT IS NOT TO BE QUOTED WITHOUT
PERMISSION

I. INTRODUCTION

Interviewing gives access to the most intimate aspects of a person's life, and nowhere more obviously so than in the study of sexual behaviour and lifestyle. Here the respondent has agreed to submit himself to questioning whose content he is unlikely to be able to predict. They will touch on the deepest aspects of his identity, and may well bring to the surface anxieties, joys, fears and hopes which have been beneath the surface and may never have been verbalized until now.

But the interviewer is not here to cure, or even primarily to comfort, but rather to facilitate; to listen, to encourage and (as far as possible) to let the respondent control the situation.

The interviewer must come to the Question Schedule well-informed about the gay culture and lifestyles, supportive and sympathetic about the civil (and emotional) rights of gay and bisexual men, and - if the interviewer does not share the same orientation - able and willing to empathize with it.

The interview is built on an unofficial contract: in return for openness, honesty and devotion of time, the respondent must be guaranteed complete confidentiality (and anonymity, if appropriate), and professional behaviour on the part of the interviewer. The relationship is similar to that of the lawyer and his client and to the priest and the person being counselled - inside the interview, personal information is privileged and is never to be referred to directly outside the interview. In the sexual area above all, where societal attitudes are probably hostile and the law may be punitive, it is doubly essential that confidence be guaranteed, for any breach may put not only the respondent at risk, but also the credibility of the research project.

In this Handbook, summary information is given about Principles and Procedures of Interviewing and about the questions themselves. It supplements and in no way supplants, the interview training you receive.

Procedures and Principles of Interviewing

"Even the best questionnaire is only as good as the interviewer's skill in using it. It is crucial that interviewers ask the questions properly, record the respondents' replies verbatim and probe meaningfully".

(Interviewer's Manual, Institute of Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor)

(1) Ensure that the respondent sees the project as important and worthwhile to him

The introduction at the start of the interview is where this can be done. Without detailed, reliable information about sexual behaviour and lifestyles, the transmission of the HI virus cannot be understood, predicted or

ultimately prevented - and this information can only come from individual's experiences however "untypical" they may believe themselves to be. Subjects are, therefore, being invited to cooperate quite literally in a life-and-death issue in preserving life and preventing death.

The respondent must understand that the Project is not "selling" anything - even "safer sex" (this is a difficult point: in one sense we are all committed to minimizing risk, but as social scientists we know that behaviour is often at odds with such norms, and respondents must be encouraged not to "shade" their responses to what they may believe this interviewer [often representing academic or medical respectability] wants to hear).

Throughout the interview, it will be the respondent's viewpoint which is critical - however much he may want to report "what everyone knows", or wonder how much his views differ from others' (and even the interviewer's) views. Nowhere is this more important than if the respondent wants to know about the interviewer's sexual orientation. Your training will have dealt with this issue, and you will need great tact either in persuading the subject that because you share his orientation, you still need his unique experience, or if your orientation is different, that you understand and empathize with a homosexual or bisexual orientation.

Part of the "hidden agenda" in agreeing to be interviewed may be that the respondent wants to know more about Aids or HIV transmission and the interviewer must be well enough informed to give this, if requested, but at the end of the interview, lest it affect the intermediate response.

It will be essential not only to explain the confidential nature of the interview, but also to convince the respondent that adequate and well-thought out procedures are in use to protect his identity and his data. In particular, you should make it clear that when and if names and other identifying information are mentioned in the course of the interview, they are not recorded on the schedule. The Statement of Informed Consent gives a good opportunity to raise these points.

Finally, respondents may need to be convinced that the interview is an enjoyable and interesting experience (and is found to be such by virtually all respondents); their possible initial unease and questions should be addressed and answered frankly.

(2) Ensure that a good interviewing relationship is established and maintained.

The respondent needs to feel that the interviewer is interested in him as a person, and accepts him as he is. This will often be communicated by how you approach him, and how you react to his responses. It means that the interviewer should be virtually unshockable (and, equally, not gullible). The "rapport" you seek - a fine mixture of confidence, understanding and empathy - is established at an early stage and can be developed by simple conversational skills, aimed at putting the respondent at ease, and showing him that you have shared interests.

The Question Schedule has been constructed to help this rapport develop. The initial section contains no questions which could be construed as threatening (or, if they are, you will be alerted to the especial care needed in interviewing that respondent), and only moves over to areas of sexual identity and behaviour after establishing common terms of reference. In this stage, the subject will be spending time trying to work out "what you are after" and what his appropriate role is. He may well be deciding how far he should go in reporting his behaviour or expressing his opinion, and every opportunity should be taken to encourage complete openness. If he is genuinely troubled about reporting certain information about himself, or shows a hostile reaction that threatens rapport, he must be reassured that at any time he can refuse to answer a question. If he feels at ease and understands the 'objectivity' of the interview situation, he will probably agree later to go back and answer such a question.

In brief, the respondent must be convinced:

- that the interviewer accepts and understands whatever he has to say: any and every answer is appropriate or acceptable;
- that the interviewer is dealing professionally and impartially with him, and the interviewer's own attitudes and ideas are not relevant to the interview;
- that he is accepted as a person, and as someone who has valuable information to impart.

(3) Ensure that the Questionnaire Schedule and instructions are faithfully adhered to, but in an informal atmosphere.

The Question Schedule consists of Close-ended, Open-ended and Exploratory question items. In the first two types, it is essential that questions be asked in exactly the words and form on the schedule: even apparently minor changes can produce major differences in response. In the case of close-ended questions, the subject's answers should be made to conform as closely as possible to the provided list of alternatives (which in turn derive from earlier open-ended answers). Any qualifications (or relevant interviewer's or respondent's comments) in the allocation should be written on to the schedule.

For **open-ended** questions, care should be taken to record what the respondent said as closely as possible (if a tape recorder is being used, the account can be edited on after the interview).

For '**exploratory**' questions (where the Schedule contains guidelines for eliciting an answer), you may rephrase questions in your own words, and may use "probes" (further questions to get additional or more detailed information).

Sequencing of questions is also important - it avoids asking irrelevant questions and keeps a given train of thought on subject area in focus. It also ensures that preliminary information necessary to answer a consequent

question is obtained at the right time. As you become familiar with the Schedule, the routes through the Questionnaire will become second nature to you - but need to be learned from experience at the outset.

Occasionally a respondent will clearly mishear or misunderstand a word or question. It should be repeated and if that produces the same misinterpretation, then a rephrasing is permissible, and should be noted down. It is more important to secure equivalence of meaning than exact equivalence of words in this situation.

Sexual behaviour is referred to in different terminology in different cultures, classes, regions etc. The aim is to ensure the subject uses terms he feels at ease with. These may not necessarily be the ones he uses among intimates or friends, but will often be so. Equally, some people only feel at ease with 'formal' or medically-defined terms. For this reason, the respondent's range of terms and the one he prefers to use in the interview are elicited at an early stage. They are then substituted for the formal term throughout the interview. The formal term is enclosed in ~~curly~~ brackets ~~()~~ ([]) in the schedule, and the subject's preferred term is substituted for it. Thus, if the subject prefers 'wank' to 'masturbation' and 'cum' to 'ejaculation' the substitution would be as follows:

Schedule

Have you ever [masturbated] yourself to [ejaculation]?

Spoken as:

"Have you ever wanked yourself and cum?"

Note that slight linguistic changes may be necessary to accommodate argot versions.

Questions dealing with information or knowledge (e.g. what 'Aids' stands for, or the symptoms of ARC) do have "correct answers", and respondents may feel threatened if they realise they do not know the information. Elsewhere in the Schedule, when the ideas, opinions, judgments and perceptions of the respondent are being elicited, it is necessary to insist that there is no correct answer and that their viewpoint is what matters. For knowledge questions, this is not so - though here, too, it is what the person **thinks** that is crucial. If a respondent asks whether he is right, or to be corrected, then this may be done (at the interviewer's discretion) at the end of the interview, but never at the point of eliciting an answer.

(4) Ensure that all the relevant administrative and research forms are completed.

Great care must be taken to obtain the necessary written statements of consent before collecting data, and all interview reports must be completed as soon as possible after the interview, and always before the next interview.

Payment will not be made until the necessary procedures have been satisfactorily completed.

QUESTION SCHEDULE: COMMENTARY

Interviewers need to understand the intended meaning of questions and why particular alternatives in questioning are allowed or proscribed. The experience of other interviewers and of pre-test studies is also an important resource in speeding interviewer training.

In the following section, each question or item is described and commented on. In initial training, the **Schedule** and the **Commentary** should be read in conjunction. As familiarity develops, the commentary will be less necessary and will then function as a reference.

Given inherent problems of translation and back-translation, the English language version is taken as paradigmatic. Interviewers are asked to note where and when respondent's interpretations differ from the "official account".

CORE QUESTION SCHEDULE

SECTION A: SOCIO-DEMOGRAPHIC BACKGROUND

A.1 Sex

A.2 Age

To avoid identification, only the age in years is sought.

A.3 Educational level

This refers to level of schooling attained. 'Higher' covers all forms of Tertiary education (University, College, Polytechnic, etc), including 'part-time' courses, so long as they were for a degree or accredited diploma.

A.4 Place of residence

a) Write down the name of the main town/village (and area if appropriate). If a postal code exists, use this, too.

b) The characteristics of size (number of inhabitants) and/or area type will be encoded by the site/code:

Urban	0
Rural	1
Inner city	2
Suburban	
residential area	3
Other	4
Not known	5

(cf WHO/KAB categorisation)

(c) Additionally, information about distance from the nearest gay scene can be encoded.

A.5 Nationality

(Current 'nationality' refers to the subject's present legal state identity, signified, for example, by passport).

A.5.1 The question on ethnic/linguistic identification uses either the subject's label, or the interviewer's (visual) identification.

A.6 Employment status

This question refers to the respondent's main occupation (in case he has more than one). "Black" (semi-legal) sector jobs are also excluded.

A.7 Occupation(s)

The name used to describe occupation should be as detailed as possible, including **supervisor status** (manager, foreman), and the **industry** involved. It should be written down in full.

Code specifies:

- (i) the ISA occupational code number, and
- (ii) the industrial sector:

- 1) Agriculture
- 2) Industrial
- 3) Construction

Services:

- (4a) wholesale and retail distribution;
- (4b) transport and communication

Other:

- (5a) insurance, real estate, and business;
- (5b) community, social and personal;
- (5c) public administration and finance

A.7.1 Subsidiary occupation (if any)

In case the respondent has more than one occupation the (next) most important one is encoded as 'subsidiary' in the same way as the main occupation. If no subsidiary occupation, encode '0'.

A.8 Marital status

This refers to **heterosexual** marital status. Option (1) includes **Polygamous** (which should be noted if it occurs). Option (2) (cohabitating) is only included in countries where this has legal consequences (e.g. "common law" marriage).

SECTION B: SOCIAL CONTEXT

B.1 Household/living arrangements

Anticipate problems about:

i) definition of household -

eating 'Household' is taken to mean "one or more people sharing shared ~~financial~~ and living arrangements";

ii) duration of period spent co-habiting with a partner (e.g. only at weekends; half with one, half with another). If in doubt, count the living arrangement that holds for the highest fraction of a given/ last month.

Alternatives:

- 1) Alone (or only occasional/sporadic cohabiting partners);
- 2) 'Relatives' (includes aunts/uncles; grand parents; foster parents);
- 3) Family of procreation or heterosexual partnerships (thus including female sexual partners, and also own [or partners] children);
- 4) Male sexual partners (either current, or one-time regular partners);
- 5) Friends (or habitation-mates) of either sex or orientation, which may or may not include sporadic sexual activity.

B.2 Identity

Note that this question gets the subject to label himself. Do not use the terms 'homosexual' etc. before he does. Make sure, too, that any local or slang terms used are put down on the schedule.

B.2.1 Independently of what he calls himself, a term is needed to refer to homosexual behaviour in the rest of the schedule. When you have elicited the term, make sure it is substituted consistently in the rest of the interview.

C.1 Sexual orientation

C.1.1 and C.1.2 The alternatives are based upon Kinsey's behaviour/ feelings distinction, but adopt a 5-point sexual behaviour "mix" category. "Feelings" is specified further to refer to attraction (which may be expressly sexual, and/or emotional). Remind the subject on each occasion what the relevant age period (now/5 years/10 years) is, mention the actual year date, and adapt the tense of the verb appropriately.

C.2 and C.3 Sexual partnerships

The definitions of 'regular' and 'casual' relationships to accompany this question are given on Card C, and should be pointed out (and, if necessary) explained to the subject.

The subject should be asked to give the number of the sentence on the Card C which best describes his current relationship type (male and female).

The definitions on Card C are intended to specify relationships which are:

1. **Monogamous** one (sexually exclusive) relationship ("Closed")
2. **Multiple regular** (more than one relationships, one [at least] of which is regular) ("Open")
3. **No regular** (but occasional or one-off) relationship ("No regular")

The terms in quotation marks are not to be mentioned to the subject, and the term "primary" partner is deliberately avoided.

If the subject is not sexually active, "celibate" may be used.

If the relationship type will not fit any of these categories, it should be categorised under "other" and specified beneath.

Note that the question refers to the pattern of relationships which the subject has as seen from his perspective. Thus, it is quite possible for a subject to define his relationship pattern as "closed", whilst his partner defines it as "open", meaning that the former partner is sexually exclusive to the latter, whilst the latter is not.

C.3 Current sexual partners

C.3.1 Regular partners:

Basic characteristics of sexual partner/s. An example might be:

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
1:	M	33	5	N	3
i.e.	Male	33 years old	5 years duration	HIV AB-	i.e. Only subject has sex with others

C.3.2 Casual partners:

Note that at this point, you only ask how many male and female casual partners there have been in the last month. (The second part [HIV status] is returned to later).

C.4 Sex and Favours

This question is designed to get at 'prostitution' in a delicate way. The words 'prostitute'/'prostitution' etc. should NOT be mentioned to the subject. The question is put in the Kinsey format: "When did you last..." to imply that everyone does. Extreme care is needed in this area, as the subject's self-image is in question. Be sure to assure him of confidentiality, especially if prostitution is an illegal activity.

The term 'favours' is intended to be a 'catch all' phrase and depends on what the subject chooses it to mean (it may include meals, shows etc: make a note where appropriate).

C.4.1.2 Because 'sex workers' often use a condom with clients ('punters') but not with their partners, it is important to ensure that 'these occasions' of C.4.1.2 and C.4.2.2 refer to sex with clients.

C.5 Number of partners

Estimates of numbers of sexual partners are notoriously unreliable unless a definition is given, and information is got of how sure a subject is of his estimate. It is therefore essential to make sure the subject understands what is meant by a "sexual partner" (see definition).

In the time periods, remind the subject of when that period begins (e.g. if in August 1989, "5 years ago" means "since September 1983").

C.6 Sexual Inventory

This forms the most important "core" of the questionnaire. Since it is also the most intrusive and potentially the most embarrassing part, care should be taken to ensure that the subject is at ease, and that he is convinced of the absolute confidentiality of the information.

Equally, he should be persuaded that unless he is prepared to be honest the exercise is pointless. He may also be reminded that at any point he may refuse to answer a question and/or ask for explanations.

C.6.1 Terminology

Before questions on detailed sexual behaviour, it is necessary to establish whether the subject understands each behaviour and what term he prefers in discussing it. Once chosen, his preferred form should be substituted throughout the inventory.

(and C.6.2 (A) Partners version)

C.6.2 The Inventory is a conflation of the San Francisco 'Sexual Activities' Question with Project Sigma (Modified) Inventory of Sexual Activities. The Short Form refers simply to sexual behaviour in the last month, whereas the Partners Version goes on to specify this in terms of the frequency of

occasions by partner (and, implicitly, in terms of the number of partners with whom each act was done, as in the Utrecht schedule).

The format allows for self-completion, but normally it will be read out by the interviewer, as follows:

(SHORT VERSION)

"Have you ever in the last six months masturbated yourself without your ejaculation? (Yes, No, Only once)...; to your ejaculation? (Yes, No, Only once)....."

which in conversational mode (with wank = masturbation and cum = ejaculation), would be:

"Have you ever in the last six months wanked yourself without coming? (Y, N, 1, ...) where you came? (Y, N, 1, ...)"

Make sure the subject understands that the time period is the last full six months, and emphasize it by saying for instance "That is, since the middle of last June" if it is now mid-December.

C.6.3 Enjoyment and Risk of Sexual Activities

Very possibly, respondents will have decided to stop (and/or be attracted to, but never have performed) certain (risky) sexual activities. This question therefore asks him to say how much he enjoyed (or would enjoy or is in principle turned on by) various sexual acts, whether or not he currently does perform (or in the past has performed) them, and assuming that there were no risk of HIV infection.

The questions should be asked in full for each criterion in turn, going through all sexual acts in terms of TURN ON/OFF first, and then returning to the top of Col (2) [RISK] and working through the list again.

C.7 Substances

Drugs. Note that this substance use question refers only to use of drugs or alcohol immediately before sexual activity.

Note also that medically prescribed medicines, and tobacco are **excluded**, but nitrites (poppers) are **included** as a separate type.

Ask the **EVER** and **SIX MONTHS** questions separately, going across the relevant row. Thus, the question begins:

"Have you ever used poppers before sexual activity (Yes/No/Only once)... or after sexual activity...?"

Note that **EVER** uses (Yes/No/Only once) as response categories but **SIX MONTHS** uses the alternatives on Card O.

(a) Last year (12 months)

Indicate place, and also the estimated number of high-risk sex partners (under male and female headings) and of those, partners who were currently residing in that locality (rather than on holiday, or passing through), e.g:

i.e: (i) At home in Paris in May he had high-risk sex with 5 male visitors, and (ii) In his October visit to Los Angeles, he had high-risk sex with 4 men, and 1 woman. Of those 3 men were from Los Angeles, and the woman was a visitor from Spain.

(b) Since 1978

(1978 is used as a convenient earliest date for the appearance of HIV, but this need not be explained to the subject). The format is identical to (a).

Month/yr	Country	town	no of partners		locals ^{***}		visitors ^{***}	
			male	female	male	female	male	female
May	France	Paris (home)	-	-	-	-	5	0
Oct	USA	Los Angeles	4	1	3	0	1	1 (Spain)

Se
c.8

SECTION D: HEALTH AND SOCIAL FACTORS

D.1.1 and D.2 Knowledge: Transmission

The first part is concerned with the time when the subject first heard about Aids (a), and goes on to ask him in an open-ended way what he knows about the transmission of HIV. Take care not to discourage the expression of incorrect beliefs, and get his exact words.

These questions are concerned with strength of the subject's belief/knowledge about (rather than his "agreement" with) the statement. Therefore, a subject may legitimately respond "Don't know".

Note: Strictly, it is not Aids that is transmitted but rather the HI Virus. Conversationally, 'Aids' is easier, but 'HI Virus' may be substituted if a subject makes this point.

D.3 (Symptoms of HIV Infection: in Non-Core section)

D.4 N.B. If the local circumstances permit, D.4 to D.4.2 can be self-administered.

Self-Efficacy Scale

(This is derived from San Francisco ATS, p 38, with minor modifications).

Again, 'Aids virus' and 'HI virus' may be interchanged.

D.4.1 A: Sexual Communication Scale

The ability to talk and to discuss sexual issues with one's sexual partner/s is important in the decision to adopt safe sex. Note that (e) is asked only if subject has engaged in anal intercourse. You should check the subject's answer to C.6.2(c) first, for this and D.4.2.

D.4.2 B: Attitudes towards sex and health

These items have been found to be good discriminators in the adoption of lower-risk practices. In order to emphasize the fact that it is the respondent's view that is important, the words "For me..." should be read out aloud. Note also that:

- (c) does not specify modality ("who does it to whom")
- (d) refers to both insertive and receptive anal intercourse.

D.5 "Safer Sex"

Ensure that you get (and transcribe correctly) the subject's exact wording.

D.5.1 The six principal ways of changing sexual behaviour are combined with various categorical or quantitative modifiers to form the Table. The time-span is "since you have heard of Aids".

Take each column at a time, and insert the relevant entry from Card M for any combination/s which apply.

Usually, only one modifier will apply to each column. Allowance is made for some other way of change (Col. 7), and for some other modifier- e.g. someone could have retained the number of partners, but reduced the number of non-penetrative partners.

~~Others:~~ e.g.

~~NEED TO SEE TABLE~~

1	2	3	4	5	6	7	
						<i>Fellatio</i>	
	¹ Rec Al	² Ins Al	³ Condom	⁴ ajac	⁵ no ajac	⁶ m.m.	⁷ solo m
P1	1	4	3	2	3	6	5
toys							(toys) ³

means that with P1 he has never been anally receptive, has reduced the frequency of anal insertion, started using a condom, stopped fellatio with ejaculation - but began fellatio without ejaculation, increased mutual masturbation, not changed the frequency of solo masturbation, and started using toys.

D.6 Information/Evaluation of sources

It is the sources mentioned by the subject which is important. Do not read out the list or use any probes.

D.7 Integration

Rather than provide a long list of disparate groups, four general headings are used: Commercial Gay (Social); Commercial Gay (sex); Voluntary Gay; Voluntary Non-Gay.

D.8 Sexual Orientation(Identity)

(This question is specific to each site and includes presentation (and elicitation) of terms used to describe same-sex male sexual behaviour and

identity followed by a systematic procedure (e.g. pair comparisons) for comparing them and describing similarities and differences between the terms.

D.9 Networks

Friends:

This question summarises information about the sexual orientation mix of close friends (a fuller version exists in Non-Core). The subject must decide what counts as a "close" friend, but it should exclude (current) sexual partners and would normally (but not necessarily) exclude close family members.

D.9.1 Support

(A fuller version exists in Non-Core).

This question leads on from D.9, and is concerned with the subject's personal problems. It refers to both **friends** and **organisations** (counselling; agencies; gay groups; general advice groups, etc.).

D.9.2 Current HIV sero-status

The purpose is to establish the subject's sero- status at the present time. Usually this will be HIV antibody status (though in some countries it will be surface antigen status as well).

The routing of the question is a little complex, so ensure that the instructions following (a) are followed in detail, and that the information about the Antigen test is obtained where relevant.

D.9.2.2 Hepatitis B test)

[see further details in E.3.1 below]

(i) **Test:** enquire why the test was done, and at whose suggestion or request;

(ii) **Vaccination:** [as in (i)];

(iii) **Result:** it is quite likely that the subject will not know what Hepatitis B tests have been made but will have been told the overall result;

iv) **Table of tests:** having obtained the results of HIV and Hepatitis B tests, if the subject agreed, the Table of Tests is now filled in. The abbreviations are:

HIV: AB antibody
Ag (surface) antigen

Hepatitis B: sAG (surface) antigen
cAB (core) antibody

D.9.2.3 Contact

The distinction between Ab+ and PWA is far from satisfactory, and if the subject wishes to distinguish other identifiable points (e.g. ARC), he may do so.

D.9.2.4 , D.9.2.5 and D.95 HIV status of partners and others

Once again, these may be sensitive and emotionally disturbing questions and care should be taken to convince the subject of the confidentiality of his answers.

SECTION E: BIOMEDICAL

The extent to which this section is used depends on whether the study is carried out in a medical/clinical context or not. If it is purely behavioural, and interviewers are not medically trained, the information sought relates only to data which the subject is likely to know. In any event, interviewers must be informed about (and, if necessary, trained in) the basic clinical and diagnostic background of HIV infection, and must be able to explain relevant technical terms to subjects.

Many of these supplementary questions are based on agreed INAPEN ("International Aids Prospective Epidemiological Network") protocols.

(E.1. Physical Examination: NON-CORE)

Only carried out by a qualified medical practitioner, after obtaining informed consent).

(Diagnostic Examination: NON-CORE)

Preferably carried out by a medical practitioner, but may be conducted under physician's surveillance by medically competent interviewer.

E.2 Past Medical History: Sexually Transmitted Disease (based on INAPEN//II, 88)

The patient is assumed to know which (if any) of these diseases he has had. In any event, mention each infection by name, and explain the symptoms or name if necessary.

n.b. NGU:	Non-gonococcal Urethritis
NSU:	Non-specific urethritis (inflammation of urether)
Pediculosis Pubis:	Infestation of the pubic region with lice or "crabs".

E.3 HIV Status

(Note that this in part duplicates D.9.2, but asks for history of tests).

Although only tests for the presence of **antibodies** against HI Virus are in common use (e.g. ELISA, IFA, RIPA, WB), HIV **antigen** tests are now becoming available.

Col. (iii)	Enter P (positive) N (negative) DK (subject does not know result)
------------	---

for the Ab (and Ag) results

Col. (iv)	Enter Name of test/s/performed, if known.
-----------	---

Ab test	ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent assay) IFA (Immuno-fluorescent assay) RIPA (Radio-immune-precipitation assay) WB (Western immunoblot)
---------	---

E.3.1 Hepatitis infection

Hepatitis B is fairly common among gay men, and is frequently tested for at the same time as HIV. The same comments apply here as for E.2, except that tests for Hepatitis B antigens is commonplace.

If the subject knows, he should distinguish between surface, core and "e" antigen (sAg; cAg and eAg).

E.3.2 Quite possibly, those known to be at risk of infection will have already received the Hep. B vaccine, and may have been offered Hep. B Immunoglobulin. This question follows up the matter.

E.4 Prodromal symptoms of HIV infection

In the absence of direct medical guidance, the interviewer should be careful in obtaining the information not to cause (or aggravate) anxiety. Since most prodromal symptoms are in themselves similar to those of everyday illnesses, it is important to emphasize that most refer to **persistent** conditions. Guidelines often given to ensure correct information include the following:

emphasize that the symptoms must be **prolonged** (persistent - say over a period of three months or more) and unexplained by any other condition.

In an **initial** survey, the time period should be "in the last five years". In a prospective study, the period should be that since the last interview.

E.5 Current clinical status and hospitalization

- | | |
|--------------|---|
| Question E.4 | filters out these HIV Ab-, healthy, never hospitalized; |
| E.5.1 | filters out those never hospitalized, leaving |
| E.5.2 | those having had hospitalization. |

Be sure to obtain the name and city of the hospital(s), and the (subject's account of) the reasons for admission.

Doc: GUIDE1
Disk: No. 60
Date: 6.12.89

Working Draft
December 1989

GUIDELINES FOR QUALITATIVE RESEARCH
ON
SEXUAL BEHAVIOUR AND LIFESTYLE CHANGES
OF
GAY AND BISEXUAL MEN

Global Programme on AIDS
WORLD HEALTH ORGANIZATION

**PROVISOIRE
NE PAS DIFFUSER**

**DRAFT
MUST NOT
BE DISTRIBUTED**

ACKNOWLEDGEMENTS

This document was prepared by Dr. Richard G. Parker of the State University of Rio de Janeiro, Brazil, in collaboration with Dr. Dennis Altman of La Trobe University, Australia, and Dr. Manuel Carballo of the WHO/GPA/SBR. Additional comments and suggestions were provided by Prof. A.P.M. Coxon of Essex University in the United Kingdom and Prof. Dr. Rob A.P. Teijlman of the University of Utrecht in The Netherlands.

CONTENTS

	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION.....	1
2. CONCEPTUAL FRAMEWORK.....	3
2.1 The Emergence of a Homosexual Identity	
2.2 The Construction of Gay Communities	
2.3 Homosexuality in the Non-Western World	
3. AREAS OF INVESTIGATION.....	10
3.1 The Social Context of Sexual Conduct	
3.1.1 Sexual Identities	
3.1.2 Sexual Communities	
3.1.3 Sexual Language	
3.2 Documenting Sexual Practice	
3.2.1 Sexual Geography	
3.2.2 Partner Relations	
3.2.3 Sexual Practices	
3.3 Interpreting Behavioural Change	
3.3.1 Health Beliefs and Practices	
3.3.2 HIV/AIDS Explanatory Systems	
3.3.3 Social Support	

CONTENTS (continued)

	<u>Page</u>
4. RESEARCH DESIGN.....	29
4.1 Integration of Research Methods	
4.2 Qualitative Methods	
4.2.1 Use of Secondary Sources	
4.2.2 Ethnographic Observation	
4.2.3 Focus Group Discussions	
4.2.4 Indepth Interviews	
4.2.5 Sexual Diaries	
4.2.6 Linguistic Analysis	
4.2.7 Recording Data	
4.3 Selection and Training of Researchers	
5. ETHICAL GUIDELINES.....	45
6. DATA ANALYSIS.....	47
7. DISSEMINATION OF FINDINGS.....	48
APPENDIX: Selected Bibliography	

1. INTRODUCTION

In many parts of the world, the transmission of HIV through sexual contact between men has been a central feature of the emerging AIDS pandemic. Indeed, in a significant number of countries, homosexual and bisexual behaviours have constituted the single most prevalent mode of HIV transmission. At the same time, however, in at least some major urban centers, particularly in parts of Western Europe and North America, it would appear that widespread behavioural changes on the part of gay men have resulted in significant reductions in rates of HIV transmission. Yet little is actually known about the cross-cultural dimensions of same-sex sexual behaviour, or about the factors that in certain settings might shape or influence behavioural change as a response to the perceived risks of HIV infection. The urgent need for social and behavioural research on these issues has therefore been recognized as an important priority in seeking to develop a fuller understanding of, and a more effective response to, the international AIDS pandemic.

With these goals in mind, the Social and Behavioural Research Unit of the World Health Organization's Global Programme on AIDS (WHO/GPA/SBR) has focused on gay and bisexual behaviour and behavioural change as a primary area for research attention. In order to gather data that can be used to better understand the spread of HIV, and to design and implement more effective intervention programs in response to HIV infection and AIDS, a research protocol and a survey instrument for the cross-cultural investigation of homosexual and bisexual behaviours and AIDS-related knowledge, attitudes, beliefs, and practices among gay and bisexual men have been elaborated and tested at a number of different collaborating research centers. Survey research on homosexual and bisexual behaviours has been seen as especially important because of the urgent need for baseline data on an area of human behaviour that has previously received little cross-cultural research attention.

At the same time, however, in elaborating a protocol for behavioural research in this area, attention has also been directed to the importance of qualitative research as a necessary complement to quantitative survey

data. The careful design and implementation of qualitative studies, in conjunction with survey research, can potentially supplement survey data by documenting aspects of behaviour that may well escape the self-reported information elicited through survey instruments. In addition, while survey instruments can serve as useful tools that are well-suited to the difficult task of maintaining consistency in cross-cultural comparisons, by their very nature, they are necessarily limited in their ability to contextualize or situate research findings, and a special focus has thus emerged on the need to gather qualitative data that will facilitate the cross-cultural analysis and interpretation of quantitative survey data.

These considerations clearly take on a special urgency in turning to the central goal of translating research findings into effective interventions. Even though qualitative research methods may be less easily systematized and qualitative data less readily comparable than is the case with survey research, questions of context and meaning are nonetheless central in thinking about the design and implementation of interventions for AIDS health promotion, and the protocol that has been elaborated for research on gay and bisexual behaviour and behavioural change has thus placed central emphasis on the importance of integrating quantitative research with a range of qualitative methodologies. Ethnographic observation and description, focus group discussions, indepth interviews, and the analysis of a range of secondary sources can all play an important role in both broadening and deepening the data gathered through survey research, as well as in moving from the description of sexual behaviour and AIDS-related knowledge, attitudes, beliefs and practices among gay and bisexual men to the kind of explanatory analysis that will ultimately be necessary in order to translate social and behavioral research findings into culturally sensitive and psychologically meaningful interventions.

As an extension of the basic research protocol for the WHO/GPA/SBR study of gay and bisexual behaviour, this document has been prepared for

use on the part of collaborating researchers. Precisely because the exact nature and purpose of qualitative studies is sometimes thought to be more obscure than the apparently more direct approach developed in survey research, a discussion of the basic conceptual framework underlying qualitative research in this area has been included. Special attention has also been given to outlining the domains or areas of investigation that are especially pertinent in designing qualitative studies of sexual behaviour and lifestyle changes among gay and bisexual men. Following this discussion of the basic conceptual framework and the principal areas of qualitative investigation, a summary of the major research methods and sources of information that might be integrated with survey data collection has been included. Finally, ethical guidelines for qualitative work with gay and bisexual men, a general strategy for data analysis, and the dissemination of research findings are all briefly discussed. Taken as a whole, this document thus seeks to develop a set of conceptual and methodological guidelines that will facilitate the integration of quantitative and qualitative research on gay and bisexual behaviour and behavioural change in relation to HIV infection and AIDS.

2. CONCEPTUAL FRAMEWORK

Over the past two decades, a certain concept of gay identity and community has become dominant in most western societies, and has significantly influenced the ways in which AIDS has been conceptualized, confronted, and responded to in these societies. Growing out of the social, political, and cultural upheavals of the 1960s, homosexuals in most western countries increasingly demanded recognition as a minority group, posing their situation as essentially equivalent to other oppressed groups as against traditional views that had seen homosexuality as an illness, a crime or a sickness, or some combination of these.

The development of this sense of homosexual community, while having precursors during the past century, is largely a product of the past two

decades, and has strongly influenced the course of the AIDS epidemic in the United States, the countries of Western Europe, and Australasia. The existence of considerable networks allowing for numerous sexual partners undoubtedly facilitated the original spread of HIV through homosexual intercourse in these countries. Similarly, the existence of these networks made possible a relatively rapid response to the threat of HIV infection, and, in a number of areas, has meant effective, community-based programs of prevention and care. It is largely due to these programs that the spread of HIV appears to have slowed dramatically in the gay communities of a number of western countries.

The absence of a recognized or self-conscious gay community with its own institutions and organizations does not mean, however, that either homosexual activity, or even some concept of identity based upon this activity, is not present in a given society. Indeed, historical and anthropological evidence suggests that homosexual activity of some sort probably exists in all human societies. The development of certain concepts of identity based upon that behaviour, however, is culturally specific, seems largely confined to the North Atlantic world, and has been the subject of considerable scholarly debate in recent years. The extent to which such concepts are relevant outside the industrialized, western world is thus perhaps the central question to be asked in engaging upon research in the rest of the world. Conversely, the limitations of this model of gay identity and community when confronted with the cross-cultural diversity of homosexual behaviours and lifestyles may well make this question no less central even in the west itself, and the spread of HIV infection among some populations would seem to suggest that even in the west the reality of homosexual and bisexual identities and communities may be far more diverse and varied than is commonly recognized.

2.1 The Emergence of a Homosexual Identity

In western societies, since the establishment of a Christian hegemony in matters of morality, homosexuality has been severely disapproved. But

homosexuality was defined largely as an act, much like adultery or incest, and not as a characteristic that formed part of the essential definition of an individual. Thus, although Shakespeare quite possibly experienced homosexual emotions and activities; he was not, in modern terms, however, "a homosexual."

By the early eighteenth century, there is evidence that some men in a few European cities - certainly London, Amsterdam, and Paris - who sought sex with other men had come to define themselves on the basis of these sexual practices (often using the term, "sodomite") and to form social networks at least in part around this shared sense of identity. This conception became more widespread in the nineteenth century, which saw the birth of sexology and, in 1869, the coining of the term "homosexual" to define this new identity.

The late nineteenth century saw the beginning of a debate between those who saw homosexuality as innate, and clearly limited to a discrete minority (the "Third Sex," to use Ulrichs' terms), and those (such as Freud) who believed that homosexuality was part of the total human sexual potential. Whatever the merits of such arguments, by the late nineteenth century there existed men in most major western cities who believed themselves in some ways different because of their homosexuality--and who began expressing this sense of difference through their social and cultural networks.

At the same time (and despite calls for tolerance by sexologists such as Freud, Havelock Ellis, and Magnus Hirschfeld), the conceptualization of "the homosexual" led to increased hostility and discrimination, symbolized by the passing of modern laws against homosexuality, most notably in Britain and Germany, making all forms of homosexual activity a criminal offense. The coincidence of greater repression and the beginnings of a sense of identity - linked together in a Foucauldian circle in which naming something is the first step in its repression - provided the basis for a homosexual movement, which first emerged in Germany at the beginning

of this century. By the 1920s, Germany (and above all, Berlin) had, for example, a highly developed homosexual community, and an active homosexual movement.

In other western countries, it took the dislocations of World War II to produce a homosexual movement of any consequence. Homosexual organizations were formed in France, Switzerland, Denmark, the Netherlands, and the United States shortly after the war. But the widespread assertion of homosexuality as the basis for both individual and communal identity stems from the end of the 1960s, when the social, cultural, and political upheavals of the period provided both space and inspiration for the birth of the modern gay and lesbian movement. The growth of this new assertion may have been linked, in turn, to changes in the nature of modern capitalism, where the increasing commodification of sex meant the possibility for a vast expansion of a commercial gay world, providing opportunities for growing numbers of venues for both social encounters and sex on the spot between men.

2.2 The Construction of Gay Communities

A combination of economic, cultural, and political factors during the post-World War II years allowed for the specific emergence of the modern concept of homosexual or gay identity. A combination of economic development and the development of a secular culture allowed men to break with social expectations of how they should live, and to create sufficient "space" for an identity which did not fit easily into traditional concepts and forms of family and social organization. Homosexual behavior, in many societies, actually coexists with marriage and traditional family ties, and at the same time benefits from considerable segregation along gender lines. A homosexual identity, on the other hand, seems to take shape only within certain social and historical circumstances. Urbanization, sufficient affluence to live outside the traditional family home, literacy and access to modern communications all played an important part in the growth of homosexual

worlds, which emerged, for example, in urban centres such as Berlin, Paris, Amsterdam, New York, and San Francisco.

Religious, political and legal constraints are also important in shaping the development of homosexual identities. A homosexual world could develop in those countries where the political culture came to allow diversity and no longer enforced the repression demanded by traditional morality. The virtual disappearance of censorship in the western world during the 1960s made possible the emergence of a gay press, which in many countries has been a central institution in the growth of the gay community. Gay movements are strongest where they can identify with certain political traditions of the larger society, such as the pluralism and recognition of diverse social groups found in the United States or the Netherlands.

A community, as we are using the term here, does not merely refer to a shared sense of identity, but also to institutional structures which allow this identity to take on a collective persona. One can speak of gay communities in cities such as Los Angeles, London, Toronto, Sydney, or Zurich because there are organizations - social, cultural, religious, commercial, political - which provide ways of organizing people and representing them. Since the early 1970s, gay organizations in most western countries have developed pressure groups to articulate political demands and to fight discrimination. In a number of countries, the gay vote has come to play a role in local, and even occasionally national, politics.

2.3 Homosexuality in the Non-Western World

In most non-western countries, homosexuality exists within a framework which sees heterosexuality, marriage and the extended family as not just the norm, but as an inevitable and inescapable part of life. Linked to this framework, one finds a high degree of rigidity in terms of gender expectations, and, often correlated with this, an almost absolute

gender segregation. Just as the older homosexual worlds of the west tended to assume that being homosexual meant wanting to be a member of the opposite sex, so in countries such as Brazil, Thailand, and India the distinction between being "active" or "passive" often becomes the basis for a specific identity that is more significant than being "homosexual." In some societies, certain forms of ritualized transvestism have provided the only way for men to avoid traditional gender roles and sexual patterns (just as the church offered the possibility in earlier European history). The emergence of a gay identity is thus necessarily part of a far wider questioning of traditional assumptions about human life, and is often seen in non-western societies principally as an example of the impact of the western world.

In some ways, the emergence of homosexual identities and communities may be an almost inevitable development of modernization. Urbanization, greater affluence, and global communications systems all play their part in producing an international gay style, which has its adherents in many non-western countries. Yet we need beware too glib an assumption of historical inevitability: culture, religion, and politics also play crucial roles in the ways in which meanings and identities are constructed out of and in relation to sexual behaviour, and the ways in which different societies and cultures respond to similar historical processes can be highly diverse.

It is important to remember that contrasts between the gay worlds of the west and the structure of homosexual relations in many non-western societies are not absolute - that there exists, in many societies, a kind of gradation that is in fact of central importance in seeking to understand homosexual behaviour cross-culturally. Even in the west, there are many men who have homosexual contacts but would strenuously deny any form of homosexual identity. There may be more in common between the educated, middle class gays of San Francisco, Bangkok, and Rio de Janeiro than any of them have with the non-gay identified homosexuals (often poor and from the underclass) of their own countries.

One of the crucial differences between different countries is that of politics; if there is only a very weak gay movement in some nations, this may be a reflection more of the weakness of civic society in these states than of features unique to the organization of sexuality. The development of a gay identity and community happens most easily where traditional structures are weakest. It also requires a certain degree of political and religious pluralism to provide the space within which it can develop. Economic pluralism is probably also required, given the importance of gay bars, bookshops, and newspapers in the development of institutional networks. Like other communities, the gay community flourishes once it is accorded a certain degree of legitimacy and recognition. If a gay world of the sort associated with the large cities of western societies so far remains largely confined to these centers, it is also true that one finds embryonic gay communities and identities in most non-western countries. Greater social, cultural, and political freedom in a number of countries can lead to the very rapid emergence of recognizable community groups and movements.

Ultimately, these similarities and differences should underline the extent to which a cross-cultural analysis of homosexual and bisexual behaviour must strike a balance between a search for general patterns or tendencies, on the one hand, and respect for cultural particularities and differences, on the other. It is here that the importance of qualitative research, carried out in conjunction with survey research on gay and bisexual behaviours and behaviour changes in the face of HIV and AIDS, can play an especially important role. Qualitative data on the social and cultural context of same-sex behaviours in different social settings can offer the kinds of insights that will be necessary in seeking to situate and interpret survey data within a cross-cultural perspective.

3. AREAS OF INVESTIGATION

Recognizing the central importance of qualitative research in documenting cross-cultural similarities and differences that make possible a complete, fully contextualized analysis of survey data on gay and bisexual behaviour and behavioural change in different research sites, it is important to develop research strategies that ensure a high degree of comparability in the kinds of data collected. With this goal in mind, the following section outlines a set of topics or areas for qualitative investigation that, if examined with care in all collaborating research sites, offers a necessary framework for interpreting survey data cross-culturally. In light of the most basic concerns of this research, three major areas can be identified that must be given central attention: (1) the social context of sexual conduct; (2) the documentation of sexual practice; and (3) the interpretation of behavioural change.

Each of these major areas can be further subdivided in order to more carefully delineate key issues for investigation. The social context of gay and bisexual conduct, for example, can be more fully understood by examining the construction of sexual identities, the shape of sexual communities, and the different forms of sexual language that exist in any given research site. The task of documenting homosexual and bisexual practices can be furthered by focusing on mapping out what might be described as the sexual geography of the area in question (for example, the territories within a particular urban area that serve as a focus for same-sex sexual interactions), by examining the nature of partner relations within this research setting, and by focusing on sexual practices themselves (whether through indepth interviewing or, in the case of sexual behaviour in public settings, for example, through direct ethnographic observation). Finally, interpreting behavioural change can be furthered through the examination of already existing health beliefs and practices within the gay community or homosexual subculture, through an examination of the explanatory systems that have been built up around HIV and AIDS, as well as through an analysis of the systems of social

support that provide (or, in some cases, fail to provide) a context in which risk reducing behavioural change becomes possible.

In the following section, all of these different domains or areas for investigation are discussed. The discussion is not intended to be exhaustive, and does not cover all of the nuances that might be worth exploring in any given research site. It is intended principally as an outline that can be used by local researchers in developing a plan for the qualitative investigation of gay and bisexual behaviours and behavioural change. The use of this outline will help to ensure that similar research questions are addressed in different sites, and will thus ultimately contribute to a high degree of cross-cultural comparability in research findings.

3.1 The Social Context of Sexual Conduct

Perhaps the single most important area in which qualitative findings will be crucial in order to fully interpret and understand data collected through the survey instrument is what can be described as the social context of sexual conduct. As has already been noted in discussing the basic conceptual framework for qualitative research on gay and bisexual behaviour and behavioural change, the extensive historical and cross-cultural diversity of homosexual experience must be taken into account in seeking to analyze cross-cultural differences both in the ways in which same-sex sexual relations take shape across cultures as well as the ways in which men who have sex with men in different societies have responded behaviourally to HIV infection and AIDS. If it is to provide a framework for the interpretation of survey data, qualitative research on the context or background of gay and bisexual behaviour and behavioural change will need to examine this diversity while at the same time examining cross-cultural similarities. In order to meet this dual goal, research on the social context of sexual conduct in different sites should focus on a number of key issues that provide a basis for comparative analysis: the structure and construction of sexual identities, the nature of sexual

communities or subcultures, and the linguistic forms and usages that ultimately mark out both identity and community.

3.1.1 Sexual Identities

Sexual identity is a key issue that must be addressed before turning to any other question. It is the issue that most clearly differentiates the notion of homosexuality developed in the contemporary western world from the organization of same-sex sexual relations in any number of other societal contexts. A key distinction must thus be made between identity and behaviour. The fact that a given behavioural pattern will not necessarily translate into the construction of a sense of sexual identity must be taken as a basic tenet of research in this area. Qualitative research must focus on examining in precisely what ways sexual behaviours and sexual identities are in fact linked, and researchers must be prepared to examine a relatively high degree of diversity in at least some research settings.

To draw on just one relatively well-known example in this area that has already been cited above, in many contexts, same-sex object choice is less important in the constitution of sexual identity than is what might be described as gender role in sexual practice. In the Latin world, many parts of Asia, and even among some segments of the population in many western nations, perceptions of activity or passivity in both gender roles and sexual behaviour are central to the formation of identities, and a sense of homosexual identity based on the biological sex of one's partners may be relatively limited. In such contexts, for example, the active or inserting role in same-sex as well as opposite sex interactions may actually be relatively unproblematic, and may translate into a high degree of bisexual behaviour without necessarily being transformed into a distinct bisexual identity.

Even in settings where traditional notions of sexual identity are highly distinct, the processes of urbanization and modernization, the

influence of a gay identity as a powerful way of organizing sexual experience has often had an impact even where it has not become dominant. At least in some settings, an emerging sense of homosexual or gay identity may come to exist side by side with more traditional identities. In the complex world of the city, a range of highly diverse identities may take shape - one study of male prostitution carried out in Sao Paulo, Brazil, for example, found more than fifty distinct sexual classifications used within the subculture of men who have sex with men in order to describe and distinguish different same-sex sexual identities.

In order to contextualize and interpret survey data cross-culturally, then, the question of sexual identity, and its relation to specific forms of sexual behaviour or practice, is clearly central. Qualitative investigation should therefore seek to document the range of distinct identity types that exist in different research sites. By extension, research should also focus on the degree to which these various identities may be linked to the formation of distinct communities, as understanding the relationship between identity and community will be centrally important to interpreting the context of social support that can be drawn on in different settings in order to achieve risk reducing behavioural change in the face of HIV infection and AIDS.

3.1.2 Sexual Communities

As has already been suggested in the discussion of homosexuality in the western world, the extent to which a shared sense of homosexual identity has given rise to a distinct homosexual community clearly varies both from one historical period to another as well as cross-culturally. As has already been discussed, the gay community that has taken shape in a number of western countries is very much the product of a specific set of historical circumstances. Even in very different social and cultural settings, however, where neither a gay identity nor a gay community is clearly present, but where same-sex sexual practices are nonetheless a part of contemporary sexual life, it is normally possible to find distinct

social networks that have formed among men who have sex with other men. Even where these networks have not developed to the point of forming an identifiable community with its own social, cultural, political and economic institutions, they may very well have come to constitute a kind of hidden or semi-hidden subculture with its own norms and values and its own canons of local knowledge.

It is within these social settings, however they may be defined, that the structure and meaning of homosexual behaviours most clearly begin to take shape for the men involved in them, and that the norms and values that may influence behavioural change in response to HIV infection and AIDS are most clearly evident. In seeking to interpret the wider social context of same-sex sexual conduct cross-culturally, an understanding of the similarities and differences in the structure and organization of gay communities and subcultures is therefore as important as the question of sexual identity itself. It is a key area for qualitative investigation in conjunction with survey research.

In developing an interpretation of these issues, it is especially important to examine the diverse community structures that may be present in different research sites. Even in settings where there is a very clearly defined gay community, researchers should investigate the extent to which other homosexual subcommunities or subcultures may exist alongside this larger community, or perhaps even within it. While the gay community as a whole may offer one important context for interpreting same-sex behaviours and behavioural change, rather different issues may emerge as one begins to examine different subcultures within this community--the world of male prostitution, the men who frequent leather bars or share an interest in sadomasochism, networks of married, bisexual men, and so forth. In other social settings, where a gay community is less identifiable, there may be other sexual communities directly linked to same-sex practices: transvestite prostitutes in many Latin countries, for example, or networks of men who perceive themselves to be linked by virtue of their effeminacy and their apparent passivity in anal

intercourse. The main point is that multiple communities and subcultures related, in one way or another, to same-sex sexual behaviours and identities will very likely be present in any given research site. Researchers should seek to look past the most obvious or expected structures in attempting to uncover the full range of structures and contexts in which homosexual behaviours acquire collective meaning.

These diverse communities and subcultures provide a social context that must be understood in order to interpret cross-cultural similarities and differences in gay and bisexual behaviour and behavioural change. Special attention should be given to this context precisely because of the importance that has been placed on "snowballing" or "networking" as a research tool in reaching individuals practicing covert behaviours. Understanding the survey sampling procedure itself and interpreting the problems associated with sample procedures of this kind will necessarily demand careful attention to the character of diverse communities and subcultures present in different research sites.

3.1.3 Sexual Language

Understanding the construction of sexual identities and sexual communities can be facilitated by focusing on sexual language. It is important to underline the role that language and linguistic analysis can have in research on the social context of sexual conduct. Language is often extremely important in marking out cultural domains and categories which are distinct in one society but not in another. The linguistic classification of distinct identities and communities can thus offer important insights into the world of same-sex experiences in different research sites. Whether in the gay communities of the west, or the different sexual subcultures of any number of other societies, language plays a key role in expressing basic features of sexual ideology, and should thus serve as a key focus for research attention.

The importance of language has already been recognized in the design of the questionnaire developed for this study. It places central emphasis on eliciting the terms and expressions that informants themselves use in discussing sexual experience. An important distinction can be made between formal language and informal language - particularly the use of sexual slang. Just as linguistic categories serve as markers for distinct sexual identities or communities, linguistic forms such as sexual slang can also offer important insight into specific sexual behaviours and the ways in which both individuals and communities conceptualize sexual behaviour. Just as important, sexual language will also encode the various conceptions of sexual desire, sexual excitement or arousal, and sexual pleasure that may exist in any given community. Linguistic analysis can thus offer insight into what might be described as the erotic ideology and practice of the community or subculture, and may ultimately be centrally important not only in understanding the context of sexual behaviour in the present, but also in thinking about how to develop more effective educational and informational interventions in the future.

It is important to remember that language exists in a complicated relation with both culture and behavior. The lack of a linguistic coding for a particular practice does not mean that it is empirically absent in any given setting. But analyzing those codes that do exist is one way of understanding what concepts or categories are present provides fundamental insight into the value system of the community. Understanding the categories that define the sexual landscape is thus essential to the task of studying the most basic factors of gay and bisexual experience. Given the overwhelming importance of language, it is essential that linguistic analysis be part of the research plan. If research is not conducted by members of the community, it must be conducted in the local or indigenous language.

3.2 Documenting Sexual Practice

Just as qualitative research can play a key role in situating survey data within a wider social and cultural context, it can also offer a set of additional tools that can be used in documenting sexual behaviour itself. By its very nature, the questionnaire will provide self-reported accounts of specific behaviours. But it will be limited in its ability to collect more indepth data on the meaning that these behaviours hold, and will be unable to account for those behaviours that respondents are unwilling to acknowledge or report. Qualitative investigation, on the contrary, can offer key insights in each of these areas. Focusing on what can be described as the sexual geography of the research setting, on the social and cultural definition and constitution of partner relations, and on the structure of sexual practices themselves, qualitative investigation can both supplement survey data while at the same time providing a crucially important framework for the interpretation and analysis of survey findings.

3.2.1 Sexual Geography

In all social settings, and particularly in large metropolitan or urban areas, there exists a complex sexual geography as well as a high degree of local knowledge about the nature of this special terrain. Certain areas of the city, for example, may be given over to various forms of female prostitution. Others may be a focus for the sexual interactions of young heterosexual couples. And so on. Wherever a gay community or homosexual subculture can be found, it too will carve out its own territories within this wider geography. The men who engage in sexual interactions with other men in this community will be able to offer a significant amount of information about these geographic particularities. Wherever research on gay and bisexual behaviour and behavioural change is conducted, then, special attention should be given to collecting data on the local sexual geography. This data, in turn, will serve both as a way of orienting or guiding investigation and observation within the

community, as well as yet another source of information on the wider social and cultural context of same-sex interactions.

In examining the sexual geography of the gay community or subculture, attention should be given to the specialized function of different "spaces" or "territories," as well as the social and cultural factors that may shape these spatial divisions. Certain areas may serve, for example, as a focus for male prostitution, for cruising or making contact that will later lead to sexual interactions in private, or even for immediate sexual contact in public. In all of these diverse areas, a range of different socio-cultural factors come into play. The territories given over to male prostitution may differ along the lines of class or age, for example. Some areas may be worked by hustlers from the lower class or a younger age group, while others are worked by older men with a higher socio-economic background. Cruising areas may be highly specialized along similar lines. Regardless of the specific territory that is in question, then, research attention should focus on documenting its particular characteristics and situating it within an analytic framework that will make it possible to understand the link between sexual geography, on the one hand, and the wider context of same-sex interactions on the other.

Given the widespread attention that has been directed to sexual interactions in public places since the emergence of AIDS, qualitative research in this area should clearly be included as part of the research design for the study of gay and bisexual behaviour and behavioural change. Depending upon the particular site in question, sexual interactions in saunas or baths, in public restrooms, movie theatres, pornographic bookstores or movie arcades, parks, beaches, and the like, might all serve as a focus for research. Precisely because AIDS has often been used as an excuse or legitimation for increased regulation of such activities on the part of local authorities, attention should be given to the extent to which the sexual interactions taking place involve risk related behaviours, as well as the extent to which externally imposed regulatory measures can in fact function to reduce the incidence of high

risk sexual contact. While high risk practices may be part of public sexual interactions between men in some settings, they may not in others, and research attention in this area may be able to offer a deeper understanding of the various factors that structure behavioural differences in diverse settings. A fuller understanding of such complex diversity, in turn, may ultimately contribute to the planning of more effective strategies for health promotion within the gay community itself, as an alternative to the kinds of repressive measures that have sometimes been imposed (with questionable results) from outside the community.

3.2.2 Partner Relations

In examining the diversity of sexual geography in different research sites, as well as the incidence of "impersonal" sexual interactions, researchers should not lose sight of the importance of situating sexual conduct within a fuller understanding of partner relations within the gay community or homosexual subculture. Research on same-sex sexual behaviour has all too often focused on sexual acts while failing to investigate the relational context of such interactions. Even when partner relations have been discussed, attention has tended to focus on casual partner relations while largely ignoring the often complex ways in which partnerships and ongoing sexual relationships between men are constituted in different social and cultural settings. As in the case of sexual geography, then, the investigation of partner relations between men, in all of their complexity, will simultaneously add to a fuller understanding of the social context of sexual conduct while pointing toward structures of social support that can contribute to the development of risk reducing behavioural changes.

In order to complement survey data as effectively as possible, special emphasis should be given to investigating local understandings of regular as opposed to casual partner relations. In developing a survey instrument for cross-cultural use, arbitrary definitions of casual and regular partner relations have necessarily been elaborated. Qualitative

research can add to survey data, however, by gathering further data concerning the ways in which such notions are elaborated in different research sites - as well as the ways in which they are linked to the wider context of identity and community. It may be the case, for example, that ongoing partner relations are incompatible with situations in which there exists little in the way of an organized gay community to legitimize such relationships. It may prove, on the other hand, that even in highly traditional social settings, where no clearly defined gay community can be found, social institutions (such as male friendship) may exist that actually provide a space for such relations without consciously articulating their sexual nature.

Once again, then, research in this area, as in others that have already been mentioned, should seek to develop an empirical understanding of the nature and dynamics of partner relations among gay and bisexual men rather than accepting preconceived notions of what such relations entail. Like a full understanding of sexual geography and the dynamics of relatively impersonal or casual interactions, examining the diverse structures of same-sex partnerships and ongoing partner relations will provide a necessary context for the interpretation of sexual practices themselves. While they may have received less research attention, such relations in fact offer among the most fundamental settings or situations in which particular sexual acts become meaningful for their participants, and the question of meaning, in turn, may lie at the heart of what we most desperately need to know about sexual life in order to design and implement health promotion strategies that will succeed in bringing about risk reducing behavioural change.

3.2.3 Sexual Practices

Many of these same points must be restated once again in turning from sexual geography and partner relations to sexual practice itself. While the survey instrument will offer extensive and detailed data on sexual behaviours, it is nonetheless important to include sexual practice as a

key area for qualitative investigation as well. Qualitative research can offer additional data in at least two different ways. On the one hand, qualitative researchers may be able to supplement survey data through direct observation of sexual behaviours (for instance, in public places such as parks or restrooms) that, because of a growing perception of risk, at least some informants might be reluctant to report. On the other hand, by its very nature, qualitative research may be able to offer a deeper understanding of the behaviour that is reported in the gay and bisexual behaviour survey - its psychological roots, its erotic meaning, and so on.

As has already been indicated, careful attention to the sexual geography of same-sex interactions in different research sites will identify the public spaces where sex between men occurs, and will make possible detailed observation. Even an initial investigation is likely to show that such spaces are highly diverse, and that the kinds of sexual behaviours that take place there are also diverse. Understanding the reasons for such variety may be difficult, however, and should be an important focus for qualitative research in this area.

Once again, attention should be given to the interface between sexual ideology and sexual behaviour. This interaction may be highly complex. In some settings where a distinction between active and passive roles is especially important, for example, sexual practices may be developed exclusively along these lines. In other settings, even where the difference between active and passive is emphasized just as strongly, behaviour may not in fact conform to culturally idealized patterns, and a significant degree of role reversal or exchange may in fact be observable in actual sexual practice. To take another example, the characteristics of the sexual partner choice may also be highly regulated by any number of social norms--not only the gender role, but also the age, the class, the ethnicity or race of the sexual partners may all be prescribed or proscribed in a variety of ways. In actual practice, however, the transgression of these rules may occur with amazing regularity, and may even be part of a system of erotic meanings that articulates such transgressions as part of

exciting sexual interactions. The key point here is that the documentation of sexual practices through a number of different research methods will offer an important complement to the self-reported behavioural data collected through the survey instrument, and may even offer important insights that would not have been possible through the survey alone.

It is important to stress once again the extent to which qualitative research can supplement survey data by focusing on the meaningful context within which sexual practices take place. While the gay and bisexual behaviour survey can gather information about the frequency of particular, self-reported sexual acts, by its very nature it will offer less insight into the reasons why individuals engage in these acts. In conjunction with the survey data, qualitative research can seek to address a whole range of issues related to the erotic meaning of such sexual practices: what makes such practices sexually satisfying, what constitutes their erotic value, how they are invested with psychological significance, and so on. Nuanced understandings of the meanings associated with such behaviors, like a fuller understanding of the criteria for the selection of sexual partners, notions of desire and pleasure, and similar concepts, can provide a background for the data collected in survey research that will ultimately be essential to the task of developing effective intervention and education materials, and that should therefore be included as an important part of the research design for the qualitative study of sexual practices.

3.3 Interpreting Behavioural Change

There will clearly be cross-cultural differences in the degree to which gay and bisexual men will have made behavioural and lifestyle changes in response to the perceived risks of HIV infection and AIDS, and survey research in different sites will play a crucial role in documenting these differences. When developed in conjunction with survey data, qualitative studies can play an equally important role in seeking to

interpret and understand the nature of these changes and the forces that have shaped them. Understanding the social and cultural context of same-sex sexual interactions, the construction of sexual identities, communities, and the like, will offer an initial step in this direction. Examining the sexual geography of the community, the structure of partner relations, and the organization of sexual practices will offer yet another framework that will aid in the interpretation of behavioural change. Finally, by focusing on a set of issues such as the wider structure of health beliefs and practices within the community, the explanatory systems that have been elaborated in response to HIV and AIDS, and the structures or systems of social support that can be drawn on in order to reduce risk-related behaviours, qualitative research can provide the necessary background for a fuller interpretation of the forces that have shaped risk reducing behavioural change thus far, as well as the possible avenues for encouraging risk reduction in the future.

3.3.1 Health Beliefs and Practices

In seeking to understand behavioural and lifestyle change in response to HIV and AIDS, it is clear that the more general system of health beliefs within any given community is of central importance. Such beliefs play a crucial role in shaping the perception of risk both within the community (however it might be defined) as well as on the part of specific individuals. The likelihood that an individual will adopt safer sexual practices to prevent HIV infection may stem as much from beliefs about health as from beliefs about sex and sexuality. Systematic collection of data on the system of health beliefs and practices within the gay community or subculture is thus essential in order to interpret behavioural change (or, in some cases, the lack of such change) in relation to HIV infection and AIDS, as well as to design sensitive and meaningful education and information interventions.

Investigation in this area, as in others that have already been mentioned, must constantly seek to strike a balance between a wider social

and cultural context, on the one hand, and the particularities of the gay community or subculture, on the other. The health beliefs and practices of men who have sex with men in the United States, Brazil, or Thailand must clearly be situated within, and understood in relation to, the wider systems of health beliefs and practices in contemporary American, Brazilian, or Thai culture. At the same time, precisely because the networks and subcultures of men who have sex with other men have often been similarly oppressed, and because the medical establishment of the dominant society has often played an important role in this oppression, even in widely varying settings, the health beliefs and practices of the gay community or subculture will simultaneously diverge in any number of ways from the beliefs and practices of the wider society. At the same time that qualitative research must seek to situate such beliefs within a wider context, then, it must simultaneously examine the ways in which distinct attitudes and perceptions, specific to the gay community or communities in different research sites, have simultaneously provided a highly particular context shaping the nature of behavioural and lifestyle change in response to HIV infection and AIDS.

Because of the central importance of sexuality in the very definition of gay identities and communities, the question of sexually transmitted diseases has often played a key role in shaping the health beliefs and practices of gay and bisexual men, and should thus be given special research attention. Many of the earliest medical organizations or institutions within the gay community in many countries were aimed at responding to STDs, and STD clinics organized by gay men and serving the gay community were often among the first institutions to direct their attention to questions related to AIDS. By extension, the experience of STDs in their own lives has influenced the health beliefs and practices of many gay and bisexual men, and pre-existing beliefs about STDs more generally have also shaped the ways in which they have perceived and responded to HIV infection and AIDS. The survey instrument for the study of gay and bisexual behaviour and behavioural change includes a number of questions related to STD history, but it is important to remember that

local definitions and classifications of STDs may differ widely and the response to such questions may vary across cultures. Qualitative research will therefore be needed in order to fill in the wider context of knowledge, attitudes, beliefs and practices related to STDs in different research sites, and central emphasis should be given to understanding the extent to which the perceived causes and manifestations of STDs are in fact congruent with the biomedical definitions implicit in the survey instrument.

3.3.2 HIV/AIDS Explanatory Systems

While it may be implicit from the preceding discussion, it is important to remember that research on HIV and AIDS is necessarily addressing a historical phenomenon. HIV infection and AIDS are currently confronting social and cultural systems around the world with a new set of problems and issues, as well as a whole range of new knowledge and information, that must be integrated with pre-existing notions concerning sickness and health, contagion, sexually transmitted diseases, and the like. The ways in which different communities integrate these new phenomena into pre-existing explanatory systems, the ways in which such integration in fact alters and re-shapes the explanatory systems themselves, and the implications that these processes may have for the development of effective strategies to combat HIV infection are all important issues that must be addressed in social and behavioural research.

Survey data on gay and bisexual behaviour and behavioural change in response to AIDS can offer important insights into many of these temporal or historical issues, particularly in sites where the survey research can be repeated over time in order to offer longitudinal data on changing patterns in knowledge, attitudes, beliefs, and practices. Even in these sites, however, qualitative research can offer additional insights through the intensive study of these issues. Within this context, it will be important to seek to reconstruct the social and natural history of AIDS

within the gay community and to link it to other components of the local health system. The knowledge, attitudes, beliefs, and practices associated with HIV and AIDS will be related, for example, to how long ago AIDS was first recognized in the community, to the accumulated incidence and distribution of AIDS cases, and the degree of community awareness and discussion about HIV and AIDS.

Survey results should provide significant data concerning the level of objective information about HIV and AIDS that is present among the communities of gay and bisexual men in different research sites, as well as some of the most widely held attitudes and beliefs concerning AIDS-related issues. One of the important goals of qualitative research in relation to survey data, however, should be the elicitation of indigenous definitions of the signs, symptoms and causality of AIDS, and the examination of the ways in which AIDS is defined within a larger system of meanings and health beliefs. Once again, the explanatory systems developed by gay and bisexual men in order to understand and confront HIV infection and AIDS must be situated in relation to the explanatory systems of the wider society. At the same time, they must be understood in and of themselves as a specific community response that may, for historical reasons, be far more elaborate and sophisticated, at least in some research sites, than the explanatory systems thus far developed by the wider society.

Once again, the kinds of cross-cultural differences and variations that have been stressed throughout this document may be centrally important here, and research should focus on the kinds of information that are available concerning HIV infection and AIDS, as well as the sources of information that exist. In addition, the ways in which different community structures may influence the dissemination and interpretation of AIDS information should be an important focus for research. Different kinds of communities, and diverse community structures or institutions (such as a gay press) will influence the flow and legitimacy of AIDS information in a variety of ways, and will have important implications for

the ways in which new information is integrated into pre-existing explanatory systems in response to HIV and AIDS.

Ultimately, these differences should draw attention to the extent to which understandings of HIV and AIDS are socially and culturally constructed: the extent to which HIV infection and AIDS, like other diseases (and perhaps epidemic diseases in particular), take shape within society and culture, at least in part, in terms of the symbols, images, and representations that are associated with them. These symbolic representations are constructed differently in distinct social and cultural milieu, and a key goal of qualitative research in this area should be to develop an understanding of how the social and cultural construction of HIV and AIDS, both within the gay community itself as well as outside it and around it, have shaped the ways in which gay and bisexual men have responded to their perceptions of risk. If survey data on the incidence of specific, risk-related practices may offer important insight into the extent to which behavioural change has already begun to take place, qualitative data on the perception of HIV infection and AIDS in different settings may be equally important in evaluating how best to develop educational and informational materials in the future.

3.3.3 Social Support Systems

If the cultural representations associated with HIV and AIDS are especially important in understanding the ways in which men involved in homosexual and bisexual behaviours have responded to a set of perceived risks, it is also important to focus on the systems or structures of social support that can facilitate such change. An understanding of the wider community context, and the ways in which different individuals are integrated into wider support networks is clearly crucial here, and has therefore been addressed by the survey instrument in a number of different questions dealing with friendship networks and other sources of social support. Qualitative research can build on this foundation in a number of important ways by focusing on the extent to which the existence of such

networks, in conjunction with the perception of risk in relation to HIV and AIDS, can provide a context for behavioural change.

In focusing on such changes in risk-related behaviours, however, it is also important to examine the complex and diverse ways in which a lack of social support can also inhibit change. Once again, qualitative research on the social context of behavioural change can play a key role here. While survey research can tell us how many individuals practice high risk behaviors in a given community, it does not fully explain why. A large body of literature quantifies gay and bisexual risk behavior, but explains little about the diverse reasons why unsafe sex may be practiced. By focusing on indepth investigation, however, qualitative investigation can offer important insights in this area, and can even guide the development of health promotion interventions. Using both open-ended and semi-structured interviews, one study in Norway, for example, revealed that social isolation was associated with high risk behaviour - that men who felt alienated because of their stigmatized sexual behaviour or who failed to identify with the gay community were less likely to adopt safer sexual practices. For many individuals, casual sex with numerous partners provided a means of gaining social acceptance. The study demonstrated, however, that as some individuals move from a context of social isolation to one of social support, they often reduced their number of sexual partners and adopted safer sexual practices. Such findings have been incorporated into the design of interventions, particularly through the implementation of programs that promote risk reduction in a context of social support.

Ultimately, then, the examination of social support networks and structures should provide another focus for investigation in relation to survey data collection. Together with the analysis of health beliefs and practices in general, and HIV and AIDS explanatory systems in particular, research on social support systems can add to the areas of investigation already discussed above by offering a framework for the cross-cultural interpretation of survey data. As is true in the case of these other

areas of investigation, systematic implementation of research on these issues in all collaborating research sites will ultimately make possible a degree of comparability in research findings that would be impossible if researchers in different sites were examining disparate issues. Building on the foundation provided by these common areas of investigation, the following section will seek to outline a range of different methodological approaches that can be drawn on in order to design a strategy for research on the issues that have been discussed here.

4. RESEARCH DESIGN

The research design for qualitative studies, no less than for quantitative research, depends heavily on the particular goals of a given research project. A range of different field techniques and research methodologies are available, and researchers need to formulate a strategy for implementing these methodologies according to the particular goals of the project and the setting of the research. The strategy for using particular methods depends on target goals, and such strategizing may employ one or more particular methods, singly or in combination, according to the target goals. The study of gay and bisexual behaviour and behavioural change, for example, clearly raises a set of issues and considerations that are in at least some ways distinct from those that would emerge in the study of sexual behaviour among female prostitutes or the more general public.

Many of these issues have already been identified in discussing the conceptual framework and the areas of investigation that are especially relevant for the current research project. The following section will attempt to build on this foundation by discussing the ways in which a number of different qualitative methodologies can be integrated with survey research in order to address these specific issues in the study of gay and bisexual behaviour and behavioural change.

4.1 Integration of Research Methods

In the present discussion, special emphasis will be given to the integration of qualitative research with the quantitative survey data. With this goal in mind, a number of basic points become central to the design of a research strategy. First, it is clear that qualitative research can be used to both broaden and deepen survey data. On the one hand, qualitative methods can and should be employed to gather information on aspects of gay and bisexual behaviour that might escape the survey instrument - for example, ethnographic data on sexual interactions in public or informal interviews with individuals who reject a gay identity and who might be unwilling to agree to a formal interview using the survey instrument. Precisely because sex between men is often clandestine and covert (both because of traditional forms of social repression as well as because of changing values within the gay community itself that may make some men less willing to discuss sexual practices that are perceived as unsafe), qualitative data collection can thus offer an important supplement to survey data that will significantly broaden the overall data base.

At the same time that qualitative methods can be used in this way, to broaden the collection of data as fully as possible, every effort should also be made to use qualitative methodologies in order to deepen the data base as well. Where possible, qualitative studies should aim to use the same basic sampling frame as the survey research - for example, indepth open-ended interviews with individuals who have already responded to the survey instrument. Just as important, the basic time frame for research must coincide. Qualitative studies can clearly precede and follow quantitative surveys, both to lay the groundwork for, as well as to follow up on, the survey research. In order to serve as a source of validation for survey findings, however, qualitative studies should also be conducted simultaneously with survey research, in order to replicate not only the basic sample population, but the basic time frame used for the collection of data.

Finally, in order to fully examine the social and cultural context of sex between men in any given setting, a range of different qualitative research methods should be employed. The use of different methodologies is especially important in seeking to achieve the widest possible coverage of a population (men who have sex with men) that, in many, if not most, research sites is in fact highly diverse rather than homogeneous. With this important goal in mind, this section will discuss a number of different qualitative methodologies that can be integrated with the collection of survey data in order to fully address the kinds of issues that will be crucial to an understanding of gay and bisexual behaviour and behavioural change.

4.2 Qualitative Methods

In order to ensure cross-cultural comparability of the data that is collected on gay and bisexual behaviour and behavioural change, it is useful to enumerate as clearly as possible a number of specific qualitative methodologies that should ideally be incorporated into the research design in order to maximize data collection. Without exhausting all of the possible field methods that have been developed for qualitative research, emphasis will be placed on the use of (1) a range of secondary sources of information, (2) ethnographic observation, (3) focus group discussions, (4) indepth interviews, (5) detailed sexual diaries, and (6) linguistic analysis. As it poses some special problems, particularly in comparison to the handling of quantitative data, a brief discussion of (7) the recording of qualitative information has also been included.

4.2.1 Use of Secondary Sources

In order to provide important background information that will be relevant in seeking to situate and interpret data collected through field research, the research design should make provision for the systematic review of secondary sources. Depending upon availability in different research sites, useful sources of information that should be consulted

might include data from government departments such as census bureaus or statistics departments, from medical and health departments, and from scholarly publications and the unpublished records or archives of local research institutions.

While its quality may vary, basic demographic data should be available from government statistics departments or census bureaus. Most countries try to conduct demographic surveys roughly every 10 years, and in many countries even more frequent surveys on particular aspects of the population are often carried out. These sources of data are almost sure to contain no information on the question of homosexuality itself, but should nonetheless be consulted in order to more effectively evaluate the sampling strategy for survey research. If the socio-demographic character of the survey sample of gay and bisexual men is fundamentally at odds with the socio-demographic profile of the wider society in any given site, it should clearly be re-evaluated on the basis of this information.

Along with the kinds of socio-demographic data that might be available through census bureaus and statistics departments, important information on relevant issues such as STDs, and even HIV infection and AIDS, can often be obtained through a variety of health and medical institutions. Where a well-organized and active gay community exists, it will often have developed its own medical and health institutions (gay mens' health clinics, associations of gay physicians, and the like), and these institutions will often be especially important sources of information on a range of issues. In addition, STD clinics and even primary health care facilities can also all serve as sources of information on at least some issues, such as the incidence of STDs among gay men, the types of STDs that are most common, and so on. Particular attention should be given to data that is most immediately relevant to HIV transmission and prevention, such as STD patterns that might be associated with anal intercourse. Data should of course be evaluated with care, as it no doubt fails to include much information on gay or bisexual men who do not make their homosexual behaviours known to health practitioners.

Precisely because this is the case, direct contact with health care workers can often supplement data available in written records. In addition, particularly in areas where epidemiological surveillance is problematic, important information on the incidence of HIV infection and AIDS can sometimes be collected through direct contact with the personnel involved in primary health care.

In all research sites, a thorough review of ethnographic, historical, sociological, and popular literature should be undertaken, and an attempt should be made to systematically evaluate its reliability and relevance for research on gay and bisexual behaviour in relation to HIV and AIDS. There is a growing social scientific literature on homosexuality that will often be directly relevant to the goals of the current research project. In addition, the archives and unpublished data of local researchers can sometimes supplement published sources of information, and should be consulted wherever possible. In some cases, extensive information can also be found in literary works focusing on the experience of life in the gay community (examples might include John Rechy or Edmund White in the United States, Darcy Penteado or Caio Fernando Abreu in Brazil, and so on). Finally, in those sites where a gay press exists, it can serve as an invaluable source of information on a whole range of issues relevant to the study of gay and bisexual behaviour and behavioural change, and should be consulted wherever possible.

4.2.2 Ethnographic Observation

Ethnographic observation should be undertaken in order to document a number of different aspects of gay life and sexual behaviour. On the one hand, ethnographic description can play a key role in describing and analyzing the character of the gay community or homosexual subculture in different research sites, and can thus be instrumental in seeking to contextualize or situate data on sexual behaviour. At the same time, however, ethnographic description can also be used to document certain kinds of sexual interactions (in public settings such as parks or saunas)

that may not, for a variety of reasons, be fully reported in a formal interview setting.

As has already been implied in discussing the notion of sexual geography, the idea of space can be especially useful in planning a strategy for ethnographic research, and research activities can be organized, at least in part, around the spaces in which different kinds of sexual contacts or behaviors take place. Strategies for ethnographic research on both the social context of gay interactions as well as same-sex sexual behaviours themselves can thus be built up by beginning with an inventory of the most significant spatial divisions, and then elaborating a systematic schedule for observation in these areas.

Ethnographic observation in these different contexts will often entail not only visual observation in the strict sense, but also verbal interactions between the researcher and the various individuals present in different settings. Informal interviews in the field can provide a range of extremely important data, though it will not normally be possible to develop these interviews systematically, let alone with a sample that can be linked to the sample frame used in the survey research. Data collected through such informal interviews should nonetheless be included as an important part of the record of data collected through ethnographic observation.

The collection of data based on ethnographic observation raises a number of special problems in recording information, as the complex flow of life in the various settings that serve as a focus for observation will necessarily require that the researcher pick and choose those aspects of behaviour that are in fact relevant to the topics being studied. Once again, such problems can be addressed most effectively when the relevant topics have been carefully outlined before going into the field. Data should be recorded through the write-up of systematic notes on a regular basis following field observations. This must be carried out rigorously in order to provide a written record that can be analyzed in conjunction

with the data collected through indepth interviews and focus group discussions. The write-up of field notes, in turn, will facilitate the ongoing evaluation and re-evaluation of the central issues and topics that should provide the focus for ethnographic observation.

4.2.3 Focus Groups

The use of focus group discussions for the collection of qualitative data has been developed most recently in the field of market research, where it has been especially useful in offering quick answers to specific questions. Social scientific research has sometimes used focus group discussions in order to form hypotheses before carrying out quantitative surveys, as well as to help explain or interpret the findings of survey research. Normally, a focus group meeting is a discussion in which a small group of informants (approximately 6-12 people), guided by a facilitator or moderator, talk freely and spontaneously about a set of issues under investigation.

The utility of focus groups can be limited in relation to some research topics - the group setting conditions the discussion, and participants may be unlikely to openly discuss experiences that deviate from accepted social norms. Particularly when focus groups are comprised of individuals within a minority community, however, they offer the opportunity to discuss issues of common concern, and they can thus be especially useful in research on gay and bisexual men or male prostitutes. Focus group discussions are often most productive when the participants share a good deal in common (roughly the same age, a similar socioeconomic background, and so on), as their shared experience will already offer a significant foundation for their interaction within the group. In addition, meetings should be held in locations where the various participants will feel at ease and will be comfortable in talking openly about subjects that may be highly charged or controversial.

In orienting the discussion, the facilitator (in this case, a member of the qualitative research team) will seek to guide the group through a number of predetermined topics. The flow of a focus group discussion should be guided by a carefully thought out plan of the topics to be discussed and the issues to be raised. Subjects for discussion can be introduced through direct questions, general statements for further discussion, or the posing of hypothetical problems that group members are asked to comment upon. Topics or questions should normally be addressed in an open-ended manner, however, in order to stimulate discussion between participants themselves rather than introduce a question and answer session between the facilitator and the participants.

Ideally, focus group discussions should be tape recorded in order to allow a more careful analysis of the conversation at a later time. In some instances, depending on the concerns of the participants, of course, tape recording may actually inhibit discussion, and it may be preferable to have a member of the research team taking detailed notes rather than using tape recordings. Particularly in these cases, it is often helpful to have more than one researcher involved in the meeting - one as a facilitator, for example, and another as an observer. The number of focus group meetings held will of course depend on the overall research design and the identification of issues to be discussed. As far as possible, focus group selection should coincide with the survey sample. In addition, however, it may be useful to plan some special focus group meetings with specific groups who may not have been interviewed using the survey instrument, but who can offer information directly relevant to understanding any number of key issues. Such groups might include, for example, male prostitutes or the clients of male prostitutes, AIDS service organization workers involved in counselling gay and bisexual men, the members of any number of different organizations within the gay community, and so on.

4.2.4 Indepth Interviews

Perhaps the single most basic and important method to be developed in qualitative research on gay and bisexual behaviour and behaviour change is the use of indepth interviews with both key informants and research subjects from the main survey sample. Key informants will certainly be drawn largely from the gay community itself, though at least some outsiders (for example, non-gay health workers who have contact with gay and bisexual men), may also serve as important informants on at least some issues. The key point is that these informants, by virtue of some special position within the community, or some special capacity to reflect upon the social and cultural order in which they live, offer particular insights into the kinds of questions being addressed in the research design. These informants may or may not be part of the main survey sample, and interviews with key informants can actually be especially useful in pilot projects preceding the conduct of survey research. Whenever possible, however, effort should be made to draw key informants from the sample population as well, and to integrate interviews with key informants into the sampling and time frame of the survey research. Indepth interviews with key informants, selected for purposes of convenience due to the special circumstances or abilities, should then also be linked to indepth interviews with informants selected from the survey sample. In planning the research design for both quantitative and qualitative components of the research projects, careful thought must thus be given to the number of indepth interviews that will be conducted and the sample frames that will be employed.

In addition to planning a strategy for sampling and selecting informants for indepth interviews, careful attention must also be given to the kinds of issues that will be investigated, and the ways in which questions will be framed and presented. Random conversations often lead researchers to important insights. In planning a schedule for indepth interviews, however, the most productive method is to seek to develop a semi-structured format that can be reproduced, at least in its broad

outlines, with all of the informants who are to be interviewed within a given sample population. Open-ended questions on relevant topics should be asked, following a general outline or checklist, but allowing topics to lead into each other naturally. Thinking about the kinds of information to be gathered will be an important part of research design process for structuring indepth interviews. Ideally, indepth interviews should aim to provide fuller information about the personal beliefs and practices of the informants being interviewed. This data, in turn, will both deepen while at the same time validating the data collected through structured survey interviewing.

One particularly useful technique in this area is the collection of more detailed sexual histories than would be possible within the context of the questionnaire on gay and bisexual behaviour and lifestyle changes. In particular, collection of the person's sexual history from childhood up to the present time should be a key element of the research agenda for indepth interviews. Other examples of particular importance here include collecting data on sexual variations in the person's life history (heterosexual as well as homosexual experiences) and information about the lives of their sexual partners. In addition, data on complicated psychological matters such as sexual fantasies, erotic scripts and meanings, and the like, should also be collected as part of taking a detailed sexual history. The collection of these private sexual histories can, in turn, inform critical changes that have occurred in the sexual practices and mores of the gay community, and can thus be tied to a fuller investigation of the sexual history of the community as a whole. This can be especially useful in seeking to understand the possibilities for culturally sensitive and appropriate interventions in relation to HIV.

Given the highly sensitive nature of information about both sexual behavior and health related attitudes and beliefs, the success of indepth interviews on these issues will depend heavily on the degree of trust and confidence that is developed between researchers and informants. To ensure confidentiality, such interviews should always be conducted in

private. Just as important, the research design should recognize that the relation between interviewers and informants is built up through time, and provision should be made for both the planning of single interviews as well as for the re-interviewing of selected informants across time. Informant responses may vary, even in relation to the same question, from one interview to the next. Such variation can be the result not of inaccurate data collection, but of the processual nature of qualitative research, and the interpretation of such temporal variations should be included as a part of data analysis.

4.2.5 Sexual Diaries

The use of sexual diaries as a tool for documenting detailed aspects of sexual behaviour has been included as a possible element in the research design for this study. Where such diaries are used, it is important to note that they can also serve an important role not only in documenting sexual behaviours, but also in documenting psychological and emotional responses that are directly relevant to the concerns of the qualitative research component of the study. Issues relating to sexual excitement and erotic meanings will certainly be explored in indepth interviews with informants. Even in the indepth interview setting, however, such issues may be so highly charged in emotional terms that it is difficult to discuss them. They may be so fleeting that the details are impossible to remember and recount. Sexual diaries can offer an opportunity for the recording of such issues with greater immediacy, and in a setting that may be psychologically less threatening for the informant.

Once again, the successful use of the sexual diary, like all other qualitative research methods, will depend on the careful design of a strategy for implementation. The informants keeping sexual diaries should be drawn, whenever possible, from the interview sample, so that cross-referencing and analysis of the diaries in relation to questionnaire responses will be possible. In addition, in order to ensure diary entries

that will address the central research issues, the goals of the diary entries must be carefully explained to informants. Diaries should be turned in periodically, and then returned, so that informants can benefit from feedback on the part of researchers. And a plan for the analysis of diary entries should be elaborated that will identify the key issues to be examined in reviewing diary entries.

4.2.6 Linguistic Analysis

Finally, while it cannot be described in terms of a single method of data collection, special note should be taken of the importance of language in qualitative research on gay and bisexual experience. A careful analysis of the terms and categories used to classify individuals and behaviours within the gay subculture can offer crucial information on a whole range of issues. The types of slang and the linguistic interactions that take place within this subculture can be interpreted in order to understand basic community values and norms. Even the linguistic modifications taking place across time can offer important insights into fundamental changes that may be taking place within the community. Perhaps most important, an understanding of the linguistic habits of the group will be directly relevant to the practical task of developing educational interventions that are culturally appropriate - in a language that makes sense within the terms of the gay community itself.

Traditionally, the elicitation of vocabularies or lexicons for various cultural domains has been a key part of many qualitative field studies, and has been elaborated extensively through recent research in the field of cognitive science. Particularly in instances in which the fieldworker is not a member of the society being studied, and does not already speak the language of the community, eliciting local terminologies serves the dual purpose of offering training in the language while simultaneously enabling the researcher to collect information on the linguistic categories and classifications that organize experience within the community. This same basic approach can be useful even when

researchers are already familiar with the local language, and in relation to other cultural domains such as the homosexual subculture. Even when researchers are highly familiar with the gay community, or are themselves members of this community, emphasis should be placed on eliciting the fullest possible range of terms and expressions used, especially in informal speech, to speak about issues related to both sexuality and disease. The collection of these lexical items, along with full contextual data concerning the ways in which they are used, can then be systematically analyzed in terms of the key issues and areas of investigation that have been identified here.

Most frequently, elicitation of relevant terminologies and linguistic practices will be carried out in work with key informants, as the privacy of the interview setting will enable the discussion of the full range of meanings even in the case of lexical items drawn from the area of slang or vulgar speech. In some instances, however, it might also be useful to discuss the range of meanings associated with some terms within the context of focus groups, as debate and disagreement concerning the semantic domains of different terms can be useful for analysis. Finally, even in ethnographic observation, information on language and language use in these areas should be collected, and can be especially important in documenting the ways in which lexical items are in fact employed and manipulated in actual practice. Among the areas that should be investigated, researchers might include terminology for parts of the human body, for particular sexual acts, for sexual identities or sexual types, for sexually transmitted diseases and types of medication or treatment, and virtually any other issues related to HIV infection and AIDS.

4.2.7 Recording Information

Before turning to the selection and training of field researchers for qualitative investigation, it is worth commenting briefly on the problems involved in recording information. Data gathered through a variety of qualitative methods, by its very nature, may be less easily systematized

than is the case with the data collected through the survey instrument that has been developed for the study of gay and bisexual behaviour and behavioural change. Because of this, particular attention should be given in the research design itself to the basic strategies for recording information. Field notes will take on special importance as the focus for recording information in virtually all of the qualitative methodologies that have been described here.

Typically, field notes take at least two forms. First, brief notes will be taken during the conduct of ethnographic observation, focus group discussions, and indepth interviews. These notes will be necessarily brief in order to avoid interfering with the flow of interaction taking place. Time must therefore be set aside, each day if possible, to expand on these brief notes with further comments and observations. Key words from the brief notes will serve as reminders of details which can be developed more fully in these longer notes, and the analysis of data will in fact begin with this very process of data recording. Indeed, it is important to stress the degree to which the recording of data should ideally become an integral part of the research process. Elaboration of field notes enables the researcher to identify issues and areas which require further examination or investigation. These issues can then be examined more fully in future interviews, and gaps in data collection can be minimized.

Technological developments have made it possible to build on written field notes in a number of ways in recording qualitative data. In some instances, for example, with the consent of one's informants, tape recordings can be made of an indepth interview or focus group discussion, and written notes can thus be supplemented with the far more exact record of the tape recording. As has already been mentioned, however, tape recording should be used only with caution, as it can sometimes have unintended negative consequences. On the one hand, transcription is time-consuming and difficult, and does not always offer increased insights. Perhaps even more important, given the sensitive nature of the

subject matter being investigated, in some instances tape recording can even inhibit informants who might be less willing to discuss certain issues openly. Finally, even when tape recording is used, it should only supplement written field notes, rather than replace them, as it cannot substitute for the process of analysis that begins with the elaboration of field notes.

More recently, the use of micro-computers has made it possible to develop more effective filing systems for the data written up in field notes. Even without the use of computers, some form of filing system should be devised in which separate files will be kept for each community in a given study, for each individual informant, and for each research topic (particular emphasis should be given to coding topical files in relation to the different sections of the survey instrument). The use of micro-computers makes possible increasingly sophisticated forms of filing and cross-referencing, and provision should be made within the research design itself for the use of computer technology in cross-referencing both qualitative and quantitative data as an important strategy contributing to the integration of research findings.

4.3 Selection and Training of Researchers

Traditionally, much qualitative research has been conducted by individual fieldworkers working separately in their respective sites. Increasingly, however, it has become clear that collaborative projects involving a clearly defined division of labor among various researchers can offer important advantages. Ideally, qualitative research on gay and bisexual behaviours and behavioural change will be carried out by a team of researchers working together under the supervision of one or more project directors. This team, in turn, will be integrated within the wider research team that has been formed in order to carry out the surveys of gay and bisexual behaviour in the different research sites. The exact number of fieldworkers will no doubt vary depending on the size of the study as well as the complexity of the qualitative research design. In

general, just as it is preferable to have a modest number of survey interviewers, a relatively compact qualitative research team is desirable. A small team of researchers can be more effectively trained and organized, and will offer the best complement to the team of interviewers involved in administering the survey instruments.

The selection and training of qualitative researchers is not significantly different from the recruitment and training of interviewers for the survey research. As in the case of survey interviewers, qualitative researchers may or may not be members of the gay community - this is an issue that will need to be addressed in each research site depending on the exigencies of local circumstances. In all instances, however, members of the research team must clearly be concerned about and sensitive to the concerns of the gay community, and must be completely comfortable in dealing with the central issues addressed in the study of gay and bisexual behaviour and behavioural change. Indeed, complete familiarity with the gay community or homosexual subculture should be taken as a necessary criterion in the selection of the research team.

Like the principal investigators for the survey research, the directors or supervisors of qualitative field researchers should ideally be trained social scientists with significant research experience. Members of the fieldwork team, like survey interviewers, however, may have less formal training, and the degree of training may well vary from one research center to another. Whenever possible, university training in the social sciences should be expected, as well as complete fluency in the language or languages spoken by the study population. Prior experience or training in field techniques may be desirable, but is not, however, a necessary criterion for the selection of researchers. On the contrary, it will be far more important to provide a forum or mechanism for the adequate training of fieldworkers in the specific techniques and methods to be employed in the research project.

Ideally, qualitative field researchers should first take part in the same training program offered to survey interviewers. Familiarity with the survey instruments and the central goals of the survey research will enable qualitative researchers to more fully understand the integration of research methodologies. Following this training, a more extended and detailed period of training in qualitative methods and techniques should be organized. All of the methods discussed in this document should be included in this basic training session, along with practice in interviewing techniques and field note taking. The same kind of guidance and supervision initiated during these training sessions should become a model that will continue to orient the development of the field researchers' activities over time, and provision should be made for regular supervision of fieldworkers and the review of field notes on the part of principal investigators responsible for the qualitative component of the study.

As in the coordination of survey interviews, significant attention must be given to planning, coordinating, and supervising the activities of the qualitative research team. The effective integration of these activities, both in and of themselves, as well as in relation to the quantitative component of the research project, will depend upon addressing these issues in the overall design of the research project and adequately planning an effective research strategy.

5. ETHICAL GUIDELINES

Care and protection of human subjects is a basic given in all behavioral research today, and provision for the protection of research subjects is fundamental to the research design for the study of gay and bisexual behaviour and lifestyle changes. Concern for the protection of human subjects must be equally central to the design of qualitative studies in these areas. Research on homosexuality, as well as on HIV infection and AIDS, particularly in cross-cultural settings, raises

special needs and risks that the fieldworker must address at the very beginning of the research design. Researchers must be be conscious of the stigma against homosexuality, and of its various political, legal, and cultural manifestations in different research sites. They must be aware that their research activities might contribute to increases in both discrimination and social control.

In order to adequately anticipate problems that might possibly arise, a number of preliminary steps can be taken. Researchers should familiarize themselves with the legal status of homosexual behaviours in the societies where research is being conducted, as well as with legal protections for research data (especially the status of confidentiality and anonymity in the different research sites). In addition, where an active gay community with its own institutions and organizations is present, it is always critical to consult with community leaders and groups in devising a plan for the protection of human subjects. The exact nature of this consultation may or may not suggest the sharing of research data with regard to sexuality, but researchers should address this issue in the study design.

In keeping with WHO guidelines on the protection of human subjects, we recommend that researchers take all necessary steps to protect the confidentiality and well being of research subjects. Wherever possible, anonymity of the individual identity of the subject is preferable, and fieldworkers must provide assurance of this to their informants. In the description of certain practices, such as sexual interactions in public settings, if there exists any possibility of reprisals on the part of local authorities, steps should be taken to disguise the specific locations where research has been conducted. The special nature of the proposed research, with its potential for invasion of privacy and, in some instances, misuse in ways that will be fundamentally detrimental to the study population, requires a special sensitivity to the protection of research subjects.

6. DATA ANALYSIS

The purpose of this section is to provide a provisional scheme for the integration of qualitative and quantitative data sets in the particular community. The sources of quantitative data here refer to data collected through the gay and bisexual behaviour survey. The sources of qualitative data here refer to all types of information collected through the kinds of qualitative field methods described above. The analysis plan must begin with a research design strategy which targets specific structural goals that necessitate the collection of particular types of descriptive information. As indicated above, identifying a clear strategy and target goals is necessary not only for the successful implementation of the methods, but for the analysis of the data as well.

The initial step in the analysis design begins with relating the research questions to particularities of the social and cultural contexts that are present in different sites. Researchers should attempt to construct a diagram or flow chart showing linkages between research questions with the areas of investigation (sexual identity, community, geography, etc.) that have been outlined in these guidelines. In each one of these domains, the analysis design will specify which types of data (interviews, observations, focus groups) are available for particular areas of investigation. For example, the qualitative data may be comprehensive on sexual identities but limited on practices. Such gaps suggest the need for continuous feedback and adjustment of research activities to compensate for possible omissions. This constant feedback process will offer the possibility of developing thorough and systematic descriptive accounts of gay and bisexual life that can be used both to validate survey findings, as well as to situate or contextualize quantitative data.

It is important to underline the fact that well-developed descriptive accounts of gay and bisexual life in different social and cultural settings will not only complement and fill out areas that would be missed

by a quantitative survey, but will provide important hypotheses in their own right. Hypotheses developed in these accounts will have important implications to offer for the design of subsequent, future qualitative research projects to carry forward the present study. They will point to areas of cross-cultural comparability and incomparability for future studies. No less important, they will provide necessary indepth information that can be used in developing culturally sensitive and symbolically meaningful intervention strategies and materials for HIV risk reduction.

7. DISSEMINATION OF FINDINGS

The integration of quantitative and qualitative methods and data analysis will offer the possibility of a multi-dimensional understanding of both gay and bisexual behaviour, on the one hand, and behavioural change in response to HIV infection and AIDS, on the other. Provision should be made for the dissemination of research findings in order address important policy issues in each country where research is being conducted, as well as to contribute to comparative, cross-cultural analysis. For each site, a preliminary report of key findings will be produced. This should be followed by a more elaborate report that will include a description of the social and cultural background or context of homosexual and bisexual behaviour, the epidemiology of HIV infection and AIDS among gay and bisexual males, the study design and methodology, the empirical findings of the research project, and the implications of the results for AIDS education and health policy. Every effort should be made to integrate qualitative data fully into the structure of these reports.

In addition to site reports, a more comprehensive volume based on comparative analysis of all data gathered for the project will be undertaken once the preliminary reports are completed, with contributions from collaborating institutions. Wherever possible, quantitative and qualitative findings will be fully integrated in developing a cross-

cultural analysis of gay and bisexual behaviour. Qualitative data should also provide the basis for comparative analysis on its own terms, however, and collaborating researchers will be encouraged to work together in developing cross-cultural analyses of qualitative data that will be relevant for a fuller understanding of sexual behavior in relation to HIV infection and AIDS. Ultimately, the data collected will provide the basis for scientific journal articles and monographs, some dealing with particular sites and others developing comparative interpretations.

Finally, given the specific nature of this research, it is essential that the research subjects themselves be included in plans for the dissemination of research findings. The research team should work together with relevant gay community groups to ensure that research findings will be shared with the community. Depending on the local situation in different sites, this might include reports on research findings to be published in the gay press, lectures and debates sponsored in conjunction with community groups, as well as collaborative interactions between researchers and health educators or AIDS activists serving the gay community. While the specific mechanisms for the dissemination of research findings may vary from one site to another, the importance of including research subjects as full partners in this process should be central to the design of all research activities.

APPENDIX

Selected Bibliography

GENERAL BACKGROUND

Carballo, Manuel

1988: International Agenda for AIDS Behavioral Research. In AIDS

1988: AAAS Symposia Papers. Ruth Kulstad, ed. pp. 271-273.

Washington, D.C.: American Association for the Advancement of
Science.

Coxon, Anthony P. M., and Manuel Carballo

1989: Research on AIDS: Behavioural Perspectives. AIDS 3(4):
191-197.

Greenberg, D. E.

1988: The Construction of Homosexuality. Chicago: The University of
Chicago Press.

Plummer, Kenneth

1984: Sexual Diversity: A Sociological Perspective. In Sexual
Diversity. K. Howells, ed. pp. 219-253. Oxford: Basil Blackwell.

Weeks, Jeffrey

1985: Sexuality and its Discontents: Meanings, Myths, and Modern
Sexualities. London: Routledge & Kegan Paul.

THE HISTORY OF HOMOSEXUALITY

Altman, Dennis

1982: The Homosexualization of America, the Americanization of the
Homosexual. New York: St. Martin's Press.

D'Emilio, John

1983: Sexual Politics, Sexual Communities: The Making of a Homosexual Minority in the United States, 1940-1970. Chicago: The University of Chicago Press.

Padgug, Robert A.

1979: Sexual Matters: On Conceptualizing Sexuality in History. Radical History Review 20:3-23.

Plummer, Kenneth, ed.

1981: The Making of the Modern Homosexual. Totowa, New Jersey: Barnes & Noble Books.

Trevisan, Joao Silverio

1986: Perverts in Paradise. London: GMP Publishers Ltd.

Weeks, Jeffrey.

1977: Coming Out: Homosexual Politics in Britain from the 19th Century to the Present. New York: Horizon Press.

CROSS-CULTURAL PERSPECTIVES

Blackwood, Evelyn, ed.

1985: Anthropology and Homosexual Behavior. New York: The Hayworth Press.

Carrier, Joseph M.

1976: Cultural Factors Affecting Urban Mexican Male Homosexual Behavior. Archives of Sexual Behavior 5:103-124.

Herd, Gilbert H.

1981: Guardians of the Flutes: Idioms of Masculinity. New York: McGraw-Hill.

Herd, Gilbert H., ed.

1984: Ritualized Homosexuality in Melanesia. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Klein, Fritz, and Timothy J. Wolf, eds.

1985: Bisexualities: Theory and Research. New York: The Hayworth Press.

Read, Kenneth W.

1980: Other Voices: The Style of a Male Homosexual Tavern. Novato, California: Chandler & Sharp Publishers, Inc.

QUALITATIVE RESEARCH METHODS

Bernard, H. Russell

1988: Research Methods in Cultural Anthropology. Beverly Hills, California: Sage Publications.

Burges, Robert G.

1982: Field Research: A Sourcebook and Field Manual. London: Allen & Unwin.

Kirk, J., and M.L. Miller

1986: Reliability and Validity in Qualitative Research. Beverly Hills, California: Sage Publications.

Morgan, David L.

1988: Focus Groups as Qualitative Research. Beverly Hills, California: Sage Publications.

Pomeroy, Wardell B., et al.

1982: Taking a Sex History: Interviewing and Recording. New York: The Free Press.

Spradley, John P.

1979: The Ethnographic Interview. New York: Holt, Reinhart & Winston.

1980: Participant Observation. New York: Holt, Reinhart & Winston.

Strauss, Anselm L.

1987: Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge: Cambridge University Press.

CASE STUDIES ON HOMOSEXUALITY, HIV INFECTION, AND AIDS

Altman, Dennis

1987: AIDS in the Mind of America. New York: Anchor Press.

Carrier, J. M.

1988: Sexual Behavior and Spread of AIDS in Mexico. Medical Anthropology. Vol. 10. Nos. 2/3.

Parker, Richard G.

1987: Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil. Medical Anthropology Quarterly, new series 1(2):155-175.

Pollak, Michael

1988: Les homosexuels et le SIDA: Sociologie d'une epidemie. Paris: A. M. Metaile.

Prieur, Annick, et al.

1988: Gay Men: Reasons for Continued Practice of Unsafe Sex. In AIDS Health Promotion Exchange, No. 4, pp. 10-11.

Summary form for research proposals submitted for evaluation and funding by WHO/GPA/SBR

The aim of this form is to help principal investigators summarize their research proposal in a way that may facilitate the work of individuals/committees concerned with the evaluation of such proposals.

1. Title of the proposed study _____

2. Names, academic qualifications and institutional affiliations of principal investigator(s) (attach current CVs):

a. Name _____ Degrees _____
Institution _____

b. Name _____ Degrees _____
Institution _____

c. Name _____ Degrees _____
Institution _____

3. Name and address of the main institution from where the project will be directed:

4. Nature of the study (e.g. KABP and Partner Relations):

5. Summary of the proposal (in no more than 300 words):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

6. Main objectives of the proposed study:

[illegible]

7. Other objectives (if any):

8. Potential applications of findings in dealing with national or regional AIDS-related problems:

9. Population(s) to be studied:

a. Sampling strategy:

b. Sample frames to be utilized:

c. Sample size (justify):

10. Review of previous studies; (a) in general and (b) with particular reference to the country/region (Please attach additional pages if necessary):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

11. Hypotheses to be tested:

12. Main method(s) of data collection (justify):

13. Instruments of data collection to be utilized:

14. Methods of data handling/analysis:

15. Data processing resources available:

16. Additional data processing resources needed:

17. Proposed strategies for the dissemination of findings:

18. Technical assistance requested from the WHO/GPA/SBR:

19. Financial assistance requested from the WHO/GPA/SBR:

20. Other sources of support available; (a) National (b) International:

21. Technical staff (e.g. field supervisors, interviewers, coders, computer analysts, etc; include number, qualifications and duration of services in the project):

22. Support staff (e.g. administrative, secretarial, drivers, etc; include number and duration of service in this project):

23. Time table; give details of activities and duration of each activity:

a. Preparation of study design/instruments:

b. Preparation/translation/pretesting of instruments:

c. Recruitment and training of field workers:

d. Collection of data:

e. Coding/editing/data entry:

f. Initial statistical analysis:

g. Final analysis:

h. Preparation of preliminary report:

i. Preparation of final report:

j. Planning of follow up studies/activities (if any):

k. Planning of data sharing/dissemination activities:

24. Budget:

Honoraria and per diem of the senior research staff (indicating proportion of time allocated to study): Salaries of technical staff: Salaries of support staff: Transportation: Translation/printing costs: Data processing (including costs of hardware/software training and operation): Stationery: Communications/telephone/telex etc: Other costs: Total amount requested from WHO/GPA/SBR: In local currency In US\$	
--	--

Proportion of budget requested for each year of the project (if study is for more than a year):

25. Endorsement:

By the National AIDS Committee:

By the principal investigator's institution:

I, _____ as principal investigator of the project, undertake to follow the guidelines developed in the WHO/GPA study design for this survey, particularly with reference to ethical procedures governing social and behavioural research (i.e. ensuring informed consent, confidentiality and anonymity of respondents). I also understand that a copy of the data tapes will be made available to the WHO/GPA for the purposes of further analysis and cross-national comparisons.

Date _____ Signature _____

5

INSTRUCCIONES PARA EL CUESTIONARIO CUANTITATIVOGUIA PARA EL ENTREVISTADOR

En primer lugar se debe tener presente y claro que la labor de quien entrevista debe ser cuidadosa en el sentido de que el entrevistado estará abordando aspectos de su vida muy íntimos y delicados como lo son la conducta y la práctica sexual. No obstante no se trata de curar o de confortar sino de facilitar y escuchar, así como incentivar y en lo posible permitirle al entrevistado controlar la situación.

La entrevista está basada en un común acuerdo donde ambas partes tienen responsabilidades: el entrevistado aportará su tiempo, su apertura y su intimidad, y el entrevistador garantizará confidencialidad, anonimato y profesionalismo. En esta medida cualquier infidencia por parte del entrevistador pondrá a todo el proyecto en peligro.

Procedimientos y principios de la entrevista

1. Asegúrese que el entrevistado vea el proyecto como algo importante y valioso para él. Siendo fundamental el conocimiento sobre la cultura gay para elaborar una efectiva campaña de prevención. Debe quedarle claro que es una problemática de vida o muerte para muchas personas. El entrevistador debe tener claro que pese a sus deseos en favor del sexo seguro, no debe tratar de "vender" la idea al entrevistado, ni tampoco que éste responda lo que él quisiera oír. De ahí que lo más importante en la entrevista será la experiencia particular y única del entrevistado, aunque él quiera narrar lo que es el punto de vista de los otros. Lo fundamental es su opinión.

Algunas personas van a consentir ser entrevistadas a cambio de obtener información sobre el SIDA. EL entrevistador debe hacer esto sólo al final de la entrevista.

Al entrevistado le debe quedar claro que existen estrictos procedimientos para asegurar la confidencialidad total. Una de estas garantías es que tanto el director del proyecto como los encuestadores son gay y no realizan esta labor como parte de ninguna institución del Estado costarricense.

El proyecto está adscrito a la Organización Mundial de la Salud y existe una estipulación muy clara de que no se

entregará ninguna información al gobierno de Costa Rica.

2. Asegúrese que se establezca y se mantenga una buena relación durante la entrevista.

El entrevistado debe sentir que el entrevistador está interesado en él como persona y que lo acepta tal como es. Esto dependerá de la forma en como se le acerque y actúe ante sus respuestas. Resulta fundamental que usted no reaccione ni positiva ni negativamente ante ninguna respuesta.

El cuestionario ha sido estructurado de tal manera que en su desarrollo se pasará de temas generales a temas íntimos. Es importante aprovechar su desarrollo para establecer una relación de confianza. Si el entrevistado se siente amenazado con alguna pregunta, recuérdale que tiene todo el derecho de no contestarla.

De esta manera la relación de confianza se mantiene, existiendo la posibilidad de volver sobre la pregunta que no se contestó.

3. Asegúrese que el cuestionario y las instrucciones sean acatadas fielmente pero en una atmósfera informal.

Recuerde: es el entrevistador quien dirige la entrevista y por lo tanto debe estar en control de la situación. En algunos casos, especialmente con las personas más educadas o de más edad, es posible que desafíen su "autoridad" para hacer esta clase de preguntas. No se deje intimidar en estos casos: diga de una manera amable que ha sido especialmente adiestrado para esta tarea y que su trabajo es hacer preguntas de esa naturaleza.

En ningún caso altere el orden de las preguntas establecido en el cuestionario.

D. El arte de hacer preguntas

Naturalmente, este arte sólo puede adquirirse con la práctica, pero existen ciertos puntos básicos que usted debe tener en cuenta.

El punto más importante que debe recordar ya ha sido mencionado: la neutralidad. Jamás indique en forma alguna cuál de las

posibles respuestas espera obtener de la entrevistada.

1. Términos a usar en las preguntas:

Es obligación del entrevistado hacer todas las preguntas exactamente como están redactadas en el cuestionario, con las mismas palabras y respetando cuidadosamente la puntuación. Esto es muy importante para la investigación, ya que es la única forma de asegurar la uniformidad de las preguntas. Los términos bajo los cuales se han redactado las preguntas han sido cuidadosamente elegidos, de manera que al alterar éstas palabras puede cambiar el significado o afectar la neutralidad, y de tal forma, cambiar o influenciar la respuesta. Aún en el caso de que el entrevistador piense que podría formularse mejor la pregunta, abstengase de hacerlo.

2. Repetir la pregunta:

Entrevistar a una persona no siempre es tan sólo cuestión de leer en voz alta una serie de preguntas y anotar las respuestas. Es posible que una pregunta que se haga al entrevistado no produzca inmediatamente una respuesta relevante. Es posible que diga "No sé", o que le dé una respuesta fuera de propósito, vaga o imprecisa, o hasta puede negarse totalmente a contestar la pregunta.

A menudo estas dificultades surgen no por ignorancia genuina por parte del entrevistado, sino porque:

- ha comprendido mal la situación. Por ejemplo, decir "no sé" o negarse a contestar la pregunta porque es tímida o porque tiene miedo. Si este es el caso, lo primero que debe hacer es aclarar el malentendido asegurando la naturaleza confidencial de la información,

- ha comprendido mal la pregunta (sobre todo cuando la pregunta es larga). En cualquier caso, antes de repetir la frase en otros términos, debe explicar la pregunta o hacer algunas preguntas adicionales para obtener la información deseada o deberá repetir la pregunta clara y lentamente.

- el entrevistado contesta "No sé" porque ya vio en el cuestionario que existe la alternativa N.S., por lo tanto el entrevistado no debe leer las posibles respuestas en el cuestionario.

3. Explicar o cambiar la frase:

Puede suceder en ocasiones que un entrevistado tenga dificultad para entender alguna pregunta en particular. En tales casos, siempre y cuando cumpla con las indicaciones anotadas anteriormente, es posible que se vea obligado a cambiar la pregunta, poniéndola en otros términos. Esto debe hacerse únicamente cuando resulta evidente que el entrevistado no comprende la pregunta, después de habérsela repetido usando las mismas palabras originales. Entonces, como una excepción, debe hacer la pregunta con palabras más sencillas o más familiares. Pero tenga cuidado de no cambiar el significado de la pregunta. Cuando se trate de una pregunta destinada a obtener conocimiento, opiniones o actividades, siempre debe evitar ponerla en otros términos.

4. Indagar o sondear:

Puede suceder que la respuesta dada por la persona entrevistada a una pregunta no resulte "satisfactoria" desde nuestro punto de vista. La respuesta puede ser incompleta o fuera de propósito, o a veces puede suceder que la entrevistada sea incapaz de contestar la pregunta que se le ha formulado.

Si esto sucede, a fin de obtener una respuesta completa a la pregunta original, deben hacerse algunas preguntas ADICIONALES. Hacer preguntas adicionales para obtener una respuesta completa con todos los detalles requeridos se llama "sondear" o "indagar". Los sondeos deben hacerse con palabras que sean neutrales y no guíen al entrevistado para responder en alguna dirección particular. Algunos sondeos neutrales podrían ser los siguientes:

- "¿Puede explicarme un poco más?"
- "¿En qué forma?"
- "¿Disculpe, pero no oí muy bien lo que dijo; podría repetírmelo?" por favor!"
- "¿No hay ninguna prisa. Tómese todo el tiempo que quiera para pensar?"
- "¿Puede decirme lo que está pensando?"

A continuación se presentan algunos ejemplos de sondeos INCORRECTOS. Estos no deben usarse, ya que no son neutrales, sino sugieren una respuesta al entrevistado:

- "Esa fue la única vez que usted ¿verdad?"
- "Supongo que usted no ha usado este método, ¿verdad que no?"
- "Sólo ha tenido relaciones sexuales con una mujer durante los últimos 30 días, ¿verdad?"

Sondear es probablemente la parte más difícil de la tarea del entrevistador. Pero también se convierte en la más satisfactoria, especialmente cuando se obtienen buenas respuestas como resultado del sondeo.

E. El error de asumir cosas por adelantado

A menudo los antecedentes, la educación, la clase social, la situación económica, las actitudes, la personalidad, etc., de la persona entrevistada son diferentes de los del entrevistador.

También es probable que se encuentre con personas que viven en un ambiente y en situaciones totalmente diferentes de los suyos. En todo momento debe tenerse el mayor cuidado de evitar cualquier expectativa" respecto a la capacidad del entrevistado para responder ciertas preguntas específicas o respecto a las respuestas que podría dar a esas preguntas.

No abrevie o cambie las palabras en que están redactadas las preguntas solamente porque le parece que el entrevistado es una persona muy educada, inteligente o culto. No sugiera o asuma respuestas porque el entrevistado es menos educado. Siempre haga suficientes preguntas de sondeo cuando la situación lo requiera. Por ejemplo, si se trata de una persona poco educada en una zona rural, jamás asuma que no puede saber mucho acerca del SIDA, los preservativos u otros temas.

Además, no sólo debe evitar sus propias expectativas, sino que debe ser sensible a las expectativas del entrevistado. Su comportamiento, su modo de hablar y hasta su apariencia pueden desaminar al entrevistado o hacerlo subestimarse a sí mismo. Debe asegurar la naturaleza confidencial de la información cada vez que sea necesario. Si no consigue una respuesta inmediata, espere y jamás sea impaciente. Si no comprende alguna respuesta pregunte, de nuevo, pero sin indicarle en forma alguna que es por culpa de ella. A fin de evitar que el entrevistado ajuste sus respuesta a lo que él cree es lo esperado o lo deseable. Lo mejor que el entrevistador puede hacer es evitar conscientemente sus propias expectativas durante la entrevista.

El cuestionario tiene una serie de opciones para que la persona escoja los términos sexuales que lo hagan sentir a gusto.

La información sobre estas posibilidades se brindan al principio del cuestionario. Asegúrese de aprender las palabras preferidas por el entrevistado y úselas a partir de ese momento.

El cuestionario tiene preguntas de de información y preguntas sobre actitudes. En ambos casos lo que interesa saber es lo que la persona opina o piensa.

Si el entrevistado desea saber si lo que opina es correcto o no, señálele que puede brindarle la información al final de la entrevista.

PRESENTACION DEL ENTREVISTADOR

El entrevistador debe decir que este es un proyecto de la OMS (Organización Mundial de la Salud), apoyado por la Asociación de Lucha contra el Sida, organizado y coordinado por miembros de la comunidad gay de Costa Rica y con el propósito de lograr una mayor efectividad en las futuras campañas de prevención.

Debe hacerse énfasis en la confidencialidad del proyecto, el anonimato de los entrevistados y la independencia del gobierno y sus instituciones.

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL ENTREVISTADOR

a-Capacitarse debidamente para desempeñar el cargo encomendado. Durante el curso de capacitación debe estudiar cuidadosamente el manual del entrevistador y el cuestionario, así como practicar el mayor número posible de entrevistas simuladas. Debe tener presente, además, que el período de entrenamiento formal le proporciona el conocimiento y la información básica; por ello, puede considerarse que el adiestramiento continúa durante todo el trabajo de campo, a través de la observación, la supervisión continua y la discusión de las experiencias con otros compañeros y con el coordinador.

b-Confeccionar una lista de los entrevistados de acuerdo con el número de personas por grupo asignado.

La lista debe contener: nombre, dirección y número de teléfono con el fin de poder entrevistar a estas personas en el futuro para cumplir con uno de los propósitos del proyecto de repetir la experiencia investigativa e impedir que haya repetición de los encuestados.

c-Las listas de nombres son confidenciales y deben ser entregadas, estrictamente al coordinador del proyecto. Se prohíbe enseñar estas listas a otros participantes del proyecto.

Si un encuestador conoce más personas de un determinado grupo de los que se le asignó debe informar al coordinador para intercambiar con otros encuestadores a quienes les resulte difícil obtener personas a quienes entrevistar en ese grupo.

d-Los cuestionarios deben ser entregados completamente llenos.

La revisión de los cuestionarios es una tarea ardua pero necesaria y forma parte integral de todo el proceso de la encuesta. Cada entrevistador tiene la responsabilidad de llenar correctamente los cuestionarios. Posteriormente estos serán revisados por el coordinador quien los revisará en detalle. Esto se hace con el fin de corregir cualquier error que se haya pasado por alto. Aquellos cuestionarios que presenten fallas considerables serán devueltos para que sean llenados correctamente.

e-Cada encuestador debe traer la ADC, los cuestionarios por semana y la ADC pagará 1000 colones por cada uno de los cuestionarios completos. El pago se hará mensualmente, sobre el número de los cuestionarios entregados los cuales serán sometidos al proceso de verificación computarizado que determina la veracidad de los cuestionarios.

f-Debido a lo amplio del cuestionario, el encuestador deberá pedir una cita y realizar la entrevista en un sitio apropiado.

g-Entregar un informe mensual a los etnógrafos sobre aspectos relevantes y especiales (no comunes) que puedan enriquecer la investigación etnográfica.

h-Llevar listas de los entrevistados dispuestos a participar en la investigación etnográfica.

Document #6

SAMPLE DISTRIBUTION

La Torre	67
Cucharones	40
Cantabrico	21
La Avispa	19
Shalom	13
Gay Professionals	35
Urban Transvestites	20
Transvestite prostitutes	20
Prostitutes	20
Bisexuals	35
Closet Men	30
Provincial People	25
Zero-positive	25
Adolescents	30
Prission	20
Total of cases	420

DOCUMENTO # 7

FUNCIONES ESPECIFICAS DE ENCUESTADORES

1. Asistir a las sesiones de entrenamiento programadas.
2. Realizar las entrevistas personalmente de acuerdo con los grupos asignados. Ninguna persona que esté desautorizada puede sustituirlo en su labor.
3. Solicitar permisos para cambios únicamente al coordinador del proyecto.
4. Entregar semanalmente en la ADC los cuestionarios debidamente llenados. El responsable de la recepción de los cuestionarios es el Lic. Johnny Madrigal.
5. Asistir quincenalmente a una reunión general con el coordinador y los etnógrafos.
6. Informar inmediatamente al coordinador acerca de cualquier problema surgido.
7. Llevar una lista personal de los encuestados que no debe ser conocida por nadie más que el coordinador. Los nombres de la lista no deben ser identificables con los cuestionarios.

FUNCIONES DEL COORDINADOR DEL PROYECTO

1. Es el responsable directo de la buena marcha del proyecto. Esto incluye la traducción del material relacionado y del cuestionario cuantitativo.
2. Rendir informes investigativos a la Organización Mundial de la Salud.
3. Servir de enlace con todos los organismos y personas relacionadas directamente o indirectamente con el proyecto.
4. Formular el modelo teórico, las hipótesis y los mecanismos (metodología) necesarios para la investigación cuantitativa y cualitativa del proyecto.
5. Contratar el personal idóneo para la realización de la investigación.
6. Supervisar el trabajo y realizar las modificaciones que sean necesarias.
7. Participar en las sesiones focales, el trabajo de campo y las entrevistas.
8. Mantener la comunicación directa con encuestadores, etnógrafos y estadísticos.
9. Elaboración del informe final.



UNA GUIA PARA LA INVESTIGACION CUALITATIVA
EN LA COMUNIDAD GAY DE COSTA RICA:
LA CULTURA SEXUAL Y LA CULTURA DE SALUD Y ENFERMEDAD (1)

- (1) Adaptado y traducido por Patricia O Connor, Ph.D. del trabajo de la reunión del Grupo de Trabajo de la OMS sobre "Estudios Cualitativos Sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias, y Practicas (KABP) y Relaciones de la Pareja (PR)", 17 al 20 de abril, 1989, Ginebra, Suiza.

I. INTRODUCCION

Hasta que haya una vacuna para prevenir la infección del VIH o una curación médica para el SIDA, la educación y promoción en salud son las únicas medidas efectivas para retardar la propagación de la pandemia internacional. Los programas de educación en salud deberán ser diseñados para motivar cambios en la conducta que reduzcan el riesgo de adquirir y transmitir el VIH. Estos programas dependerán de una comprensión profunda de las conductas vinculadas con la transmisión del VIH, los determinantes de estas conductas, y las oportunidades potenciales para modificarlas. Sin embargo, se conoce muy poco acerca de estos temas complicados, y la falta de datos confiables se ha convertido en uno de los impedimentos principales que está limitando el desarrollo de respuestas efectivas contra la propagación de la infección del VIH y el SIDA.

Tomando en cuenta estas consideraciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está desarrollando varias iniciativas en la investigación social y de conductas sobre diferentes temas con el fin de recolectar datos que sean útiles para el diseño y la implementación de mejores programas de intervención contra el SIDA. Se ha dado énfasis especial al estudio de las conductas sexuales vinculadas con la transmisión del VIH. Se desarrollaron cuestionarios sobre las relaciones sexuales que servirán como instrumentos para la obtención de datos comparables de diferentes culturas. Se espera poder utilizar estos datos para el diseño de material educativo. La OMS también ha reconocido la importancia de los pre-establecidos sistemas explicativos, es decir, de los diferentes sistemas culturales de creencias. Para entender mejor estos sistemas, la OMS ha desarrollado diferentes cuestionarios sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en diferentes poblaciones (homosexuales y bisexuales; población general; drogadictos, etc.). La recolección de datos sobre las maneras en que individuos y grupos de diferentes contextos culturales entienden y perciben los riesgos relacionados con la infección por el VIH y el SIDA ayudará en la preparación de intervenciones apropiadas para grupos culturales específicos.

La investigación social en estas áreas es especialmente importante dada la necesidad urgente de lograr datos de base sobre una serie de temas que previamente han recibido poca o ninguna atención investigativa. Los cuestionarios de la OMS sobre conducta sexual y VIH/SIDA ofrecerán la posibilidad de documentar a nivel mundial la diversidad de actitudes y conductas tanto dentro de como entre diferentes sociedades y culturas. Sin embargo, los objetivos de estos estudios son bastante descriptivos: describir patrones de la conducta sexual en términos de número de parejas, naturaleza de la relación, y exposición a la infección del VIH; describir patrones de prácticas preventivas como el uso del preservativo; medir las creencias, actitudes, y toma de decisiones acerca de los temas sexuales e identificar su relación con la conducta actual;

describir el conocimiento existente sobre el VIH / SIDA, su causa, formas de transmisión, y manifestaciones; y determinar los cambios en la conducta que se están llevando a cabo con la diseminación de información sobre el SIDA.

A pesar de la importancia de esta información descriptiva recolectada mediante una encuesta, cuando sea posible, se le debería vincular con información más profunda obtenida mediante la investigación cualitativa. Dada su naturaleza, los cuestionarios son limitados en cuanto a su utilidad para situar o contextualizar los resultados de la investigación. Hasta el más cuidadosamente preparado cuestionario, una encuesta puede ofrecer solamente un discernimiento limitado sobre la variación compleja de los significados sociales y culturales relacionados con conductas específicas. Pensando en la meta principal de estos proyectos investigativos de transformar los resultados en programas efectivos, las cuestiones sobre contexto y significado tienen una importancia capital. La observación y descripción etnográfica, entrevistas de profundidad, grupos focales, y el análisis de fuentes secundarias de datos (como encuestas demográficas y registros vitales) pueden jugar un papel muy importante en extender y profundizar los datos recolectados mediante una encuesta. La información cualitativa sirve para desplazar el análisis desde la descripción de las relaciones sexuales y los conocimientos y creencias hacia el análisis explicativo. Al final de cuentas, éste será necesario para convertir los resultados de proyectos de investigación en programas que sean culturalmente y psicológicamente apropiados.

La presente guía se escribió con el fin de ayudar a los investigadores con poca experiencia en el uso de los métodos cualitativos a orientarse para que puedan diseñar e integrar estudios cualitativos con los estudios cuantitativos sobre el SIDA. Después de una descripción de los objetivos del estudio y del marco conceptual, la guía incluye un resumen de los principales métodos cualitativos y fuentes de datos que se pueden integrar con estudios cuantitativos. Finalmente, se describe las normas éticas para el trabajo cualitativo, una estrategia general para el análisis de los datos y la divulgación de los resultados.

II. RESUMEN Y OBJETIVOS DEL PROYECTO

2.1 Resumen

El propósito de este proyecto realizado por el Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional y la Asociación Demográfica Costarricense es documentar la vida cultural gay de Costa Rica y su reacción ante el SIDA. El proyecto combinara los métodos cuantitativos y cualitativos de investigación para lograr una comprensión amplia y profunda de la actual situación de la comunidad gay en cuanto a SIDA y sexualidad. Se

requiere urgentemente los resultados del estudio para diseñar programas educativos de prevención para cada uno de los subgrupos que pertenecen a la comunidad gay en Costa Rica. El estudio enfocará tanto los grupos de fácil acceso como de difícil acceso. La investigación en el primer grupo se realizará en cinco bares gay que representan los diferentes niveles socioeconómicos. El segundo grupo, los hombres de difícil acceso incluye los trabajadores del sexo (travestis, masculinos y los de la calle), bisexuales, presidiarios, seropositivos, y hombres que se encuentran en los parques, cines y saunas.

2.2. Objetivos

El objetivo principal del estudio es describir los determinantes individuales y culturales de la conducta sexual y la reducción del riesgo frente al VIH.

Los objetivos específicos del estudio son:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y creencias relacionados al VIH y SIDA.
2. Determinar el conocimiento de la relación entre ciertas prácticas sexuales y el riesgo de la infección por el VIH.
3. Describir el nivel de asociación entre la ideología sexual a nivel individual (creencias, actitudes y la toma de decisiones) y la conducta sexual.
4. Describir los patrones de la conducta sexual en términos de conocimientos, actitudes y uso de condones y otros métodos de prevención.
5. Determinar los patrones sexuales predominantes en términos de número de compañeros, prácticas sexuales y riesgo de infección en los diferentes grupos de estudio.
6. Describir los factores que predisponen cambios hacia el sexo seguro (conocimientos, actitudes, creencias, edad, nivel socioeconómico, etc.).
7. Describir las variables que facilitan y refuerzan los cambios permanentes en la conducta incluyendo las normas culturales, presión de amigos, servicios comunitarios, educación preventiva, etc.

III. MARCO CONCEPTUAL

Aún cuando los agentes responsables de una enfermedad aparecen espontáneamente en la naturaleza, una epidemia no es un evento espontáneo. Al contrario, las epidemias son fenómenos sociales e históricos, y hay que analizarlos en términos sociales e históricos. La pandemia internacional del VIH y SIDA demuestra esto claramente. El VIH se transmite a través de las conductas humanas, las cuales siguen patrones sociales y culturales. También, el cuidado y las actitudes hacia las personas con VIH o SIDA reflejan el orden social. Mientras un cuestionario puede responder a estas dimensiones sociales del VIH y SIDA en forma limitada, la investigación cualitativa puede descubrir las normas y creencias que están detrás de y dan significación a la conducta. El presente documento trata de desarrollar un marco conceptual para el estudio de la cultura sexual y la cultura de salud y enfermedad. Estas dos áreas de la investigación cualitativa deberán complementar el diseño de la investigación cuantitativa, contribuir a su implementación y enriquecer su análisis.

Se conocen muy bien los problemas en la administración de investigación comparativa en diferentes culturas. Uno de los principales problemas, particularmente en el estudio de temas delicados y emocionales como es la sexualidad y la enfermedad, es la carencia del lenguaje para describir el fenómeno bajo estudio. Los términos y categorías utilizados en la discusión científica pueden no corresponder con los términos y categorías autoctonas utilizados en el lenguaje cotidiano de los sujetos de la investigación. El uso de métodos cualitativos que sean culturalmente sensibles pueden jugar un papel central en facilitar la traducción del sistema autoctono de pensamiento en la descripción y análisis de los datos sobre sexualidad y enfermedad. Esto contribuye directamente a la producción e implementación de programas socialmente efectivos.

3.1. La Cultura Sexual - Generalidades

Esta sección examina los factores socioculturales que influyen en la conducta, las normas y los papeles sexuales que estén relacionados con el riesgo de la transmisión sexual del VIH en diferentes contextos sociales. Investigaciones realizadas en los últimos diez años han demostrado la importancia del ambiente sociocultural en determinar los aspectos básicos de la conducta sexual. Muchos investigadores han reconocido la importancia del individuo y de la sociedad como 2 polos de descripción y análisis. Hay más atención hoy en día acerca de los sistemas de significación para entender los patrones individuales y sociales de sexualidad. El sexo ya no se percibe como un patrón o hecho biológico, sino como una experiencia conformada por la cultura, por el mundo interior y el mundo material en que vive el ser humano.

Un instrumento básico en el estudio de la sexualidad es el concepto de la cultura sexual: los sistemas de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas que dan estructura a la sexualidad en diferentes contextos sociales. Esto trae a discusión la relación entre la sexualidad y el sistema social, la religión, la política y la economía. La cultura da forma a la sexualidad individual a través de los papeles, normas y actitudes en cada una de estas instituciones. A su vez, la cultura contribuye a la reproducción de la colectividad. Dada la relación entre patrones individuales y colectivos, el estudio de ambos niveles es esencial para un estudio comprensivo de la cultura sexual.

La medición de estos dos niveles requiere de información cuantitativa y cualitativa. Las dimensiones básicas para la descripción de la cultura sexual involucran la diferencia entre los ideales culturales vs. las conductas reales, conductas privadas vs. conductas públicas, conductas voluntarias vs. impuestas. Aunque las normas elaboradas en una sociedad puedan dictar una forma de conducta, en realidad una amplia gama de diferentes conductas pueden encontrarse en una comunidad. Por ejemplo, la fidelidad entre parejas puede ser el ideal preterido, pero las relaciones sexuales con diferentes compañeros pueden ser comunes. Lo que la gente dice y hace con respecto a la sexualidad puede diferir o aun contradecir su conducta privada sexual. La conducta sexual puede ser voluntaria o impuesta: en algunas sociedades la iniciación de la vida sexual puede ser ritualizada o institucionalizada en otra forma, mientras en otras sociedades, ocurre como preferencia individual. Una encuesta por muestreo puede ser muy limitada en su capacidad de describir y explicar estas distinciones porque tiene menos posibilidades de utilizar las categorías, el lenguaje y los sistemas de significación autóctonas.

Existe una distinción en la investigación antropológica y lingüística entre las perspectivas internas y externas. Las categorías culturales y lingüísticas varían entre las sociedades, así que el entendimiento de la sexualidad en diferentes contextos depende del entendimiento de estas categorías. El género es un ejemplo de una fundamental categoría cultural que no se reduce a una sencilla dicotomía biológica. Al contrario, el género puede variar mucho entre las sociedades o en las diferentes etapas de la vida del individuo. Las personas biológicamente hembras y varones necesariamente están expuestas a un proceso de socialización sexual mediante el cual se da forma a las nociones de masculinidad y feminidad durante el ciclo de vida y entre las diferentes culturas. La socialización sexual es el proceso mediante el cual una persona aprende los sentimientos, deseos, papeles y prácticas que sean "típicos" de una persona de su

grupo de referencia en la sociedad. Una sociedad puede manifestar diferentes formas de la socialización sexual, por ejemplo socialización como hembra o varón. Otro concepto importante es el de orientación sexual - una preferencia establecida y perdurable por el contacto sexual con personas del mismo sexo o del sexo opuesto. Variaciones de esto incluyen por ejemplo el uso de objetos sexuales o la bisexualidad. Una sociedad define una norma para la orientación sexual "adecuada" de una persona del sexo masculino o femenino. De esto salen los patrones del deseo y las prácticas sexuales que sean aceptados socialmente. Sin embargo, cada sociedad tiene individuos y grupos que expresan otros deseos y prácticas sexuales, algunos de los cuales son aceptables y otros que son rechazados por la sociedad. En resumen, el entendimiento de las categorías de la socialización sexual en general, y especialmente las variaciones en estas categorías, requiere de un cuidadoso análisis de la perspectiva interna antes del análisis de sexualidad desde la perspectiva externa.

En esta sección se examinarán varias categorías básicas que se utilizan para la descripción y análisis de la cultura sexual. Estas no son las únicas categorías relevantes, sino que se seleccionaron para complementar los temas en los cuestionarios de la OMS.

3.1.1. Aspectos Demográficos y Sociales

Es muy importante enfatizar que los informantes de la investigación cualitativa pueden tener varias interpretaciones de las categorías demográficas y sociales que se utilizan en las encuestas. Por ejemplo, las diferentes sociedades pueden dar diferentes sentidos a la edad, religión, educación, lugar de residencia, estado civil, sexo del compañero y secuencia de las experiencias sexuales. La investigación cualitativa sobre la significación de cada uno de estos temas es un ejemplo del posible uso de datos cualitativos para contextualizar datos cuantitativos y poder desarrollar los criterios necesarios para futuras comparaciones entre diferentes culturas.

Buenos ejemplos de estas variaciones culturales se pueden encontrar en las categorías de religión, edad y lugar de residencia. La edad, por ejemplo, parece ser una categoría objetiva, pero en realidad, algunos factores culturales como valores, creencias y actitudes tienen mucha influencia sobre la edad, afectando la percepción de la persona como un ser sexual. Diferentes valores y conductas sexuales pueden ser dictados según la edad en diferentes sociedades. También, hay normas y reglas para lo que una persona puede saber, puede decir, puede sentir, y puede hacer según su edad.

La religión es otro atributo social que influye muchas áreas importantes de la conducta. En algunas sociedades, el matrimonio y la sexualidad son regulados por códigos y normas religiosas sobre quien puede y quien no puede tener prácticas sexuales con ciertos compañeros sexuales. Las creencias religiosas son motivaciones y sanciones particularmente poderosas para la conducta sexual. Las diferencias religiosas a nivel social y a nivel individual que influyen la conducta pueden ser difíciles de encontrar empleando solo métodos cuantitativos.

También, el lugar de residencia y la movilidad geográfica tienen una relación importante con la conducta sexual. La diferencia entre áreas urbanas y rurales es importante en la demografía, pero también es una diferencia que tiene significados culturales que serían difíciles de encontrar en una encuesta tradicional. Por ejemplo, en muchas sociedades, la urbanización se relaciona con la expansión del espacio social para encuentros sexuales y nuevos modelos conceptuales para las prácticas sexuales. En Costa Rica, las áreas urbanas tienen más lugares de ríque y espacio para actividad social entre gays que en las áreas rurales. Además, en muchos casos es más difícil mantener una relación estable con otro hombre en las provincias que en el área metropolitana de la capital.

Además, los movimientos de la población como por ejemplo la migración ocupacional pueden estar asociados en forma directa o indirecta con la práctica sexual. La selección de la ocupación puede ser motivada por los intereses sexuales.

Estos ejemplos son unos pocos de las posibles variables que demuestran que los datos demográficos deben ser complementados con información cultural. El punto principal es que la información de tipo cultural es muy útil en la contextualización de los datos generados por la encuesta.

3.1.2. Relaciones de la pareja

Al como muchas de las características sociales y demográficas que ya se han discutido, el mero concepto de un "compañero sexual - una pareja" es una noción cultural que permite un espectro amplio de definiciones en todo el mundo. En los proyectos de investigación de la UMS sobre los compañeros sexuales se han dado cuenta que es difícil definir un compañero habitual comparado con el compañero ocasional. Obviamente, entra el aspecto del tiempo - si la relación dura mucho tiempo, entonces es una relación habitual. ¿Pero cuánto tiempo es necesario? ¿Y que pasa si la relación tiene poco tiempo pero la pareja piensa seguir? ¿Y que importancia tienen todas las variables acerca de los sentimientos? Además, la posibilidad de establecer una relación estable varía con el nivel socioeconómico de la pareja - según la

clase social y nivel de ingreso existe la posibilidad, por ejemplo, de tener una casa propia entre la pareja. La definición del "amante" varía con el nivel socioeconómico.

Cada cultura define el concepto de una relación en diferentes formas. Este concepto también varía a nivel individual, especialmente en las diferentes etapas de la vida. Ya para el adolescente, una relación que dura un mes puede ser definido como una relación estable, mientras para el adulto, una relación estable podría requerir de una duración mucha más larga.

La historia de las relaciones sexuales de los informantes es un tema importante de la investigación cualitativa. La mayoría de los estudios sobre la transmisión del VIH reconocen la importancia de la historia sexual para comprender el riesgo sexual. Por ejemplo, se averigua el número de relaciones y compañeros sexuales que ha tenido cada informante. ¿Existe un valor sociocultural en cuanto a la fidelidad y duración de la relación? ¿Es condenado o aceptado el hecho de mantener varias relaciones al mismo tiempo? ¿Es preferible terminar una e iniciar una nueva relación? Además, queremos buscar datos sobre los motivos de cada pareja en una relación: los motivos sexuales, financieros y emocionales son prominentes en muchas culturas.

En la mayoría de las sociedades la institución del matrimonio es de la mayor importancia en la definición de parejas. La sociedad define un rango de edades los cuales son aceptables para casarse tanto para el hombre como la mujer. El matrimonio está vinculado con tantos otros aspectos de la vida que desde luego influyen a la comunidad gay. Hay muchos hombres gay que optan esconder su identidad, casándose con una mujer. Con la aparición del SIDA en Costa Rica en 1985, este patrón se reforzó - el número de matrimonios de hombres gay con mujeres heterosexuales aumentó. También creció el porcentaje de aquellos que optaron por buscar una novia. La investigación cualitativa puede buscar las explicaciones para este patrón. La negación de su sexualidad puede ser un factor importante, ya que muchos hombres gay en Costa Rica tienen un enorme temor a verse expuestos como tales. Pueden evitar una confrontación con la sociedad cuando se casan.

Aparte de las normas culturales predominantes en un país o una sociedad, la cultura gay también define los ideales y las normas sociales que dictan la conducta sexual y la formación de relaciones. Por ejemplo, en Costa Rica, una de las normas sociales para algunos hombres gay es buscar un compañero que aparezca lo menos posible gay. Así, la pareja puede salir al cine, a restaurantes, etc. sin preocuparse de ser descubiertos como gays.

Es importante enfatizar la diferencia entre la conducta sexual y la identidad sexual. Por ejemplo, en unas sociedades, personas pueden practicar conductas homosexuales, pero no necesariamente se identifican como homosexuales. Un hombre adulto puede ser la pareja activa en el coito anal mientras al mismo tiempo es casado y se identifica como heterosexual. Otros hombres que practican las mismas conductas pueden identificarse como bisexuales.

En unas sociedades como la región del Pacífico Sur tienen un patrón de práctica sexual que requiere que durante la época de la adolescencia los varones tengan que practicar la relación sexual exclusivamente con personas del mismo sexo. Después tienen que practicar el sexo exclusivamente con personas del sexo opuesto. En otras sociedades que están en un proceso de rápido cambio social, como Brasil, se encuentran diferentes formas de las relaciones homosexuales coexistentes en la misma sociedad durante la misma época histórica. En Brasil, ninguna de las relaciones entre hombres necesariamente se define como gay. La categoría gay apareció durante la época moderna y no se ha implantado en igual forma en todas las sociedades. En una sociedad dada, es importante investigar las normas sociales y sexuales dentro de la comunidad gay y para los hombres que no se identifican con la comunidad gay. Se encontrará que existen ciertas diferencias en cuanto a los sistemas de creencias, actitudes y conductas.

Como las relaciones entre personas del mismo sexo, hay una amplia variedad de relaciones en las cuales se cambia el sexo por dinero, regalos o favores (como una promoción, una cena, una invitación al cine). Estas relaciones pueden ser ocasionales o habituales. La estructura y definición popular de la prostitución demuestra variaciones dentro de la misma sociedad. Unos hombres pueden considerar que han tenido un "intercambio" mientras la misma relación para otros es la prostitución.

La investigación de las motivaciones atrás de la prostitución debe incluir los sentimientos del prostituto, su necesidad económica, el desarrollo de su identidad sexual, y las situaciones de posible coerción física o presión social que puedan presentarse. Hay que profundizar la prostitución a nivel individual (la auto-percepción de la actividad que tienen los prostitutos) y la percepción social de la prostitución - ambos temas son sumamente importantes para el desarrollo de programas de prevención. Se requiere de información detallada sobre el conocimiento de su propia conducta riesgosa, como toman decisiones sobre el uso de condones, cómo complacen a sus clientes y como negocian la relación sexual.

3.1.3. Prácticas Sexuales

El estudio de la cultura sexual nos ha revelado la importancia de entender bien las categorías autoctonas de la gama de prácticas sexuales en diferentes lugares. Otra vez es importante describir la diferencia entre los ideales culturales y las conductas reales dentro de la misma población y para una misma persona a través del tiempo. Cada sociedad aporta estrategias múltiples para los encuentros sexuales que pueden involucrar normas y reglas implícitas que es difícil de captar en un cuestionario estructurado. Por ejemplo, un hombre puede practicar en forma constante el sexo seguro con su compañero habitual. Probablemente él está dispuesto a contar esto al encuestador. Sin embargo, de vez en cuando, con compañeros ocasionales, el mismo hombre practica el sexo inseguro, una cosa que difícilmente va a admitir al encuestador. Para investigar estos temas delicados en una forma confiable hay que desarrollar con tiempo una relación de mucha confianza y muy privada. Se debe notar que al definir ciertas prácticas como prohibidas, una cultura está automáticamente a su vez incluyéndolas dentro de las posibilidades imaginables. El investigador debe indagar para el contenido de estas prácticas sexuales con informantes muy cuidadosamente seleccionados. Una descripción de las definiciones sociales del placer y dolor, del éxito y fracaso sexual y de excitación y aburrimiento son importantes para la construcción de un mapa cultural que nos permita averiguar los riesgos del VIH.

Otras categorías autoctonas de la conducta sexual incluyen la diferencia entre prácticas de penetrar y de ser penetrado (el "activo" vs. el "pasivo"). Por ejemplo, en muchas sociedades existe una jerarquía sexual. El acto de penetrar tiene un valor positivo, mientras el acto de ser penetrado se ve negativamente porque se lo caracteriza como "femenino". En muchas sociedades existe un prejuicio social que nace del "activo" un ser "menos" homosexual y ergo más valioso y con más poder. Es el activo que determina con mayor frecuencia si se practica o no el sexo seguro. En el caso de diferencias de clase social o de edad y en contexto de la prostitución, el individuo con más dinero o experiencia es el que decide muchas veces lo que se practica.

Las características del compañero sexual son también reguladas socialmente. El sexo, edad, clase social, profesión y raza pueden contribuir a la conveniencia o repugnancia de posibles compañeros sexuales o prácticas sexuales. Hay que investigar si las prácticas ocurren a nivel individual, entre una pareja, o a nivel de grupo para entender el grado de riesgo y las posibles maneras de reducir éste. Cada cultura provee diferentes oportunidades para la práctica sexual - como ocasiones ceremoniales - que pueden ser socialmente impuestas

o desaprobadas. También pueden existir diferentes periodos cuando se permite más la exploración sexual - como por ejemplo la adolescencia y en épocas como fin de año.

Otro tema que se debe enfatizar es el tiempo o secuencia de las relaciones o prácticas sexuales. Por ejemplo, las normas sociales aceptan que un joven practique la masturbación, pero esta misma práctica en el adulto se ve negativamente. Es importante estudiar la historia de las prácticas sexuales, aún antes del establecimiento de las uniones maduras. La iniciación de la vida sexual demuestra variación cultural tanto en la edad y sexo de la pareja como en si es conocida o desconocida. Además de los datos sobre la iniciación sexual, se debe averiguar si estas interacciones son estructuradas o no-formales.

En resumen, mientras el cuestionario pueda recolectar información sobre la frecuencia de diferentes actos sexuales y número de parejas sexuales, no nos proporciona información que explique por qué un individuo practica esta conducta sexual. La investigación cualitativa nos da información sobre el significado erótico de las prácticas sexuales: ¿qué hace que una práctica satisfaga a una persona? ¿cuál es el valor erótico de las prácticas sexuales? ¿cuál es el significado psicológico de las prácticas? etc.

3.1.4 Lenguaje Sexual

No se puede subestimar la importancia del lenguaje en el estudio de la cultura sexual. En muchas culturas, el género está incorporado en el lenguaje. Los varones tienen ciertos términos y conceptos que se expresan a través del lenguaje; las mujeres tienen otros términos y conceptos.

Existe una distinción importante entre el lenguaje formal y no-formal, especialmente en lo referente al sexo y las oscenidades. El investigador debe averiguar el lenguaje íntimo del deseo y excitación sexual - que se utiliza entre amantes en situaciones privadas. A su vez, muchas sociedades utilizan términos populares para hablar en general de la naturaleza de lo masculino y femenino, de reproducción y placer sexual, la sexualidad durante una etapa de la vida (por ejemplo durante la adolescencia se cree que la gente es muy activa sexualmente mientras durante la tercera edad la gente es menos activa). Además, se estigmatiza lingüísticamente ciertas prácticas sexuales o grupos de individuos, a veces utilizando una etiqueta a la persona. Se puede estudiar la lingüística para entender que es lo permitido y lo desaprobado en una sociedad. Los términos que se utilizan pueden indicar el estatus social de una persona - por ejemplo, pueden existir varios términos para un hombre muy promiscuo que indican que la promiscuidad es una práctica poco aceptable en la sociedad.

La aplicación de estos terminos pueden traer negativas consecuencias sociales y psicologicas a la persona.

Es importante recordar que el lenguaje se ubica dentro de una relación compleja con la conducta y la cultura. Aunque no exista un termino popular para una practica no quiere decir que la practica esta ausente en la población - mas bien, el estudio de los terminos existentes (formales y populares) nos da una idea del sistema de valores de una sociedad. Hay que entender las categorías y terminos autoctonos para proyectar el paisaje cultural, una actividad esencial para conocer los factores básicos de la experiencia sexual de un grupo.

El investigador tendra que establecer durante entrevistas repetidas una relación de confianza y respeto mutuo con el informante para asegurar la captación de informacion valida y confiable.

En conformidad con los patrones de las comunidades gays en otros países, especialmente entre los hombres gay mas identificados como tales. Sin embargo, se han identificado seis factores que, independientemente del nivel de conocimiento sobre el SIDA, que influyen en la practica del sexo seguro. Se incluye la descripción de los factores en esta guía para sugerir temas importantes sobre la cultura sexual para facilitar la planificación del estudio cualitativo.

3.2.1. Negación

En el caso costarricense, la información acerca del SIDA había llegado mucho antes de que aparecieran los primeros casos. A pesar de ello, la epidemia se desarrolló fácilmente. La reacción de la comunidad gay fue lenta. Muchos individuos negaron la realidad con frases como "de algo hay que morir." "esta enfermedad no va a azotarnos aquí porque somos menos promiscuos," "todo esto es una invención de la prensa" y otras salidas. El número de matrimonios de hombres gay con mujeres heterosexuales aumentó; también creció el porcentaje de aquellos que optaron por buscar una novia, abstenerse de las relaciones homosexuales.

Se podría hipotetizar que las comunidades gays desorganizadas y políticamente reprimidas como la de Costa Rica, tienden a reaccionar muy lentamente ante una amenaza. Parte del problema se debe a que han estado enfrentándose a la sociedad con dosis mayores de negación. Muchos hombres gay en Costa Rica, por ejemplo, tienen un enorme temor a verse expuestos como tales y buscan evitar una confrontación con la sociedad. Esta negación afecta la conducta sexual. En el caso de la prevención del SIDA, la aceptación de riesgo al contagio es un factor importante para que la persona modifique su conducta. Para muchos hombres gays costarricenses, el SIDA se ha convertido en una amenaza mas que se puede negar. Para otros que no se identifican como gays, aceptar la posibilidad de riesgo es admitir su pertenencia a un grupo expuesto, ergo la homosexualidad.

3.2.2. Sexo Compulsivo

En vista de que no hubo comunidad gay antes de la aparición del SIDA en Costa Rica, no hubo mucho contacto social, intelectual o cultural. Aparte de los bares, la única actividad gay era la sexual. La represión severa social que existe en el país contra los homosexuales hace que casi toda la existencia se racionalice por el disfrute de varios ligues sexuales. En vista del placer que ofrece y que su duración es relativamente corta y que su obtención en una comunidad pequeña no es constante, existe la posibilidad de que el sexo se convierta en una compulsión. Este sexo compulsivo, cuando se relaciona con el alcohol, se puede volver muy peligroso. Se ha notado cierta relación entre la asistencia a los bares gay, la ingestión del alcohol antes o durante el acto sexual, y la práctica del sexo inseguro. Este es un tema que merece bastante atención en la investigación cualitativa en los diferentes sectores de la comunidad gay.

3.2.3. Autoeficacia

Se puede definir la autoeficacia como la creencia en la capacidad de realizar cambios para mejorar la salud. Es muy probable que las personas que creen que pueden prevenir el SIDA tienden a modificar más sus patrones sexuales. Los "fatalistas" o sea aquellos que creen que nada se puede hacer para evitarlo, tienden a incurrir más en prácticas inseguras. Es posible hipotetizar que entre menos información tenga la persona acerca de sus recursos individuales para mejorar su salud, existe una tendencia a restarle importancia a la prevención en general, y el SIDA en particular.

3.2.4. Homofobia Interiorizada

El fenómeno de la homofobia interiorizada, o sea la introyección que hace la persona gay de la hostilidad social hacia el, es un fenómeno occidental. La incidencia tiende a aumentar en las comunidades gay menos organizadas. La homofobia interiorizada representa la asimilación de los mitos y estereotipos fabricados por la sociedad en su contra. En Costa Rica, existe una tendencia fuerte a que los hombres gay desvinculen de todo grupo gay organizada. Esta tendencia inhibe la búsqueda del apoyo en momentos difíciles. En otros países como Australia por ejemplo, la existencia de grupos de apoyo gays y la pertenencia a instituciones se ha encontrado como un factor importante para explicar el giro hacia el sexo seguro. Algunos informantes costarricenses que han modificado sus prácticas sexuales señalan que ha sido para ellos de vital importancia el conocimiento que los otros miembros del grupo lo había hecho.

A veces una de las manifestaciones de la homofobia interiorizada es la participación en iglesias o sectas fundamentalistas. La participación de los seropositivos pareciera ser aún mayor, ya que estos buscan un supuesto person divino a su pecado y una curación espiritual que los salve de desarrollar el SIDA. Otras veces, algunos hombres deciden abstenerse de las relaciones homosexuales para evitar el pecado - sin embargo, esto resulta muy difícil y en fin tienden a tener relaciones espontáneas y practicar el sexo inseguro.

3.2.5. Erotofobia

La cultura gay costarricense no se caracteriza por una abierta comunicación sobre el sexo y la sexualidad. Mas bien, los hombres gay tienden a tener serios problemas con respecto a la negociación sexual y ergo con el sexo seguro. Se ha visto en los cursos de concientización que algunos hombres prefieren no discutir acerca del sexo seguro, ya que su discusión los podría conducir a externar sus gustos antes de

que ellos consideran el momento oportuno.

3.2.6. Jerarquía

Se ha encontrado que "el otro" juega un papel muy importante en el contexto de la prevención del SIDA. Los deseos del compañero sexual, éste o no en una relación permanente, son muy tomados en cuenta y, que se les hace difícil negarse muchas veces, a sus deseos. Esto es más el caso cuando el "activo" en la relación anal no desea usar el preservativo. Como existe un prejuicio social que hace del "activo" un ser "menos" homosexual, y ergo más valioso y más poderoso, es este el que determina las más de las veces, si se practica o no el sexo seguro. En el caso de diferencias de clase social o de edad y en el contexto de la prostitución, el individuo con más dinero o experiencia es el que decide lo que se practica.

3.2.7. Intimidad

Otros de los aspectos culturales es la manera en que los individuos establecen su intimidad. En Costa Rica, hay evidencia de los cursos de concientización, que el semen para algunos es un símbolo de intimidad y de entrega. Muchas parejas recién establecidas empiezan con el seguro para abandonarlo luego. Este patrón se ha visto en otros países como Holanda y Estados Unidos. Cuando se agrega la tendencia de no establecer la comunicación de los sentimientos, los canales físicos y sexuales adquieren gran importancia como instrumentos para expresar la intimidad.

3.3. La Cultura de Salud, ILLNESS y Enfermedad

Los científicos sociales generalmente hacen una distinción entre enfermedad, ILLNESS, SICKNESS, y salud. ILLNESS es la experiencia de mala salud con o sin la presencia de una enfermedad específica. Un hipocondríaco es una persona que demuestra un comportamiento de enfermo sin tener una enfermedad orgánica. En cambio, muchas autopsias revelan la presencia de una enfermedad orgánica en personas que nunca han mostrado ninguna enfermedad. SICKNESS es un papel social de mala salud definido por la sociedad. Por ejemplo, las sociedades conducen a personas seropositivas a un papel social de enfermo. Se espera que la persona busque consejo médico, cambie su conducta, mejore su dieta, hace más ejercicio, etc.. aunque se sienta perfectamente bien. Es decir, la sociedad lo trata como un enfermo - muchas veces los seropositivos pierden sus trabajos, etc.. La salud es un término problemático debido a sus múltiples definiciones. Sin embargo, queda claro que no es solamente lo contrario de enfermedad. La salud contiene un factor social más amplio. De hecho, la OMS define la salud como un estado de bienestar

social, físico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedad.

La contribución de la investigación cualitativa en el campo de la salud y la enfermedad es estudiar las diferentes formas en que culturas definen, ordenan y conservan internamente estas categorías. Un cuestionario puede ser útil para averiguar si le importa a una persona estar sana, pero no dice qué significa la salud para esa persona. Algunas sociedades, por ejemplo, toman la salud como un estado natural; entonces, la mala salud o la enfermedad es una desviación. Sin embargo, otras sociedades definen la salud como un atributo positivo que es alcanzable y al que uno debe aspirar. Aún otras sociedades como las culturas indígenas guatemaltecas aceptan enfermedades como una situación natural (diarreas, tos, tuberculosis), y definen la buena salud como la capacidad de trabajar. Queda claro que el grado de fatalismo relativo a la salud afectará la percepción de personas acerca de la posibilidad de prevenir o curar una enfermedad. A nivel mundial, los médicos se han dado cuenta de que muchas personas no buscan tratamiento médico para enfermedades que son fáciles de tratar. Esto podría deberse a percepciones sociales y culturales tal como la percepción de los síntomas como indicadores de enfermedad, la percepción de los síntomas como un estado natural y la percepción sobre la posibilidad de curar o prevenir la enfermedad.

En el caso del VIH y SIDA, las creencias autóctonas de salud son imprescindibles en la comprensión de la percepción de riesgo por parte de un individuo o una comunidad. Además, la disposición individual para adoptar prácticas de sexo seguro proviene tanto de creencias de salud como de sexo y sexualidad. La encuesta nos puede proporcionar el porcentaje de hombres que practican el sexo inseguro, pero no nos va a indicar por qué. En los últimos años se ha desarrollado una literatura amplia que cuantifica las conductas peligrosas, pero explica muy poco sobre las múltiples posibilidades del por qué se practica el sexo inseguro. En cambio, un estudio cualitativo en Noruega que utilizó entrevistas abiertas y semi estructuradas demostró que el aislamiento social está estrechamente ligado con prácticas de alto riesgo. Para muchos de los entrevistados, el sexo casual les daba una posibilidad de lograr aceptación social. El estudio demostró que cuando los nombres podrían cambiar de un contexto de aislamiento social a un contexto de apoyo social, podrían adoptar prácticas de sexo seguro. Se han incorporado tales resultados en el diseño de programas de prevención, sobre todo a través de la implementación de programas que aumentan los contactos sociales.

Un componente importante de la investigación cualitativa sobre el VIH y SIDA es tratar de comprender la amplia estructura social y cultural de salud. El ordenamiento, secuencia y la medida de eventos en el ciclo de la vida como nacimiento, pubertad, cortejo, primeras relaciones sexuales, matrimonio, procreación, muerte, etc son tan importantes aquí como en el estudio de la cultura sexual. Aunque existe un sustrato biológico en estos hechos, la manera en que se marcan culturalmente varía mucho dentro de y entre culturas. La edad y el proceso en que los diferentes grupos sociales inician y conducen la vida sexual varía - considera el caso de los niños de la calle quienes inician la vida sexual a muy temprana edad. Esta información puede ser muy importante en el diseño de programas educativos en grupos específicos.

Para captar bien la cultura alrededor del VIH y SIDA, es buena idea comenzar con un estudio básico de los conceptos de salud y prevención de la enfermedad. Hay que averiguar el sistema explicativo de enfermedad y salud como un primer paso en el desarrollo del mapa cultural. Obviamente, el estudio lingüístico de los términos y conceptos de prevención y salud es muy importante. Probablemente un buen tema para iniciar este estudio sean las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

3.3.1. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

La ubicación del VIH y SIDA dentro de la gama de las ETS es importante. Se puede empezar con un estudio de los archivos clínicos de hombres gay en general o de grupos específicos como prostitutas cuando sea posible para tener una idea de la incidencia. Se puede hacer un estudio retrospectivo para ver cambios en la incidencia debido a que la gente practique más el sexo seguro ahora que antes del SIDA.

Las actitudes y creencias sobre las formas de transmisión, la prevención, el riesgo, etc. de las ETS es un buen comienzo para sacar información de fondo sobre salud y enfermedad. En algunas sociedades hay creencias populares de que solamente ciertas personas contraen una ETS como por ejemplo los prostitutas y los promiscuos. En muchos lugares existen formas populares de prevención - como por ejemplo, lavarse bien después del sexo. A veces hay ideas comunes de que se puede escoger bien el compañero sexual por la simple apariencia física y evitar el riesgo de una ETS. Hay creencias de que las ETS son únicamente problema de las clases bajas. También, se puede acostar sin riesgo con alguien que se ve sano.

Las definiciones y clasificaciones de las ETS pueden variar mucho entre sociedades desde los esquemas complejos a aquellas sin términos específicos que se conocen popularmente. Por ejemplo, existen sociedades que no diferencian entre los diferentes ETS - todos son clasificados juntos popularmente con un solo término. Un estudio lingüístico de las ETS debe enfocarse en los términos y conceptos populares sobre las diferentes enfermedades, formas de transmisión y prevención. El investigador debe tratar de ubicar el VIH y SIDA en relación a este sistema de creencias sobre las ETS. Es muy probable que de cierta forma el VIH/SIDA sea semejante a las ETS - pero también existen muchas diferencias como el carácter mortal del SIDA y la reacción negativa de la sociedad hacia los infectados y enfermos.

3.3.2. Los Sistemas Explicativos Sobre VIH/SIDA

El VIH y SIDA están confrontando a los sistemas culturales de creencias con nueva información que tiene que incorporarse dentro del sistema ya existente de creencias acerca de la salud. La forma en que se incorporen el nuevo conocimiento, las actitudes y creencias sobre SIDA tendrá un efecto sobre el anterior sistema de creencias. Una comprensión de la dinámica entre el anterior y nuevo sistema de creencias es muy importante para el diseño de programas educativos. Estrategias educativas que tal vez fueron efectivas contra otras enfermedades en el pasado no necesariamente van a ser efectivas contra el SIDA.

Es importante reconstruir la historia natural y social del SIDA en una comunidad y vincularla con otros aspectos de la sociedad. El conocimiento y las actitudes y creencias sobre el VIH y SIDA tendrán una relación con: primero, el tiempo que ha pasado desde que se detectó el primer caso; segundo, la incidencia acumulada y distribución por subgrupos sociales de los casos de SIDA; tercero, conciencia comunitaria y discusión del SIDA, incluyendo el enfoque que le den los medios masivos de comunicación; cuarto, las categorías de personas con SIDA o percibidos con SIDA - homosexuales, prostitutos y prostitutas, usuarios de drogas intravenosas, niños, receptores de transfusiones, élites, gente marginada, etc.; quinto, percepción sobre las formas de transmisión; y sexto, las consecuencias económicas y sociales del SIDA.

Un encuesta puede proveer datos importantes sobre el nivel de información objetiva que tienen los diferentes grupos en la comunidad. La investigación cualitativa, por otro lado, puede extraer las definiciones populares de los signos, síntomas y causa del SIDA. En cualquier sociedad es muy probable que al mismo tiempo existan múltiples sistemas de creencias acerca de la salud. Investigaciones previas sobre este tema ya han encontrado una gran cantidad de creencias -

la salud es igual a la fuerza y entonces una persona fuerte no se enferma: creencias sobre las causas religiosas y morales de la enfermedad. En la mayoría de las sociedades una sola persona puede combinar diferentes sistemas y tradiciones sobre salud según cada síntoma o enfermedad (remedios caseros vs. medicina química). Por ejemplo, para prevenir gripes y resfriados, una persona puede cambiar su dieta y aumentar el consumo de vitamina C. Sin embargo, cuando tiene síntomas de una ETS, corre directamente al médico, dejando a lado sus prácticas naturales.

Después de poco tiempo el investigador se da cuenta de que el estudio de estos temas en realidad es el estudio de la construcción sociocultural de las enfermedades. El SIDA, como otras enfermedades (especialmente otras enfermedades epidémicas), toma su forma en base a símbolos e imágenes. Por ejemplo, en unas sociedades, se atribuye el origen y la causa del SIDA a grupos marginales dentro de la misma sociedad - homosexuales, prostitutas, inmigrantes, etc. - estigmatizando a todo el grupo como el problema. Estos vectores simbólicos son etiquetados como los portadores de la infección, y muchas veces son considerados moralmente culpables por la enfermedad.

Una meta muy importante de la investigación cualitativa es el análisis de las representaciones simbólicas del VIH y SIDA. Por ejemplo, la tendencia de asignar la inocencia o culpabilidad a personas con SIDA proviene de las categorías morales pre-existentes. La comprensión de estas categorías en su relación a la construcción social del VIH y SIDA es importante. En casi todos los países los víctimas inocentes del SIDA son los bebés, mientras el homosexual se infecta por su propia culpa. En Costa Rica, las primeras víctimas del SIDA fueron hombres ricos que habían viajado fuera del país. En un primer momento, se creyó la idea de que el SIDA era una enfermedad de ricos.

3.3.3. El Preservativo y la Prevención de las Enfermedades

Obviamente, existe un amplio interés en la promoción del uso del preservativo como método idóneo de prevención de VIH. Probablemente la mejor forma de estudiar el actual uso del condón y las barreras para el aumento de su uso es una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. La encuesta no proporcionará el énfasis en la frecuencia del uso del condón, con cuales compañeros sexuales se está usando, y hasta cierto punto, una idea de las actitudes sobre su uso. La investigación cualitativa puede profundizar la información sobre actitudes, especialmente las barreras para el aumento en el uso. La disponibilidad del condón y su accesibilidad a los diferentes grupos de la población gay son dos aspectos importantes. Es cierto que el principal uso del condón históricamente ha sido como anticonceptivo. Siempre se ha

visto el uso del condón como parte de la relación heterosexual, lo cual puede crear una reacción negativa dentro de la comunidad gay sobre su difusión. La incorporación de su uso como una medida de prevención del VIH en la comunidad gay merece bastante atención. Muchas veces las normas culturales dictan con quien se debe usar el preservativo - por ejemplo, solamente con compañeros ocasionales y nunca con el compañero habitual. Se puede conjeturar que en Costa Rica que el uso del condón (y otras prácticas del sexo seguro) disminuyen entre una pareja estable con algo de tiempo porque el condón se convierte en un símbolo de la falta de confianza y de la infidelidad. En la investigación del uso del condón es muy importante distinguir entre los ideales sociales (debido a la epidemia del VIH) y las conductas reales.

Además de entrevistas adientas a profundidad con informantes claves, se pueden analizar dichos, bromas y chistes acerca del condón. Este tipo de información puede reflejar los valores y normas sociales y a veces es un componente importante de la socialización.

4. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación cualitativa depende mucho de los objetivos específicos del proyecto. Existen varias técnicas y metodologías. Los investigadores deberán formular una estrategia para cada proyecto. Se puede utilizar un solo método de recolección de datos, o se puede combinar varios métodos, dependiendo de los objetivos, la población en estudio y el lugar o ambiente donde se realiza el estudio. Por ejemplo, en el estudio de las prácticas sexuales en los prostitutos vs. no prostitutos se puede utilizar las sesiones de grupo con los prostitutos y las entrevistas a profundidad con los otros. En fin, no existe una fórmula para la selección de métodos, sino que estos son seleccionados según cada situación y tipo de informante.

4.1. Integración de Métodos Cuantitativos y Cualitativos

En primer lugar, la investigación cuantitativa debe basarse en la muestra que se utiliza con el cuestionario. Sería ideal incluir los mismos grupos sociales y regionales en ambos estudios, aunque en la parte cualitativa se puede dar mas énfasis a diferentes grupos que en la encuesta. Se debe realizar los dos estudios al mismo tiempo para que los datos cualitativos pueden servir para validar los datos de la encuesta. El siguiente cuadro demuestra la interrelación entre los dos métodos de investigación:

4.2 La Cultura Sexual Costarricense y el Sexo Seguro

Esta sección de la guía se basa en la información sobre la cultura gay obtenida de una serie de cursos de concientización a hombres gay y bisexuales. Se han solicitado a cada uno de los 73 participantes en los últimos dos años que expusiera sus problemas relacionados con la prevención sexual del SIDA. Desde muy temprano se empezó a observar cuáles eran los escollos principales en ese campo de la prevención. Esta información representa la única fuente de información sistemática sobre la cultura sexual en la comunidad gay costarricense.

Se hace evidente que los individuos participantes en los cursos de concientización han cambiado sus prácticas riesgosas.

4.3. Los Métodos Cualitativos

La presente guía describe cuatro métodos comunes en la investigación cualitativa: primero, entrevistas a profundidad; segundo, grupos focales o sesiones de grupo; tercero, la observación etnográfica; y cuarto, el análisis lingüístico. También se incluye una sección sobre la compilación de información cualitativa.

4.2.1. Entrevistas a Profundidad

Sin duda, el método básico para el estudio de la cultura sexual y la cultura de salud y enfermedad es la entrevista a profundidad con informantes claves. Los informantes claves incluyen líderes de la comunidad gay, médicos y psicólogos especializados en el tema del SIDA y homosexualidad, y otras personas que tienen una capacidad excepcional para aportar información sobre la cultura gay y el SIDA. Otro grupo aún más importante de informantes claves son miembros de los diferentes grupos en estudio. La selección de informantes quienes pertenecen a los grupos (profesionales, travestis, chulos, bisexuales, presidarios, etc.) es muy importante. Hay que tener cuidado cuando se escoge los informantes.

A veces la primera persona que se acerca al investigador (o a quien el se le acerca) no es un miembro representativo del grupo. Puede ser una persona aislada que está buscando un amigo. Entonces, es aconsejable invertir algo de tiempo en la selección de los informantes. El investigador siempre debe entrevistar a varias personas para verificar y validar la información obtenida por este método. Puede ser recomendable entrevistar dos o tres informantes por bastante tiempo, y entrevistar otro número más grande en sesiones más cortas.

Es muy importante pensar de antemano cual es la información que se espera conseguir mediante la entrevista o serie de entrevistas. Los temas para investigar y la forma en que se hara las preguntas son dos aspectos importantes que merecen atención. Muchas veces, las conversaciones no dirigidas pueden ayudar al investigador a encontrar mucha información nueva. Sin embargo, generalmente la entrevista abierta y semi-estructurada es la forma más productiva. Es decir, se elabora un listado de los temas que se quiere conversar en una entrevista (o serie de entrevistas). Lo ideal es desarrollar un formato que se puede repetir en cada uno de los grupos en estudio. Este formato asegura que la información básica sea obtenida y comparable en cada grupo.

Se debe formular preguntas abiertas sobre los temas relevantes, o al menos un listado de los puntos principales. Sin embargo, el orden en que se toca los temas puede variar con diferentes informantes. Por ejemplo, se puede empezar la entrevista con una discusión sobre las normas del grupo acerca de la cultura sexual (primeras relaciones, coito anal y el sexo seguro) y las creencias en salud (como se contagia, quienes son más probables de infectarse, etc.). Después se empieza a hablar de las desviaciones y contradicciones entre las normas ideales y las conductas reales dentro del grupo. De allí, se puede pasar a las creencias personales y prácticas del informante. Esta serie de temas se puede cubrir en una o varias sesiones, dependiendo de cuanto se profundiza cada punto. De todas formas, la información tiene la doble función de complementar y validar la información obtenida mediante el cuestionario.

Una de las áreas importantes para la investigación cualitativa es la recolección de las historias sexuales de los informantes desde su niñez hasta la fecha, una tarea que jamás se puede tocar en una entrevista estructurada. El enfoque de este análisis puede ser en las experiencias aprobadas y desaprobadas a nivel individual y social, y sus efectos emocionales y sociales. Además, la información sobre los compañeros sexuales puede ser importante. La recolección de estas historias personales puede ilustrar la vida sexual mediante las diferentes etapas de la vida, también es necesario para el estudio de los cambios críticos que han pasado en las normas sociales y prácticas sexuales del grupo. Por ejemplo, se puede comparar las normas y prácticas antes y después del SIDA, o se puede comparar la iniciación de la vida sexual de las personas que iniciaron durante la época del SIDA con las que son pre-SIDA. Este tipo de análisis puede ser sumamente útil en la comprensión de programas educativos que sean factibles en diferentes grupos.

Dada su naturaleza muy delicada, la información sobre la cultura sexual y las creencias en salud debiera provenir de una relación de confianza mutua. Para asegurar la confianza y confidencialidad hay que realizar las entrevistas en privado. En el diseño de la estrategia investigativa, es importante reconocer que la relación entre investigador e informante se desarrolla con tiempo. Hay que planear una serie de entrevistas con la misma persona. Las respuestas de un solo informante pueden cambiarse de una entrevista a la otra, lo cual no es necesariamente un reflejo de datos no confiables, sino de la naturaleza de un método dinámico. Por ejemplo, dado el hecho de que el sexo seguro es un ideal muy fuerte, es muy posible que los informantes dicen que siempre practiquen el sexo seguro. Ya con tiempo, puede salir que en ciertas situaciones sí, practiquen el sexo inseguro.

4.2.2. Grupos Focales

El uso de grupos focales como método de investigación proviene de la profesión de mercadeo donde se lo ha utilizado para conseguir información rápidamente sobre un tema muy específico (por ejemplo, qué características de un producto como la Coca Cola son las más importantes para la gente). En los últimos diez años, investigadores en salud lo han integrado en sus proyectos de investigación sobre actitudes. Por ejemplo, en el mercadeo social del preservativo, han utilizado grupos focales para determinar las posibles barreras en crear una demanda para el producto. (Ver Anexo Uno para una descripción completa de la técnica).

Generalmente un facilitador conduce la sesión. Se forma un grupo bastante homogéneo de 6 a 12 miembros (mismo grupo de edad, nivel socioeconómico, grupo por afinidad como por ejemplo los prostitutas o profesionales, etc.). Se forma un grupo homogéneo porque las experiencias compartidas sirven como una base para la dinámica grupal. Se debe realizar la reunión en un lugar donde los participantes se sienten abiertos en discutir temas que van a ser delicados. Generalmente, cada sesión dura entre 70 y 120 minutos.

Antes de la sesión, el facilitador prepara una guía de discusión. Se puede empezar con alguna actividad para "romper hielos" y seguir a una discusión que procede de los temas generales a los específicos. Se puede introducir los temas mediante preguntas directas o se puede plantear situaciones hipotéticas. El papel del facilitador es asegurar que todos los miembros del grupo se sientan cómodos hablando, que no haya uno muy tímido que no hable, ni otro que domine la discusión. La idea de la sesión es un intercambio entre los participantes, y no entre el facilitador y los participantes.

Se debe grabar la sesión del grupo focal. En algunos casos excepcionales, una grabadora puede perjudicar la honestidad y espontaneidad de la conversación. En estos casos, se puede pedir a otro investigador que tome notas muy detalladas sobre la discusión. En todo caso, es importante que haya un observador que anota información sobre la dinámica de la sesión para complementar la grabación.

En cuanto al número apropiado de sesiones de grupo, se debe realizar 2 a 5 sesiones de con cada sector poblacional (prostitutos, profesionales, grupos de pares, etc.). Cada grupo debe ser conformado de diferentes personas - no se repita la experiencia con las mismas personas. Si es un tema en que haya una amplia gama de opiniones dentro del sector, será necesario realizar mas sesiones. Si el tema es muy específico, entonces es probable que dos sesiones sean suficientes. Generalmente, se sigue realizando las sesiones hasta que no salga más información nueva. Por ejemplo, si el tema es el uso del preservativo, es muy posible que se requieran dos grupos distintos de prostitutas mientras se requieren 5 para los clientes de los bares. Esto se debe al hecho de que la población que asiste a los bares puede ser mas diverso en cuanto a sus prácticas y actitudes que los prostitutas.

Las sesiones con grupos focales no se pueden considerar como un sustituto de entrevistas profundas. Es importante recordar que el hecho de que es un grupo condicionará las respuestas en cierta forma. Dependiendo del tema, los participantes no se sentirán cómodos hablando de prácticas privadas con gente desconocida. Entonces, las sesiones probablemente sirven mejor para averiguar las normas ideales que las prácticas reales de los grupos. Sin embargo, los grupos focales pueden ser útiles para discusiones sobre el uso o no uso del condón - las actitudes sobre su uso y las potenciales barreras para incorporar el condón en el sexo seguro. Muchas veces, las sesiones de grupo sirven para captar información que los informantes no han pensado completamente antes de la discusión.

El siguiente cuadro compara el uso de las entrevistas a profundidad con el uso de los grupos focales:

4.2.3. La Observación Etnográfica

Tradicionalmente, se ha utilizado la observación etnográfica en la antropología y sociología. Los investigadores se inmersan en la vida diaria de una comunidad para observar aspectos significativos de la interacción social. Se utiliza la información captada para extrapolar las normas y reglas que dictan las conductas del grupo. Mientras las sesiones de grupo expanden el marco de referencia de la

entrevista individual a un grupo un poco mas amplio, la observación etnografica expande el enfoque de la investigacion aún más. Se estudia las conductas de los miembros de todo un grupo o comunidad en su contexto natural de vida.

Con relación a la cultura sexual, dado el hecho de que las mas intimas practicas sexuales no están sujetas a la observación directa, el enfoque de la investigacion debe ser el contexto de la interaccion sexual. La idea del espacio puede ser útil en el desarrollo de una estrategia para la investigación etnografica. El investigador puede organizar sus actividades con base en los diferentes espacios en que se realizan los contactos sexuales - los bares, las calles y los parques, etc. Particularmente en las areas urbanas la "geografía sexual" puede ser muy compleja, con ciertos lugares en la ciudad sirviendo como el enfoque de la prostitucion, el sexo anonimo, etc. Como un primer paso, se puede sacar un inventario de estas divisiones espaciales y después elaborar un plan sistemático para la observación en cada una de estas areas.

Con relación a la cultura de salud y enfermedad, existe una mayor posibilidad de observar las practicas y no solamente el contexto para la interaccion. En el campo de la salud, se puede elaborar un plan sistemático para la recoleccion de datos que combina los lugares de interaccion con algunas practicas. Por ejemplo, en una clinica de ETS se puede observar las practicas de los trabajadores en salud ademas del ambiente de interaccion. Seria bueno tratar de incorporar los centros medicos donde se cuidan personas con SIDA o infectadas con VIH.

Durante la observacion etnografica se presentan oportunidades de entrevistar informalmente a las personas presentes en el lugar. Se debe incorporar esta informacion con la demás informacion cualitativa. Cuando el investigador sale del lugar, inmediatamente después debe escribir notas detalladas sobre sus observaciones y conversaciones.

4.2.4. El Análisis Lingüístico

Aunque el análisis lingüístico no es un método en si de la recoleccion de datos, merece atencion especial en el estudio de la cultura sexual y de salud. Ya se noto la importancia central del lenguaje, especialmente en lo referente a las categorias y términos autóctonos. Tradicionalmente, la extracción de los lexicos o vocabularios en los diferentes aspectos culturales de la vida ha sido un enfoque importante en los estudios cualitativos.

sin embargo, los léxicos y vocabularios son importantes temas para la investigación aun cuando el investigador es un miembro de la comunidad en estudio. Muchas veces, el investigador tiene más educación por ejemplo, que sus informantes. El investigador no debe pensar que es totalmente fluido en el lenguaje. La recolección sistemática de los términos populares, argot y groseros junto con el contexto para su uso es importante para la construcción del mapa cultural de los diferentes grupos.

Generalmente, este tipo de trabajo se realiza con informantes claves en un ambiente privado que facilita la extracción de la gama completa de vulgarismos y otros términos populares. A veces, puede ser útil discutir los términos en sesiones de grupos focales, dado el hecho de que pueden existir diferentes opiniones acerca del uso y significación de algunos términos. Y finalmente, en la observación etnográfica, información sobre lenguaje y su uso debe ser recolectada. Esta información es importante para documentar el uso de los ítems léxicos en la vida diaria.

4.3. La Compilación de Datos

Ovviamente, los datos recolectados mediante la investigación cualitativa no son tan fáciles de manejar como los datos del cuestionario. Entonces, es muy importante prestar especial atención a las estrategias de compilar la información. Las "notas de campo" tiene una importancia muy grande en todos los métodos cualitativos mencionados previamente.

Generalmente, las notas de campo pueden tener dos formas. Primero, se hace notas breves durante las entrevistas, sesiones de grupo y la observación etnográfica. Estas notas son necesariamente breves para no interrumpir el flujo de la interacción. Por lo tanto, es necesario programar suficiente tiempo cada día para extender las notas breves con más comentarios y observaciones. El uso de palabras o frases claves en las notas breves servirán como recordatorios de los detalles que se pueden desarrollar más ampliamente en las notas largas. Es importante enfatizar que la compilación de la información es una parte integral de la investigación. La elaboración de las notas de campo es el primer paso del análisis de la información porque facilita al investigador identificar los temas que van a requerir más atención. Estos temas se pueden investigar más profundamente en futuras entrevistas y los huecos en la investigación van cerrándose.

A veces es posible grabar la entrevista o sesión de grupo con el consentimiento de los informantes. En estos casos, las notas breves pueden ser complementados con la exactitud de una grabación. Sin embargo, hay que pensar las ventajas y

desventajas del uso de la grabadora muy bien. Aunque aumenta la precisión de la información puede tener efectos negativos. Dada la naturaleza delicada de la cultura sexual, una grabadora puede restringir la espontaneidad de la entrevista, inhibiendo a los informantes a discutir abiertamente los temas. Finalmente, en ningún caso es la grabadora un sustituto de las notas de campo. El análisis de la información comienza con la elaboración de las notas.

Es importante organizar un sistema para archivar la información. Se debe mantener un sistema jerárquico para cada sector (prostitutos, presidiarios, travestis, etc.), para cada informante y para cada tema. Se debe mantener un listado al día de los archivos y un libro de referencia de donde se encuentra información sobre cada tema.

4.4. Guías Éticas

El cuidado y protección de todos los sujetos humanos es básico en la investigación social. Es necesario estipular dentro del diseño del proyecto de investigación la protección de los participantes. Cada investigador tiene que dirigirse a este asunto. Tiene que anticipar y estar listo para enfrentar aquellas potenciales situaciones que podrían causar daño a sus informantes, incluyendo la pérdida de la integridad o dignidad. El investigador siempre tiene que proteger la identidad de los informantes y la confidencialidad de la información. Es muy probable que el investigador tendrá que asegurar a sus informantes que toda la información es confidencial. No se puede subestimar la importancia de este aspecto del proyecto.

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA PERSONAL DE PROFUNDIDAD

Edad:
Estado Civil:
Trabajo:
Salario:
Residencia:
Con quién vive?

A) CONCIENCIA GAY

- 1- Podría decirme: Cómo se define? (homosexual, gay, bisexual, etc)
- 2- Cómo se siente acerca de su identidad sexual?
- 3- A quiénes les ha dicho que usted es gay?
- 4- Cómo han reaccionado esas personas?
- 5- Cómo se siente en su trabajo siendo gay?
- 6- Qué le gusta y qué no le gusta del "ambiente"?
- 7- Qué hace en el ambiente (bares, fiestas, etc.)?
- 8- Se considera popular en el ambiente?
- 9- Qué espera de la vida gay? (establecer pareja, etc)
- 10- Existe gente gay a quien usted admira?
- 11- Cómo ve la situación gay en Costa Rica?
- 12- Tiene ayuda profesional como gay? (médico, psicólogo, etc)
- 13-Cuál es su opinión acerca de la campaña del SIDA por parte del Gobierno?
- 14- Qué le parece cómo enfoca la prensa los asuntos gay?
- 15- Ha oído usted hablar de que existen asociaciones gay?
- 16- Qué opina de ellas?
- 17- Le gustaría participar?

B) CONOCIMIENTO DEL SIDA

- 1- Qué sabe usted acerca del SIDA? (transmisión-prevención)
- 2- Por qué cree usted que el SIDA afecta tanto a los gay?
- 3- Qué piensa usted de la información acerca del SIDA que recibe de los medios de comunicación? (radio, prensa, televisión, otros)
- 4- Sabe usted lo que es sexo seguro e inseguro?
- 5- Qué opina del condón?
- 6- Cómo lo siente?
- 7- Lo usa siempre?
- 8- Por qué lo usa?
- 9- Qué hace usted para prevenir el SIDA? (alimentación, ejercicio, etc)
- 10- Qué es para usted la salud?
- 11- Cuándo considera usted que está saludable?
- 12- Cree usted que uno puede prevenir las enfermedades?
- 13- Qué hace usted para prevenirlas?
- 14- Si no, por qué no practica todo lo que cree?
- 15- Cuánta gente cree usted que está infectada, entre la comunidad gay de Costa Rica?
- 16- Conoce gente enferma o que esté infectada?
- 17- Con cuánta gente infectada cree usted que se ha acostado?
- 18- Cuál ha sido su reacción?
- 19- Qué lo hace a usted sospechar que alguien puede estar infectado?
- 20- Por qué se ha hecho el examen?
- 21- Por qué no se lo ha hecho?
- 22- Si se lo hizo: cómo lo afectó el resultado? (cambios en hábitos sexuales)

23- Se preocupa usted por el SIDA?

24- Qué actitud tienen sus amigos acerca del SIDA?

C) CARACTERISTICAS PERSONALES

AUTOEFICACIA

1- Qué opina usted, de la vida?

2- Cree usted en el destino, que lo que vaya a vivir ya está escrito?

3- Qué cree usted de esforzarse por alcanzar lo que uno quiere?

4- Qué piensa usted de la frase bíblica: "Dios proveerá"?

5- Cree usted que las enfermedades son un castigo? por qué?

NEGACION

1- Cree usted que en Costa Rica haya represión contra los gay?

2- Piensa usted que el peligro de contraer SIDA es una exageración de los medios de comunicación?

3- Cree usted que corre peligro?

ALCOHOL

1- Toma usted cuando va a tener relaciones sexuales? Por qué?

2- Por qué toma en los bares?

3- En cuáles ocasiones toma más?

4- Describa la diferencia entre enfrentar situaciones con y sin tragos.

ANGUSTIA-DEPRESION

1- Tiene angustia-depresión a menudo? Por qué?

2- Qué hace para resolverlo?

CONDUCTA SEXUAL

- 1- Qué opina usted del sexo?
- 2- Le da vergüenza hablar de sexo?
- 3- Describa la comunicación sexual que tiene con la (s) persona (s) con quien (es) se acuesta?

RELACIONES DE PAREJA

- 1- Tiene pareja?
- 2- Hablan de lo que quiere cada uno en la cama?
- 3- Son satisfactorias las relaciones sexuales con su pareja? Por qué?
- 4- Por qué busca aventuras con otros fuera de su pareja?
- 5-Cuál es el tipo de hombre que le gusta para involucrarse sexualmente?
- 6- Dónde busca a la gente con que se acuesta?
- 7- Qué le gusta hacer en la cama?
- 8- Qué es para usted tener relaciones sexuales en forma completa?
- 9- Le resulta fácil o difícil cambiar sus costumbres sexuales? Por qué?
- 10- Qué opina acerca de la masturbación mutua?
- 11- Se considera usted muy pasional?
- 12- Cuando está usted muy pasional puede controlar lo que hace?
- 13- Qué piensa usted de practicar relaciones sexuales sin ver o sentir el semen?
- 14- Cuando considera usted a alguien como pareja?
- 15- Qué piensa usted de usar el condón con alguien que ya considera su pareja estable?

USO DE OFICINA

R1 #CUESTI

ESTA PARTE DEL CUESTIONARIO SE HA DISEÑADO ESPECIALMENTE PARA QUE UD. RESPONDA CON MAYOR CONFIANZA ALGUNOS TEMAS QUE SON MUY PERSONALES PERO MUY IMPORTANTES PARA EL ESTUDIO. RECUERDE QUE ESTA PARTE ES TAMBIEN ANONIMA Y CONFIDENCIAL Y POR ELLO LE PEDIMOS QUE SEA LO MAS SINCERO POSIBLE EN SUS RESPUESTAS.

EL ENTREVISTADOR QUE LE ESTA ENTREGANDO ESTE CUESTIONARIO HA SIDO ADIESTRADO ESPECIALMENTE PARA QUE UD. LE HAGA PREGUNTAS Y EL PUEDA INCLUSO AYUDAR A LLENARLO. SI DUDA DE ALGUNA PREGUNTA CONSULTELA.

A continuación se le pedirá información sobre algunos aspectos relacionados con su conducta sexual.

Para cada una de las preguntas que se realizan por favor conteste encerrando con un círculo el código 1 si la respuesta es SI o el código 2 si la respuesta es NO.

Todas las preguntas se refieren a los últimos 6 meses. Es decir, la primera pregunta debe leerse de la siguiente manera: Alguna vez durante los últimos 6 meses se ha masturbado a si mismo sin llegar a eyacular? Y así sucesivamente

Alguna vez durante los últimos 6 meses...		SI	NO
R4	¿Se ha masturbado a si mismo sin llegar a eyacular?	1	2
R5	¿Se ha masturbado a si mismo llegando a eyacular?	1	2
R6	¿Ha masturbado a una mujer?	1	2
R7	¿Ha masturbado a algún hombre sin llegar a eyacular?	1	2
R8	¿Ha masturbado a algún hombre llegando a eyacular?	1	2
R9	¿Ha sido Ud. masturbado por una mujer sin llegar a eyacular?	1	2
R10	¿Ha sido Ud. masturbado por una mujer llegando a eyacular?	1	2
R11	¿Ha sido Ud. masturbado por un hombre sin llegar a eyacular?	1	2
R12	¿Ha sido Ud. masturbado por un hombre llegando a eyacular?	1	2
R13	¿Ha mamado (cunnilingus) Ud. a una mujer?	1	2
R14	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre sin que él eyaculara?	1	2
R15	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre con eyulación de él?	1	2

Alguna vez durante los últimos 6 meses...		SI	NO
R16	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre que sacó el pene antes de eyacular?	1	2
R17	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre que usó el condón?	1	2
R18	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer sin que Ud. eyaculara?	1	2
R19	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer llegando a eyacular?	1	2
R20	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer sacando el pene antes de eyacular?	1	2
R21	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer usando Ud. el condón?	1	2
R22	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por un hombre sin que Ud. eyaculara?	1	2
R23	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por un hombre llegando a eyacular?	1	2
R24	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por un hombre sacando Ud. el pene antes de eyacular?	1	2
R25	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por un hombre usando Ud. el condón?	1	2
R26	¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente sin que Ud. eyaculara?	1	2
R27	¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente llegando a eyacular?	1	2
R28	¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente usando Ud. el condón?	1	2
R29	¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente sin usar el condón?	1	2
R30	¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente sacando el pene antes de eyacular?	1	2
R31	¿Ha penetrado Ud. a un hombre sin que Ud. eyaculara?	1	2
R32	¿Ha penetrado Ud. a un hombre llegando a eyacular?	1	2
R33	¿Ha penetrado Ud. a un hombre usando Ud. el condón?	1	2
R34	¿Ha penetrado Ud. a un hombre sin usar el condón?	1	2

Alguna vez durante los últimos 6 meses...		SI	NO
R35	¿Ha penetrado Ud. a un hombre sacando el pene antes de eyacular?	1	2
R36	¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre sin que él eyaculara adentro?	1	2
R37	¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre con eyacuación adentro?	1	2
R38	¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre que usaba el condón?	1	2
R39	¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre que no usaba el condón?	1	2
R40	¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre que sacó el pene antes de eyacular?	1	2
R41	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer sin que Ud. eyaculara adentro?	1	2
R42	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer llegando a eyacular adentro?	1	2
R43	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer usando el condón?	1	2
R44	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer sin usar el condón?	1	2
R45	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer sacando el pene antes de eyacular?	1	2
R46	¿Ha estimulado oraalmente (mamam ano) a una mujer?	1	2
R47	¿Ha estimulado oraalmente (mamam ano) a un hombre?	1	2
R48	¿Ha sido Ud. estimulado oraalmente (mamam ano) por una mujer?	1	2
R49	¿Ha sido Ud. estimulado oraalmente (mamam ano) por un hombre?	1	2

RP Las siguientes preguntas se refieren también a la conducta sexual. Lo que debe responder es ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha hecho cada una de las prácticas que se mencionan? Así por ejemplo, la primera pregunta es ¿Cuántas veces en los últimos 30 días se ha masturbado a sí mismo sin eyacular? Anote "0" si nunca lo ha hecho o si no lo ha hecho en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces en los últimos 30 días...

#veces

R50	¿Se ha masturbado a si mismo sin llegar a eyacular?	_____
R52	¿Se ha masturbado a si mismo llegando a eyacular?	_____
R54	¿Ha masturbado a una mujer?	_____
R56	¿Ha masturbado a algun hombre sin llegar a eyacular?	_____
R58	¿Ha masturbado a algun hombre llegando a eyacular?	_____
R60	¿Ha sido Ud. masturbado por una mujer sin llegar a eyacular?	_____
R62	¿Ha sido Ud. masturbado por una mujer llegando a eyacular?	_____
R64	¿Ha sido Ud. masturbado por un hombre sin llegar a eyacular?	_____
R66	¿Ha sido Ud. masturbado por un hombre llegando a eyacular?	_____
R68	¿Ha mamado (cunnilingus) Ud. a una mujer?	_____
R70	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre sin que el eyaculara?	_____
R72	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre con eyacuación de él?	_____
R74	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre que sacó el pene antes de eyacular?	_____
R76	¿Ha mamado (hecho felacio) Ud. a un hombre que usó el condón?	_____
R78	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer sin que Ud. eyaculara?	_____
R84	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer llegando a eyacular?	_____
R86	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer sacando el pene antes de eyacular?	_____
R88	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por una mujer usando Ud. el condón?	_____
R10	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por un hombre sin que Ud. eyaculara?	_____
R12	¿Ha sido Ud. mamado (recibido felacio) por un hombre llegando a eyacular?	_____

¿Cuántas veces en los últimos 30 días...

veces

514 ¿Ha sido Ud. mamado (recibido felación) por un hombre sacando el pene antes de eyacular?

516 ¿Ha sido Ud. mamado (recibido felación) por un hombre usando Ud. el condón?

518 ¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente sin que Ud. eyaculara?

520 ¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente llegando a eyacular?

522 ¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente usando Ud. el condón?

524 ¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente sin usar el condón?

526 ¿Ha penetrado Ud. a una mujer analmente sacando el pene antes de eyacular?

528 ¿Ha penetrado Ud. a un hombre sin que Ud. eyaculara?

530 ¿Ha penetrado Ud. a un hombre llegando a eyacular?

532 ¿Ha penetrado Ud. a un hombre usando Ud. el condón?

534 ¿Ha penetrado Ud. a un hombre sin usar el condón?

536 ¿Ha penetrado Ud. a un hombre sacando el pene antes de eyacular?

538 ¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre sin que él eyaculara adentro?

540 ¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre con eyaculación adentro?

542 ¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre que usaba el condón?

544 ¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre que no usaba el condón?

546 ¿Ha sido Ud. penetrado analmente por un hombre que le sacó antes de eyacular?

548 ¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer sin que Ud. eyaculara adentro?

550 ¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer llegando a eyacular adentro?

¿Cuántas veces en los últimos 30 días...

Responda

503	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer usando el condón?	_____
504	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer sin usar el condón?	_____
505	¿Ha penetrado Ud. vaginalmente a una mujer sacando el pene antes de evacuar?	_____
506	¿Ha estimulado oralmente (mamar ano) a una mujer?	_____
507	¿Ha estimulado oralmente (mamar ano) a un hombre?	_____
508	¿Ha sido Ud. estimulado oralmente (mamar ano) por una mujer?	_____
509	¿Ha sido Ud. estimulado oralmente (mamar ano) por un hombre?	_____

51 Ahora quisiera que me responda que tan excitado se sentiría Ud. con respecto a las siguientes prácticas sexuales que se van a mencionar, **independientemente de si los practica o no.** Esuma además que no hay riesgo de contagio con el virus del SIDA. Porque con un círculo al Ud. se sentiría muy excitado, algo excitado, neutro, algo disgustado, muy disgustado o inseguro.

Algo excitado	Algo neutro	Inseguro
1	2	3
4	5	6

566	¿Masturbado por un hombre hasta que él evacue?	1	2	3	4	5	6
567	¿Ser masturbado por un hombre hasta que Ud. evacue?	1	2	3	4	5	6
568	¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que use el condón hasta que él evacue?	1	2	3	4	5	6
569	¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que no use el condón hasta que él evacue?	1	2	3	4	5	6
570	¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que saque el pene antes de evacuar?	1	2	3	4	5	6
571	¿Siendo mamado (felacio) por un hombre hasta que Ud. evacue?	1	2	3	4	5	6

		Muy exci- tado	Algo exci- tado	Neg- tral	Algo disqui- tado	Muy disqui- tado	1950- 00:0
572	¿Siendo mamado (relacio) por un hombre y sacar el pene antes de evacuar?	1	2	3	4	5	6
573	¿Penetrando analmente un hombre hasta que Ud. evacue?	1	2	3	4	5	6
574	¿Penetrando analmente un hombre usando Ud. el condón?	1	2	3	4	5	6
575	¿Penetrando analmente un hombre sin usar Ud. el condón?	1	2	3	4	5	6
576	¿Siendo penetrado analmente por un hombre hasta que él eyacule?	1	2	3	4	5	6
577	¿Siendo penetrado analmente por un hombre que use el condón?	1	2	3	4	5	6
578	¿Siendo penetrado analmente por un hombre sin que él use condón?	1	2	3	4	5	6
14	¿Penetrando vaginalmente una mujer hasta que Ud. eyacule?	1	2	3	4	5	6
15	¿Penetrando vaginalmente una mujer usando Ud. el condón?	1	2	3	4	5	6
16	¿Penetrando vaginalmente una mujer sin usar Ud. el condón?	1	2	3	4	5	6
17	¿Estimulando ordoanalmente a un hombre?	1	2	3	4	5	6
18	¿Estimulando ordoanalmente a una mujer?	1	2	3	4	5	6
19	¿Siendo estimulado ordoanalmente por un hombre?	1	2	3	4	5	6
110	¿Siendo estimulado ordoanalmente por una mujer?	1	2	3	4	5	6

- ii) Ahora por favor responda como percibe el riesgo de infectarse con cada una de las practicas sexuales que le voy a mencionar suponiendo que Ud. no sabe el resultado del examen del sida de esa persona. Para cada pregunta responda marcando con un circulo si Ud. lo considera extremadamente arriesgado, muy arriesgado, algo arriesgado, poco arriesgado, nada arriesgado o no está seguro.

	Extremadamen- te arriesgado	Muy arri- esga do	Algo arri- esga do	Poco arries- gado	Nada arries- gado	Inse- guro
111 ¿Masturbar a un hombre hasta que el eyacule?	1	2	3	4	5	6
112 ¿Ser masturbado por un hombre hasta que Ud. eyacule?	1	2	3	4	5	6
113 ¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que usa el condon hasta que el eyacule?	1	2	3	4	5	6
114 ¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que no use el condon hasta que el eyacule?	1	2	3	4	5	6
115 ¿Mamando (haciendo felacio) a un hombre que saque el pene antes de eyacular?	1	2	3	4	5	6
116 ¿Siendo mamado (felacio) por un hombre hasta que Ud. eyacule.	1	2	3	4	5	6
117 ¿Siendo mamado (felacio) por un hombre y sacar el pene antes de eyacular?	1	2	3	4	5	6
118 ¿Penetrando analmente un hombre hasta que Ud. eyacule?	1	2	3	4	5	6
119 ¿Penetrando analmente un hombre usando Ud. el condon?	1	2	3	4	5	6
120 ¿Penetrando analmente un hombre sin usar Ud. el condon?	1	2	3	4	5	6
121 ¿Siendo penetrado analmente por un hombre hasta que el eyacule?	1	2	3	4	5	6
122 ¿Siendo penetrado analmente por un hombre que use el condon?	1	2	3	4	5	6

		NOY arriesgado	MUCHO arriesgado	POCO arriesgado	Nada arriesgado	Inse- guro
123	¿Siendo penetrado analmente por un hombre sin que él use condón?	1	2	3	4	5
124	¿Penetrando vaginalmente una mujer hasta que Ud. evacúe?	1	2	3	4	5
125	¿Penetrando vaginalmente una mujer usando Ud. el condón?	1	2	3	4	5
126	¿Penetrando vaginalmente una mujer sin usar Ud. el condón?	1	2	3	4	5
127	¿Estimulando orbalmente a un hombre?	1	2	3	4	5
128	¿Estimulando orbalmente a una mujer?	1	2	3	4	5
129	¿Siendo estimulado orbalmente por un hombre?	1	2	3	4	5
130	¿Siendo estimulado orbalmente por una mujer?	1	2	3	4	5

131 Ahora por favor responda ¿que tan de acuerdo se encuentra Ud. con cada una de las siguientes aseveraciones? Marque solo una respuesta.

Encuentro fácil decirle a un compañero sexual que no lo dejaré penetrarme (tener sexo anal conmigo), a menos que use un condón

1. MUY DE ACUERDO
2. ALGO DE ACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. ALGO EN DESACUERDO
5. MUY EN DESACUERDO

132 Los hombres no se interesarían en mí si yo no hago el sexo anal

1. MUY DE ACUERDO
2. ALGO DE ACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. ALGO EN DESACUERDO
5. MUY EN DESACUERDO

133 Desde que oyo del SIDA, he hecho cambios en su conducta sexual.

1. SI. MUCHOS
2. SI. POCOS
3. LO MISMO
4. NO HUBO
5. NINGUNO

SI MARCO EL ODDIGO 3., 4. o 5. NO HAGA LA SIGUIENTE PAGINA

¿En cuáles de las siguientes prácticas sexuales que Ud. leerá ha hecho cambios con su compañero(a)(s) sexual(es) desde que Ud. oyo del SIDA?

Por favor llene las casillas del siguiente cuadro poniendo el código que mejor describa la forma en que Ud. ha cambiado con su(s) compañero(a)(s) habitual(es).

1. NUNCA LO HICE
2. DEJE DE HACERLO
3. BAJE LA FRECUENCIA
4. NO HE CAMBIADO
5. EMPECE A HACERLO
6. INCREMENTE LA FRECUENCIA

Debe llenar tantas líneas como compañeros habituales tenga. Note que hay espacio para 5 compañeros habituales.

La información debe llenarse por líneas. Por ejemplo, para el compañero habitual en el que Ud. decide pensar primero debe responder: ¿Ha hecho Ud. cambios con respecto a la penetración anal pasiva? Si Ud. considera que ha dejado de hacerlo entonces anotará el código 2 de la lista anterior. Luego debe responder siempre pensando en el primer compañero ¿Ha hecho cambios con respecto a la penetración anal activa? Si Ud. considera que ha incrementado la frecuencia entonces anotará el código 6.

Continúe respondiendo las preguntas que se refieren al primer compañero hasta terminar. Luego piense en su compañero habitual número 2 y responda las mismas preguntas y así sucesivamente.

Compañeros habituales	Penetración anal pasiva	Penetración anal activa	Uso del condón	Relacio con eyac.	Relacio sin eyac.	Mas tur bación	Utro
1							
2							
3							
4							
5							
Compañeros casuales							
Útros comp							

DETALLES: _____

013 Ahora quiero recordarle antes de hacerle las siguientes preguntas que la información que Ud. proporciona es completamente anónima y confidencial. Tiene Ud. toda la libertad de renegar contestar cualquier pregunta si así lo desea.

¿Cual cree Ud. que es su estado de anticuerpos del virus del SIDA:

1. SABA QUE ES POSITIVO
2. SUBSABIA QUE ES POSITIVO
3. SABA QUE ES NEGATIVO
4. SUBSABIA QUE ES NEGATIVO

014 ¿Alguna vez se ha hecho el examen de anticuerpos del virus del SIDA?

1. SI
2. NO

SI NO SE HA HECHO EL EXAMEN PASE A LA SIGUIENTE PAGINA

	examen o repetición del examen ANOTELUS DESDE EL MAS RECIENTE HASTA EL PRIMERO	Añote la fecha del examen		Añote el nombre del lugar donde se realizó el examen	Añote el resultado del examen de anticuerpos del virus del SIDA
		MES	AÑO		
010	Primero				
026	Segundo				
032	Tercero				
038	Cuarto				
044	Quinto				
050	Sexto				
056	Séptimo				

U62 ¿Se ha hecho Ud. alguna vez
el examen de Hepatitis B?

1. SI
2. NO

SI NO SE HA HECHO EL EXAMEN NO LLENE EL SIGUIENTE CUADRO

ANOTE LA FECHA DE LOS EXAMENES DESDE EL ÚLTIMO
HASTA EL PRIMERO

	EXAMEN DE REPETICION DE EXAMEN	ANOTE LA FECHA DEL EXAMEN MES AÑO	ANOTE EL NOMBRE DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL EXAMEN	RESULTADO EN EL EXAMEN DE HEPATITIS B	TIPO DE EXAMEN QUE LE HICIERON
U63	Primero				
U70	Segundo				
V4	Tercero				
V11	Cuarto				
V18	Quinto				

V25 Ahora por favor responda las siguientes preguntas.

¿Con cuántas personas ha tenido relaciones
sexuales sabiendo Ud. en ese momento que la # PERSONAS: _____
persona era seropositiva?

V27 ¿Y con cuántas personas ha tenido relaciones
sexuales sabiendo Ud. en ese momento que la # PERSONAS: _____
persona tenía SIDA?

V29 ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones
sexuales sin saber en ese momento, pero ahora # PERSONAS: _____
sí, que la persona era seropositiva?

V31 ¿Y con cuántas personas ha tenido relaciones
sexuales sin saber en ese momento, pero ahora # PERSONAS: _____
sí, que la persona tenía SIDA?

VV Analizando ahora a sus compañeros habituales.

Dígame por favor ¿cual es el estado de anticuerpos de ellos contra el virus del SIDA? Encierre en un círculo la respuesta.

		sabe que es positivo	sospecha que es positivo	sabe que es negativo	sospecha que es negativo	no sabe
V33	Primeros(a)	1	1	0	4	4
V34	Segundos(a)	1	2	0	4	3
V35	Terceros(a)	1	2	0	4	3
V36	Cuartos(a)	1	2	0	4	3
V37	Quintos(a)	1	2	0	4	3

V38 Si Ud. sabe o sospecha que es positivo al virus del SIDA dígame
¿Con que frecuencia durante los últimos 6 meses se ha preocupado Ud. de que vaya a desarrollar el síndrome relacionado con el SIDA o el SIDA clínico?

1. TODOS LOS DIAS
2. POCAS VECES POR SEMANA
3. POCAS VECES POR MES
4. POCAS VECES EN 6 MESES
5. NO ME HE PREOCUPADO
6. SABE O SOSPECHA QUE ES NEGATIVO

V39 Si Ud. sabe o sospecha que es negativo al virus del SIDA dígame
¿Con que frecuencia se preocupa de que vaya a infectarse con el virus del SIDA?

1. TODOS LOS DIAS
2. POCAS VECES POR SEMANA
3. POCAS VECES POR MES
4. POCAS VECES EN 6 MESES
5. NO ME HE PREOCUPADO
6. SABE O SOSPECHA QUE ES POSITIVO

VV Si Ud. sabe que es negativo al virus del SIDA conteste las siguientes preguntas, de lo contrario pase a la página siguiente.

Ahora quisiera que Ud. calcule la probabilidad de que sucedan los siguientes eventos. Encierre en un círculo solo un número entre 00 y 10. El "00" significa que es imposible y el "10" que es seguro que suceda. Por ejemplo si a Ud. se le pregunta: ¿Cuál es la probabilidad de que Ud. se infecte por medio de una transfusión de sangre? Si Ud. considera que definitivamente no se contagiara con el virus del SIDA por medio de una transfusión de sangre marcará el número "00". Si considera que es medianamente probable dirá el "04", "05" o "06". Y si considera que sucederá con certeza dirá el "10".

IMPOSIBLE.....CON CERTEZA

- | | | |
|-----|---|----------------------------------|
| v40 | De que Ud. haya practicado el sexo con alguien que estuviera o pudiera haber estado infectado con el virus del SIDA | 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 |
| v42 | De que Ud. va este infectado con el virus | 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 |
| v44 | De que Ud. eventualmente se contagie con el virus del SIDA | 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 |
| v46 | De que Ud. en el término de un año se llegue a contagiar con el virus, es decir, se vuelva seropositivo | 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 |
| v48 | De que Ud. en el periodo de cinco años se llegue a infectar con el virus, es decir, se vuelva seropositivo | 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 |

V50 ¿Conoce Ud. alguna persona que sea
positiva al antígeno del virus
del SIDA?

1. SI
2. NO

*(SI UD. NO CONOCE NINGUNA PERSONA
POSITIVA ANOTE "00" EN CADA UNA DE
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS)*

V51 ¿Cuántos de ellos son hombres gay que
sean su compañero sexual actual o amante?

V53 ¿Cuántos son hombres gay que fueron
su compañero sexual o amante?

V55 ¿Cuántos son hombres gay con los
que Ud. no tuvo contacto sexual?

V57 ¿Cuántos son amigos, es decir,
personas con las que habla por lo
menos una vez por semana?

V59 ¿Cuántos son conocidos, es decir,
personas a las que les habla menos
de una vez por semana?

V61 ¿Cuántos son hombres heterosexuales?

V63 ¿Cuántos son mujeres heterosexuales?

V65 ¿Cuántos son familiares?

V67 ¿Conoce Ud. alguna persona con el
SIDA declarado, con el síndrome
relacionado con el SIDA o que
haya muerto del SIDA?

1. SI
2. NO

*(SI UD. NO CONOCE ALGUNA PERSONA
CON ESTAS CARACTERÍSTICAS RESPONDA
"00" A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS)*

V68 ¿Cuántos de ellos son hombres gay que
sean su compañero sexual actual o amante?

V70 ¿Cuántos son hombres gay que fueron
su compañero sexual o amante?

V72 ¿Cuántos son hombres gay con los
que Ud. no tuvo contacto sexual?

V74 ¿Cuántos son amigos, es decir,
personas con las que habla por lo
menos una vez por semana?

V76 ¿Cuántos son conocidos, es decir,
personas a las que les habla menos
de una vez por semana?

V78 ¿Cuántos son hombres heterosexuales?

w4 ¿Cuántos son mujeres heterosexuales?

w5 ¿Cuántos son familiares?

INVENTARIO BIOMEDICO

w6 ¿Se ha hecho un examen médico en los últimos dos años?
 1. SI
 2. NO

w7 A continuación quisiera que me brinde información sobre algunas enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas.

Anote "NO" si no ha tenido infecciones de las diferentes enfermedades que se mencionan.

	¿Cuántas infecciones ha tenido de...	¿Cuál fue la fecha de la última infección		¿Cuántas infecciones ha tenido en..		
		Mes	AÑO	Genitales	Ano	Oral
w9	Gonorrrea.					XXXXX
w17	Sífilis.					
w26	Herpes.					
w35	Verrugas venéreas.					
w44	Uretritis sin gonococos					XXXXX XXXXX
w52	Uretritis no especificada					XXXXX XXXXX
w60	Sarna.					XXXXX
w74	Tricomonas					XXXXX
w12	Hepatitis A					XXXXX
w20	Urticaria					XXXXX

XX ¿Durante los últimos 5 años ha padecido Ud. alguno de estos síntomas?

Síntomas			Fecha de inicio		Fecha de desaparición		Lugar de tratamiento
			MES	AÑO	MES	AÑO	
X28	Diarrea persistente	1. SI ☒ 2. NO					
X38	Sudoraciones nocturnas	1. SI ☒ 2. NO					
X48	Pérdida de peso (más del 10% del peso total)	1. SI ☒ 2. NO					
X58	Falta de aire	1. SI ☒ 2. NO					
X68	Afta bucal (úlceras)	1. SI ☒ 2. NO					
Y4	Ganglios inflamados persistentes (que no sean de la ingle)	1. SI ☒ 2. NO					
Y14	En axilas	1. SI ☒ 2. NO					
Y24	En la cerviz (nuca)	1. SI ☒ 2. NO					
Y34	En el cuello	1. SI ☒ 2. NO					

744 ¿Ha estado Ud. internado o de paso
en un hospital por alguno de estos
síntomas u otros relacionados con el
Virus del SIDA:

1. SI
2. NO FIN DEL
CUESTIONARIO

745 Digame por favor las fechas en que ha estado hospitalizado o de
paso por alguno de estos síntomas u otros relacionados con el
Virus del SIDA, el nombre del hospital y la razón de la visita.

(ANOTE EN EL SIGUIENTE CUADRO LAS ÚLTIMAS 5 VECES QUE ESTUVO EN
EL HOSPITAL EMPEZANDO POR LA ÚLTIMA VEZ QUE ASISTIÓ, LUEGO LA
PENÚLTIMA Y ASÍ SUCESIVAMENTE.)

	FECHA		Nombre del hospital	Días de internam	Razón de internamiento	Diagnostico
	MESES	AÑO				
745						
756						
76						
715						
726						
737						

Detalle cualquier aspecto que Ud. desee comentar sobre los
internamientos:

.....

.....

.....

FIN DE LA ENTREVISTA

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

ASOCIACION DE LUCHA CONTRA EL SIDA

UNIVERSIDAD NACIONAL
Instituto de Estudios Latinoamericanos

ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE
Departamento de Investigaciones Sociodemográficas

PRIMERA ENCUESTA SOBRE
SIDA
CONOCIMIENTO, COMPORTAMIENTO SEXUAL Y CULTURA SEXUAL
EN HOMBRES GAYS Y BISEXUALES

CUESTIONARIO

Sr. Buenas noches:

Nosotros estamos haciendo un estudio sobre comportamiento sexual para lo cual estamos entrevistando muchas personas de todo el país y queremos pedirle su cooperación.

Toda la información que Ud. nos proporcione será estrictamente confidencial y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados del estudio.

Su participación es por lo tanto voluntaria y Ud. no tiene que responder preguntas si no desea contestar.

¿Podría empezar la entrevista?

Observaciones:

ACTIVIDAD	NOMBRE	FECHA
REALIZADO POR		
CRITICADO		
DIGITADO		
VERIFICADO		

USO DE OFICINA	
A1 CUEST	_____
A4 LUGAR	_____
A6 IDENTIF	_____

COSTA RICA, 1989

A8 HORA DE INICIO DE ENTREVISTA

HORAS MINUTOS

I. INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

A12 Para comenzar, por favor dígame ¿qué edad cumplió en su último cumpleaños?

EDAD: _____

A14 ¿Asiste actualmente Ud. a algún centro de educación?

1. SI
2. NO (PASE A A16)

A15 ¿Asiste Ud. a la Escuela, Colegio, Escuela Técnica o Universidad?

1. ESCUELA
2. COLEGIO
3. TECNICO
4. UNIVERSIDAD
5. OTRO: _____

A16 ¿Cuál fue el grado o año más alto que Ud. aprobó?
(MARQUE EL NIVEL Y EL ULTIMO AÑO APRUBADO)

0. NINGUNO 0
1. PRIMARIA 1 2 3 4 5 6
2. SECUNDARIA 1 2 3 4 5+
3. TECNICOS 1 2 3 4+
4. UNIVERSIDAD 1 2 3 4 5 6+

A18 ¿Dónde reside Ud. actualmente?

PROVINCIA: _____

A19 CANTON : _____

A21 DISTRITO : _____

(SI EL ENTREVISTADO DUDA SOBRE EL NOMBRE DEL CANTON Y/O DISTRITO ANOTE AL MENOS EL BARRIO, COMUNIDAD O CASERIO DONDE VIVE)

A23 ¿Considera Ud. que viajar al Centro de San José es muy fácil, fácil, poco fácil, difícil o muy difícil?

1. MUY FACIL
2. FACIL
3. POCO FACIL
4. DIFICIL
5. MUY DIFICIL

A24 ¿En qué país nació Ud.?

PAIS: _____

A26 ¿Y cuál es su nacionalidad actual?

NACIONALIDAD: _____

A28 ¿Cuál es su estado civil actual?

¿Está Ud. unido, casado, viudo, separado, divorciado o soltero?

1. UNION LIBRE (CON UNA O MAS MUJERES)
2. CASADO
3. VIUDO
4. SEPARADO
5. DIVORCIADO
6. SOLTERO (NUNCA CASADO)
8. OTRO: _____

A29 **PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENTREGUE TARJETA 1**

¿En cuál de las siguientes categorías se ubicaría Ud. con respecto al empleo:
¿Tiene Ud.

01. Un empleo a tiempo completo permanente
02. Un empleo temporal o trabaja por día
03. Trabajo por cuenta propia (sin empleados)
04. Condición de patrono (tiene empleados)
05. Trabajo doméstico con algún trabajo parcial fuera de la casa
06. Trabajo doméstico sin otro trabajo fuera de la casa..... (PASE A A36)
07. Antes trabajaba y ahora está buscando trabajo
08. Busca trabajo por primera vez..... (PASE A A36)
09. Estudios a tiempo completo..... (PASE A A36)
10. Estudia y trabaja a la vez
11. Jubilado o Pensionado
12. Incapacitado
88. Otro: _____

A31 En (su trabajo actual/último trabajo).
¿Qué clase de trabajo (hace/hizo)?

DETALLE BIEN: _____

A33 ¿Tiene Ud. alguna otra ocupación?

1. SI
2. NO (PASE A A36)

A34 ¿Qué clase de trabajo hace?

DETALLE BIEN: _____

A36 **PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENTREGUE TARJETA 2**

¿Cuál es su ingreso salarial mensual?

(SI NO TIENE TRABAJO HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA)

¿Cuanto dinero recibe Ud. por mes?

1. MENOS DE \$15.000
2. DE \$15.000 A MENOS DE \$25.000
3. DE \$25.000 A MENOS DE \$35.000
4. DE \$35.000 A MENOS DE \$45.000
5. DE \$45.000 A MENOS DE \$55.000
6. DE \$55.000 A MENOS DE \$65.000
7. DE \$65.000 A MENOS DE \$75.000
8. DE \$75.000 Y MAS

II. CONTEXTO SOCIAL: VIVIENDA, AMIGOS E IDENTIDAD

A37 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas con respecto a las personas con las que Ud. convive. ¿Con quién vive Ud. la mayoría del tiempo?

1. SOLO
2. CON PADRES O PARIENTES
3. CON ESPOSA-PAREJA FEMENINA
4. CON PAREJA MASCULINA
5. CON AMIGOS
6. OTROS: _____

A38 ¿Vive Ud. ocasionalmente con otras personas?
(SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA PREGUNTE... ¿Con quien?)

1. SOLO
2. CON PADRES O PARIENTES
3. CON ESPOSA-PAREJA FEMENINA
4. CON PAREJA MASCULINA
5. CON AMIGOS
6. NO VIVE CON OTRAS PERSONAS
8. OTROS: _____

AA Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el interés que Ud. tiene en la política y en la religión.

ENTREGUE LA TARJETA 3

PARA LA COLUMNA "INTERES" PREGUNTE...

¿Se encuentra Ud. (1) muy interesado,
(2) algo interesado,
(3) no muy interesado o
(4) desinteresado en....

		Interés (ANOTE EL CODIGO)	Relación (ANOTE EL CODIGO)	Nombre (ANOTE EL NOMBRE _)
A39	Los partidos políticos?	---	---	
A42	Las Asoc. de Profesionales	---	---	
A45	Los sindicatos?	---	---	
A48	Las asociaciones religiosas y asuntos de la iglesia?	---	---	

PARA LA COLUMNA "RELACION" DEL CUADRO ANTERIOR, PREGUNTE...

¿Y qué papel juega Ud. en estos grupos?
(1) ¿Pertenece
(2) Apoya o
(3) No tiene ninguna relación?

PARA AQUELLAS AGRUPACIONES DONDE ESCRIBIO EL CODIGO 1 o 2 ANOTE EL NOMBRE CORRESPONDIENTE

A51 Y ahora hablando sobre su identidad sexual, ¿Cuál término usa Ud. para describirse sexualmente? ¿Se considera Ud. homosexual, gay, bisexual, de ambiente, travesti, heterosexual u otro?

- 01. HOMOSEXUAL
- 02. GAY
- 03. BISEXUAL
- 04. DE AMBIENTE
- 05. TRAVESTI
- 06. HETEROSEXUAL
- 88. OTRO: _____

(ENTREVISTADOR:
TENGA PRESENTE EL TERMINO QUE USA EL
ENTREVISTADO PARA DESCRIBIRSE SEXUALMENTE
Y USELO CUANDO APAREZCAN LOS PARENTESIS
CUADRADOS [])

AA Durante los últimos 30 días,
¿cuántas veces Ud.:

DE VECES

- A53 -Cenó con sus amigos [] en su casa:.....
- A55 -Fue a cenar donde sus amigos [] o
a un restaurante con ellos?.....
- A57 -Fue al cine, al teatro, a un show o
a una exposición con sus amigos []?.....
- A59 -Fue a reuniones de un club, de una
asociación o de un grupo organizado?.....
- A61 -Fue a un paseo fuera de la ciudad
en grupo []?.....
- A63 -Se sentó a hablar de sus problemas con
un grupo de amigos []?.....

AA A continuación le voy a mencionar una serie de personas
o grupos para que Ud. me responda ¿quien de ellos sabe
que Ud. es []?

(PARA AQUELLAS PERSONAS QUE SI SABEN QUE ES []
ANOTE EL PORCENTAJE QUE LO SABEN CUANDO ASI ESTE INDICADO)

		NO TIENE	SI	NO	REHUSA DECIR	Especifique el % si son varios
A65	¿Su amigo heterosexual (buga) más cercano?	1	2	3	4	
A66	¿Su amiga heterosexual más cercana?	1	2	3	4	
A67	¿Otros amigos heterosexuales?	1	2	3	4	
A71	¿El jefe inmediato/ superior?	1	2	3	4	
A72	¿Los compañeros de trabajo?	1	2	3	4	

		NO TIENE	SI	NO	REHUSA DECIR	Especifique el % si son varios
A76	¿Los vecinos?	1	2	3	4	_____
B4	¿Su doctor?	1	2	3	4	_____
B5	¿Su papá?	1	2	3	4	_____
B6	¿Su mamá?	1	2	3	4	_____
B7	¿Su hermano(s)?	1	2	3	4	_____
B11	¿Su hermana(s)?	1	2	3	4	_____
B15	¿Otros familiares?	1	2	3	4	_____
B19	¿Esposa?	1	2	3	4	_____
B20	¿Hijo(a)(s)?	1	2	3	4	_____

B24 ¿Existe una persona o grupo en especial que Ud. no quiere que se entere de que Ud. es []? 1. SI
2. NO (PASE A B31)

B25 ¿Quién o quienes son esas personas?

DETALLE: _____

B27 ¿Por que razones no desea que se enteren de que Ud. es []?
(INDAGUE PREGUNTANDO "Alguna otra razón")

DETALLE: _____

B31 Ahora, hablando de su familia, amigos y conocidos ¿qué porcentaje diría Ud. que sabe que Ud. es [] (se los haya dicho o no)?

PORCEN-
TAJE _____%

III. ESTILO DE VIDA SEXUAL

B34 Pasando ahora a analizar como se considera Ud. a si mismo en términos sexuales de acuerdo con su conducta y sus sentimientos, quisiera preguntarle lo siguiente.

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENTREGUE LA TARJETA 4

En términos de su actividad sexual
¿cuál de las siguientes frases lo describe mejor en lo que hace(hizo)...

Ahora?	5 años atrás?	10 años atrás?
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6

B37 PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENTREGUE TARJETA 5

Ahora en términos de sus deseos sexuales y emocionales ¿cuál de las siguientes frases describe mejor la atracción que Ud. siente...

Ahora?	5 años atrás?	10 años atrás?
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6

B40 ¿Qué edad tenía Ud. cuando sospechó que era sexualmente diferente?

EDAD: _____

(NOTE BB=NO RECUERDA
99=NO RESPONDE)

B42 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las experiencias sexuales iniciales. ¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su primer orgasmo (se regó)?

EDAD: _____

B44 Esa experiencia del primer orgasmo, ¿lo hizo solo o con un compañero(a)?

1. MASTURBACION SOLO
2. SUERO MOJADO
3. OTRO VARON
4. UNA MUJER (NINA)
5. OTRO: _____

B45 Con base en esa primera experiencia ¿se definió Ud. como []?

1. SI
2. NO (PASE A B48)

B46 ¿Qué edad tenía Ud. cuando se
definió como []?

EDAD: []

B48 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas
de lo que Ud. considera fue su primera
verdadera relación sexual con un hombre
o muchacho.

¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su
primera verdadera relación sexual con
otro hombre o muchacho?

EDAD: []

B50 ¿Qué edad tenía el compañero con
quien Ud. tuvo su primera verdadera
relación sexual?

EDAD: []

B52 ¿Qué era esa persona de Ud. en
ese momento?

01. HERMANO
02. AMIGO, CONOCIDO.
03. ANTERIO. COMPAÑERO
SEXUAL
04. MAESTRO
05. NO LO CONOCÍA
06. PROSTITUTO
07. VIOLACION
08. INCESTO
09. OTRO: _____

B54 ¿En qué lugar tuvo Ud. esa primera
relación?

1. CASA RESIDE
2. CASA DE AMIGO
3. ESCUELA
4. COLEGIO
5. LUGAR ALRE LIBRE
(CAFETAL, CERCO...)
6. LUGARES BAJO TECHO
(CINES, ORINALES...)
7. OTRO: _____

B55 ¿Quién dio el primer paso?

1. EL ENTREVISTADO
2. EL COMPAÑERO
3. OTRO: _____

B56 ¿Y era algo que Ud. deseaba?

1. SI
2. NO
3. NO ESTÁ SEGURO

B8 Durante esa primera verdadera relación
sexual ¿practicaron

SI NO NR

B57	La masturbación?	1	2	9
B58	El sexo oral?	1	2	9
B59	El sexo anal?	1	2	9
B60	Juegos sexuales (toqueteos)?	1	2	9
B61	Otros:	1	2	9

B62 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas de lo que Ud. considera fue su primera verdadera relación sexual con una mujer o muchacha.
¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su primera verdadera relación sexual con una mujer o muchacha?

EDAD:
(ANOTE "00" SI NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES Y PASE A C4)

B64 ¿Qué edad tenía la compañera con quien Ud. tuvo su primera verdadera relación sexual?

EDAD:

B66 ¿Qué era esa persona de Ud. en ese momento?

01. HERMANA
02. AMIGA, CONOCIDA
03. COMPAÑERA SEXUAL, AMANTE
04. ESPOSA
05. NOVIA
06. NO LA CONOCIA
07. PROSTITUTA
08. VIOLACION
09. INCESTO
88. OTRO:

B68 ¿En qué lugar tuvo Ud. esa primera relación?

1. CASA RESIDE
2. CASA DE AMIGO(A)
3. ESCUELA
4. COLEGIO
5. LUGAR ALRE LIBRE (CAFETAL, CERCO..)
6. LUGARES BAJO TECHO (CINES, ORINALES..)
8. OTRO:

B69 ¿Quién dio el primer paso?

1. EL ENTREVISTADO
2. LA COMPAÑERA
8. OTRO:

B70 ¿Y era algo que Ud. deseaba?

1. SI
2. NO
3. NO ESTÁ SEGURO

B8 Durante esa primera verdadera relación sexual ¿practicaron

SI NO NR

B71	La masturbación?	1	2	9
B72	El sexo oral?	1	2	9
B73	El sexo anal?	1	2	9
B74	El sexo vaginal?	1	2	9
B75	Juegos sexuales (toqueteos)?	1	2	9
B76	Otros: <u> </u>	1	2	9

C4 PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENTREGUE TARJETA 6

Analizando ahora sus compañeros sexuales actuales, podría decirme primero desde su perspectiva, ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su estado actual de pareja

1. CERRADA (UN COMPAÑERO SEXUAL HABITUAL)
2. ABIERTA (POR LO MENOS UN COMPAÑERO HABITUAL Y OTROS COMPAÑEROS SEXUALES QUE PUEDEN SER HABITUALES O OCASIONALES)
3. NO TENGO COMPAÑERO HABITUAL PERO SI TENGO OTROS COMPAÑEROS OCASIONALES
4. CELIBE CON HOMBRÉS (NO MANTIENE RELACIONES SEXUALES CON ELLOS AHORA)
5. CELIBE CON MUJERES (NO MANTIENE RELACIONES SEXUALES CON ELLAS AHORA)
6. OTRO: _____

C5 Hablando ahora de sus compañero(a)s sexuales habituales, podría decirme,

(PIDALE AL ENTREVISTADO QUE LEA LA DEFINICION DE PAREJA SEXUAL HABITUAL EN TARJETA 7)

¿Cuántos compañeros habituales tiene Ud. actualmente?

COMPAÑEROS: _____
(SI NO TIENE COMP. HABITUALES ANOTE "00" Y PASE A C47)

C6 A continuación le voy a hacer una serie de preguntas sobre sus compañeros habituales.

(ENTREGUE LA TARJETA 8 PARA CONTESTAR FIDELIDAD)

	No. de Pareja	Sexo		Edad actual	Duración de la relación		Fidelidad
		Hombre	Mujer		Años	Díes	
C7	1	1	2	— —	— — —	— —	1 2 3 4 5
C15	2	1	2	— —	— — —	— —	1 2 3 4 5
C23	3	1	2	— —	— — —	— —	1 2 3 4 5
C31	4	1	2	— —	— — —	— —	1 2 3 4 5
C39	5	1	2	— —	— — —	— —	1 2 3 4 5

C47 Hablando ahora de sus compañero(a)s sexuales ocasionales, podría decirme,
(PÍDALE AL ENTREVISTADO QUE LEA LA DEFINICIÓN DE PAREJA SEXUAL OCASIONAL EN TARJETA 7)

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos compañeros ocasionales ha tenido Ud.?

COMPANEROS:
(SI NO TIENE COMP. OCASIONALES ANOTE "000" Y PASE A C54)

C50 De sus compañeros ocasionales durante los últimos 30 días ¿cuántos son hombres y cuántos son mujeres?

HOMBRES:
MUJERES:

C54 En los últimos 12 meses, ¿cuándo fue la última vez que Ud. recibió dinero, regalos o favores especiales (invitaciones, promociones, cine, etc.) a cambio de sexo?

MESES ATRAS:
(ANOTE 13 MESES SI NO HA RECIBIDO Y PASE A C58)

C56 Y con qué frecuencia los ha recibido? ¿Diría Ud. que siempre, algunas veces, o rara vez?

1. SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. RARA VEZ

C57 ¿Con qué frecuencia uso Ud. el preservativo o condón durante estas ocasiones?

1. SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. RARA VEZ
4. NUNCA

C58 Y siempre refiriéndonos a los últimos 12 meses, ¿cuándo fue la última vez que Ud. dio dinero, regalos o favores especiales a cambio de sexo?

MESES ATRAS:
(ANOTE 13 MESES SI NO HA DADO Y PASE A C62)

C60 Y con qué frecuencia los ha dado? ¿Diría Ud. que siempre, algunas veces, o rara vez?

1. SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. RARA VEZ

C61 ¿Con qué frecuencia uso Ud. el preservativo o condón durante estas ocasiones?

1. SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. RARA VEZ
4. NUNCA

C62 Ahora voy a preguntarle sobre el número de compañero(a)s que Ud. ha tenido en varios periodos de su vida.
LEA LA SIGUIENTE DEFINICIÓN: (Por "compañero(a) sexual" se entiende cualquier persona con la que tuvo al menos una relación sexual con el propósito de que uno o los dos alcanzaran el orgasmo -se regaran o vinieran).

Durante toda su vida, ¿cuántos compañeros sexuales, hombres y mujeres ha tenido Ud.?

TOTAL:

Q66	De estos, ¿cuántos son mujeres?	MUJERES:
Q70	¿Y cuántos son hombres?	HOMBRES:
Q74	En los últimos 5 años, ¿cuántos compañeros sexuales, hombres y mujeres ha tenido?	TOTAL:
D4	De estos, ¿cuántos son mujeres?	MUJERES:
D8	¿Y cuántos son hombres?	HOMBRES:
D12	Durante los últimos 12 meses ¿cuántos compañeros sexuales hombres y mujeres ha tenido?	TOTAL:
D16	De estos, ¿cuántos son mujeres?	MUJERES:
D20	¿Y cuántos son hombres?	HOMBRES:
D24	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos compañeros sexuales hombres y mujeres ha tenido?	TOTAL:
D28	De estos, ¿cuántos son mujeres?	MUJERES:
D32	¿Y cuántos son hombres?	HOMBRES:
D36	Ahora por favor dígame ¿qué tan seguro está Ud. del número de compañeros sexuales que me dijo en el último año? ¿Diría Ud. que está muy seguro, seguro, regular, inseguro o muy inseguro?	1. MUY SEGURO 2. SEGURO 3. REGULAR 4. INSEGURO 5. MUY INSEGURO
D37	Y durante los últimos 30 días, ¿qué tan seguro está Ud. del número de compañeros sexuales que me dijo?	1. MUY SEGURO 2. SEGURO 3. REGULAR 4. INSEGURO 5. MUY INSEGURO

DD **ENTREGUE TARJETA 9**

Antes cambiando de tema. Cada persona ve el sexo de un modo diferente. Por favor evalúe cómo reacciona Ud. ante las siguientes frases respondiendo de acuerdo con la tarjeta 9.

		MUY DE ACUER- DO	ALGO DE ACUER- DO	NI DE ACUER- DO NI DESA- DO	ALGO DESA- DO	MUY EN DESA- DO
D38	En los momentos de tensión, el sexo es lo único que relaja	1	2	3	4	5
D39	Cuando se está inseguro de uno mismo lo mejor es buscar un nuevo compañero sexual	1	2	3	4	5
D40	Pienso frecuentemente en el sexo	1	2	3	4	5
D41	Lo más importante de una buena relación es llevarse bien en la cama	1	2	3	4	5
D42	Si no se logra pescar en un bar (llevarse alguien a la cama) es que algo en uno debe estar fallando	1	2	3	4	5
D43	Existen periodos en que el deseo sexual domina	1	2	3	4	5
D44	En esos periodos en que el deseo sexual domina, uno no debe dejar de hacerlo	1	2	3	4	5
D45	La mejor manera de sentirse uno atractivo es empezar un nuevo romance	1	2	3	4	5

DD Ahora hablando de drogas y licor.

¿Antes o durante una relación sexual ha usado...		Durante los últimos 6 meses ¿con qué frecuencia ha usado... (ENTREGUE TARJETA 10)	
		Antes de nacer el sexo?	Durante el sexo?
D46	Poppers? (nitrito de amilo) 1. SI _____ 2. NO _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
D49	Licor? 1. SI _____ 2. NO _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
D52	Marihuana? 1. SI _____ 2. NO _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
D53	Coca, ácido? 1. SI _____ 2. NO _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
D58	Drogas intravenosas? 1. SI _____ 2. NO _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Other

DD ¿Cuántos tragos bebió durante la semana pasada:

	Cerveza	Bebidas Alcohólicas (Guaro, Vodka, Ron, Whisky, Ginebra, etc.)		Vino
	Botellas	# Tragos	Botella	# Copas
D61 ¿De lunes a jueves?	___	___	___	___
D68 ¿De viernes a domingo?	___	___	___	___

*Anote 1/4, 1/2 de botella, etc.

E4 Ahora quisiera conversar sobre las relaciones sexuales que Ud. ha tenido con extranjeros, hombres y mujeres, dentro del país.

¿Ha tenido Ud. relaciones sexuales con extranjeros en los últimos 5 años dentro del país? 1. SI
2. NO (PASE A F2B)

E5 Durante los últimos 12 meses ¿con cuántos extranjeros tuvo Ud. relaciones sexuales anales o vaginales sin usar el condón?

EXTRANJOS: _____
(SI DICE NINGUNO ANOTE "000" Y PASE A F2B)

EE ¿De que país provenían las personas con quienes Ud. tuvo relaciones sexuales anales o vaginales sin usar condón durante estos últimos 12 meses?

	FECHA		PAIS_ _	# DE COMPAÑEROS	
	MES	AÑO		HOMBRES	MUJERES
E8	--	--		----	----
E20	--	--		----	----
E32	--	--		----	----
E44	--	--		----	----
E56	--	--		----	----
E68	--	--		----	----
F4	--	--		----	----
F16	--	--		----	----

F28 Y antes de eso, desde de 1978
¿con cuantos extranjeros tuvo
relaciones sexuales anales o
vaginales sin usar el condón?

EXTRANJ: _____
(SI DICE NINGUNO
ANOTE "000" Y PASE
A H4)

FF ¿De que país provenían las personas con quienes Ud. tuvo relaciones sexuales anales o vaginales sin usar el condón?

	FECHA		PAIS_ _	# DE COMPAÑEROS	
	MES	AÑO		HOMBRES	MUJERES
F31	--	--		----	----
F43	--	--		----	----
F55	--	--		----	----
F67	--	--		----	----
G4	--	--		----	----
G16	--	--		----	----
G28	--	--		----	----
G40	--	--		----	----

USU DE OFICINA

H1 #CUESTI _____

H4 Y ahora quisiera preguntarle lo siguiente.
¿Ha viajado Ud. y tenido relaciones
sexuales con extranjeros en los últimos
5 años?

1. SI
2. NO (PASE A J44)

H5 Durante los últimos 12 meses ¿con
cuántas personas Ud. ha tenido relaciones
sexuales anales o vaginales sin usar
el condón fuera de Costa Rica?

PERSONAS _____
(SI DICE NINGUNO
ANOTE "000" Y PASE
A J44)

HH ¿En qué país fuera de Costa Rica ha tenido Ud. relaciones
sexuales anales o vaginales sin usar el condón durante los
últimos 12 meses?

	FECHA		PAIS_ _	CIUDAD_ _	# DE COMPANEROS		LOCALES *	
	MES	AÑO			HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
H8	---	---			---	---	---	---
H28	---	---			---	---	---	---
H48	---	---			---	---	---	---
J4	---	---			---	---	---	---
J24	---	---			---	---	---	---
J44	---	---			---	---	---	---
J64	---	---			---	---	---	---
J84	---	---			---	---	---	---

* GENTE DEL LUGAR

J44 Y antes de eso, desde 1978 ¿con
cuántas personas Ud. ha tenido relaciones
sexuales anales o vaginales sin usar
el condón fuera de Costa Rica?

PERSONAS _____
(SI DICE NINGUNO
ANOTE "000" Y PASE
A M24)

JJ ¿En que país fuera de Costa Rica ha tenido UD. relaciones sexuales anales o vaginales sin usar el condón?

	FECHA		PAIS _ _	CIUDAD _ _	# DE COMPANEROS		LOCALLES *	
	MES	AÑO			HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
J47	--	--			----	----	----	----
K4	--	--			----	----	----	----
K24	--	--			----	----	----	----
K44	--	--			----	----	----	----
L4	--	--			----	----	----	----
L24	--	--			----	----	----	----
L44	--	--			----	----	----	----
M4	--	--			----	----	----	----

* GENTE DEL LUGAR

IV. FACTORES SOCIALES Y DE SALUD

M24 Ahora pasemos al tema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y de la infección con el Virus del SIDA.

En que año oyó Ud. por primera vez sobre el SIDA?

AÑO:

A continuación leere un grupo de afirmaciones acerca de la transmisión del virus del SIDA. Dígame Ud. el código de la respuesta que mejor exprese lo que Ud. piensa acerca de la transmisión del virus del SIDA.

(ENTREGUE TARJETA 11)

1=(DC)DEF. CIERTO
2=(PC)PROB. CIERTO
3=(PF)PROB. FALSO
4=(DF)DEF. FALSO
9=(NS)NO SABE

		DC	PC	PF	DF	NS
M26	El Virus del SIDA se transmite por el semen	1	2	3	4	9
M27	El Virus del SIDA se transmite por la sangre	1	2	3	4	9
M28	Se transmite por la saliva	1	2	3	4	9
M29	Debido al largo tiempo de incubación, el SIDA puede ser transmitido por alguien que parece estar sano	1	2	3	4	9
M30	La penetración del ano con el puño causa heridas que ponen a la persona en mayor riesgo de contraer el Virus si después se tiene coito anal	1	2	3	4	9
M31	El uso del condón previene la transmisión del Virus del SIDA	1	2	3	4	9
M32	Mamar el ano (contacto oroanal) aumenta el riesgo de contraer el Virus del SIDA	1	2	3	4	9

M33 (ENTREGUE LA TARJETA 11)

¿Y cuál es su opinión de las siguientes afirmaciones?

Reducir el número total de compañeros(as) sexuales me ayudara a reducir el riesgo de contraer el Virus del SIDA.

1. DEF. CIERTO
2. PROB. CIERTO
3. PROB. FALSO
4. DEF. FALSO
9. NO SABE

M34 Lo importante para reducir el riesgo de contraer el Virus del SIDA no es el número de compañero(a)s sexuales sino lo que uno practique sexualmente con ellos

1. DEFIN. CIERTO
2. PROB. CIERTO
3. PROB. FALSO
4. DEFIN. FALSO
5. NO SABE

MM Ahora pasemos a otro tema del SIDA. Cuando una persona se infecta con el Virus del SIDA puede que presente algunos síntomas o no. En el caso de que los lleve a presentar ¿cuáles son los síntomas que posiblemente tendrá esta persona?

ENTREVISTADOR:

-MARQUE LOS QUE MENCIONE EN LA COLUMNA "ESPONTANEO" Y LUEGO SONDEE PREGUNTANDO "¿Algún otro?" Y MARQUE SIEMPRE EN LA COLUMNA "ESPONTANEO"

-CUANDO NO DIGA MAS SINTOMAS, PREGUNTE POR LOS QUE NO HA MENCIONADO Y MARQUE EN LA COLUMNA "CON AYUDA"

		ESPONTANEO	CON AYUDA		
		SI	SI	NO	NS
M35	Cansancio inexplicable	1	2	3	4
M36	Ganglios inflamados por más de tres meses	1	2	3	4
M37	Manchas blancas en la lengua persistentes	1	2	3	4
M38	Sudoraciones nocturnas	1	2	3	4
M39	Pérdida de peso inexplicable (más del 10% del peso corporal)	1	2	3	4
M40	Confusión inexplicable, amnesia, pérdida de la concentración	1	2	3	4
M41	Diarrea persistente	1	2	3	4
M42	Manchas abultadas purpuras en la piel	1	2	3	4
M43	Tos seca	1	2	3	4
M44	Fiebre	1	2	3	4
M45	Otro: _____	1	2	3	4

M46. Ahora hablando sobre el sexo seguro. Si Ud. tuviese que aconsejar a alguien acerca de los principios del sexo más seguro. ¿qué le aconsejaría?
(SONDEE PREGUNTANDO "¿Y qué más le diría?")

MM **ENTREGUE TARJETA 9.** Ahora quisiera hablar de lo siguiente. Existen diversas opiniones sobre el control que uno puede tener en cuanto a infectarse o no con el Virus del SIDA. Qué tan de acuerdo o en desacuerdo esta Ud. con cada una de las siguientes aseveraciones.

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	ALGO DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
M52 La gente que se infectó del Virus del SIDA en los últimos dos años lo hizo por descuido	1	2	3	4	5
M53 El estrés o tensión nerviosa debilita el sistema inmunológico	1	2	3	4	5
M54 Cuando uno practica el sexo, uno es generalmente quien decide qué hacer y cuándo hacerlo	1	2	3	4	5
M55 Los resfriados no tienen nada que ver con el estado emocional	1	2	3	4	5
M56 Si mi compañero sexual no quiere practicar el sexo seguro, es poco lo que puedo hacer al respecto	1	2	3	4	5
M57 Cualquiera puede evitar infectarse por el Virus del SIDA: es simplemente tener cuidado con quién tiene uno sexo y que práctica sexual se hace	1	2	3	4	5
M58 Lo importante de una buena alimentación es cuánto se come y no lo que se come	1	2	3	4	5
M59 No hay problema en rechazar una propuesta de alguien que no practica el sexo seguro	1	2	3	4	5

		MUY DE ACUER- DO	ALGO DE ACUER- DO	NI DE ACUER- DO NI DESA- DO	ALGO DESA- DO	MUY EN DESA- DO
M60	Yo soy tan fuerte y sano que no me infectare por el virus del SIDA	1	2	3	4	5
M61	Nada puede hacerse para evitar un cancer	1	2	3	4	5
M62	Si Ud. penetra (sexo anal) con condon, Ud. no dara, ni recibira, el virus del SIDA	1	2	3	4	5
M63	Cuando estoy muy caliente sexualmente tengo problemas en practicar el sexo seguro	1	2	3	4	5
M64	Debido al estilo de vida que llevo, estoy seguro que no me infectare con el virus del SIDA	1	2	3	4	5

MM **ENTREGUE TARJETA 4**

Existen diversas opiniones acerca de la situacion del SIDA y de la gente gay en Costa Rica. Digame por favor cuanto comparte Ud. o no cada una de las siguientes aseveraciones?

		MUY DE ACUER- DO	ALGO DE ACUER- DO	NI DE ACUER- DO NI DESA- DO	ALGO DESA- DO	MUY EN DESA- DO
M65	Básicamente, si uno va a infectarse del virus del SIDA, uno se va a infectar haga lo que haga; no hay nada que se pueda hacer para evitarlo	1	2	3	4	5
M66	En Costa Rica, no existe persecucion contra los gays	1	2	3	4	5
M67	En terminos de salud, si uno esta, infectado del virus del SIDA es poco lo que se puede hacer	1	2	3	4	5
M68	La gente de ambiente que sabe comportarse en público no va a encontrar problemas	1	2	3	4	5
M69	La gente promiscua es la que se contagia del SIDA	1	2	3	4	5
M70	Casi nadie sabe que soy de ambiente	1	2	3	4	5
M71	La prensa ha exagerado el peligro del SIDA	1	2	3	4	5

MM **ENTREGUE TARJETA 9**

A continuación quisiera realizarle algunas preguntas sobre comunicación sexual para que Ud. me responda qué tan de acuerdo esta Ud. con cada una de las siguientes aseveraciones.

	MUY DE ACUER DU	ALGO DE ACUER DU	NI DE ACUER DU NI DESA-	ALGO DESA- ACUER DU	MUY EN DESA ACUER DU
M72 Antes de hacer el sexo, encuentro fácil decirle a mis(a) compañero(a)(s) sexuales lo que disfruto y lo que no disfruto sexualmente	1	2	3	4	5
M73 Encuentro fácil decirle al compañero(a) sexual lo que hare y lo que no hare sexualmente	1	2	3	4	5
M74 En general, siento que hablar del sexo con los compañero(a)(s) sexuales es vergonzoso	1	2	3	4	5
M75 Encuentro fácil preguntarle a los compañero(a)s sexuales cómo se sienten respecto al sexo seguro	1	2	3	4	5

MM **ENTREGUE TARJETA 9**

Ahora por favor responda ¿que tan de acuerdo se encuentra Ud. con cada una de las siguientes aseveraciones? (Percepción de normas sociales)

	MUY DE ACUER DU	ALGO DE ACUER DU	NI DE ACUER DU NI DESA-	ALGO DESA- ACUER DU	MUY EN DESA ACUER DU
M76 La mayoría de mis amigos () pienzan que insistir en el sexo seguro es hacerse la vida difícil (mucho problema)	1	2	3	4	5
M77 La mayoría de mis amigos () pensarían que yo soy un aguafiestas o puritano si insisto en el sexo seguro	1	2	3	4	5
M78 La mayoría de mis amigos () piensan que uno no se puede infectar si sólo penetra en vez de ser penetrado	1	2	3	4	5

M79 La mayoría de mis amigos le dicen que uno debe usar siempre un condón cuando se penetra o se deja uno penetrar por alguien

1 2 3 4 5

NN Por favor dígame ¿De donde o de quien ha visto o recibido información sobre el SIDA y el sexo seguro? ¿Dónde o en ...

¿Ha recibido información general sobre SIDA en...

¿Ha recibido información sobre el sexo seguro?

N4	Televisión?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N5	Radio?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N6	Periodicos?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N10	Folleto, afiches, anuncios en pizarras oficiales?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N12	Folleto, afiches, anuncios de organizaciones gay?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N14	Hablando con amigos ()	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N16	Hablando con el compañero sexual?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N18	Hablando con la familia o amigos en general?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N20	Hablando en el trabajo?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N22	En la escuela, colegio o universidad?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N24	En una clínica, hospital o consulta médica?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N26	Comisión Nacional del SIDA?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N28	El Departamento Antivenéreo del Ministerio de Salud?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N30	El Instituto de Investigaciones en Salud, INISA, de la OCE?	1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO

	¿Ha recibido información general sobre SIDA en...	¿Ha recibido información sobre sexo seguro?
N32	INCIENSA? (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud) 1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N34	En la iglesia o hablando con sacerdotes, pastores o rabinos? 1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N36	En un teléfono de información sobre el SIDA? 1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO
N38	Políticos, autoridades públicas? 1. SI ☒ 2. NO	1. SI 2. NO

N40 Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre el preservativo. ¿Alguna vez Ud. ha usado el preservativo?

1. SI
2. NO (PASE N56)

N41 ¿Qué es lo que más le gusta de usar el preservativo?

DETALLE:

N43 ¿Qué es lo que más le disgusta de usar el preservativo?

DETALLE:

N45 Por lo general ¿cómo consigue los preservativos?

1. TIENDA, PULPERIA
SUPERMERCADOS
2. FARMACIA PRIVADA
3. ESTAB. MS O CCSS
4. BARES GAYS
5. OTROS: _____

N46 ¿Con qué frecuencia lo usa ahora?

1. SIEMPRE (PASE A N56)
2. CASI SIEMPRE
3. ALGUNAS VECES
4. CASI NUNCA
5. NUNCA

NN Ahora dígame si los siguientes factores influyen en su decisión de usarlo o no.

		SI	NO	NS
N47	¿Tipo de práctica sexual?	1	2	3
N48	¿Si la persona es conocida?	1	2	3
N49	¿Si la pareja es el amante?	1	2	3
N50	¿Haber o no tomado licor o drogas?	1	2	3
N51	¿Tener el condón a mano?	1	2	3
N52	¿Actitud del compañero?	1	2	3
N53	¿Saber que el examen del SIDA que Ud. se practicó es negativo?	1	2	3
N54	¿Saber que el compañero es negativo?	1	2	3
N55	¿Otro?: _____	1	2	3

N56 A continuación le voy a leer una serie de afirmaciones sobre el preservativo. Por favor responda si Ud. está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SABE
	El preservativo...			
	Disminuye el placer sexual	1	2	3
N57	Lo hace a uno perder la concentración	1	2	3
N58	Su precio es muy alto para usarlo a menudo	1	2	3
N59	Si no tengo uno no voy a perder un polvo (relación sexual) por eso	1	2	3
N60	Debe usarse solo si el compañero está de acuerdo	1	2	3
N61	Si me van a penetrar es cuestión del compañero ponerse o no	1	2	3
N62	Debe inflarse y estirarse para probar su calidad	1	2	3
N63	Se rompe fácilmente	1	2	3
N64	Debe usarse uno nuevo en cada acto sexual	1	2	3

El preservativo... DE ACUERDO EN DESACUERDO NO SABE

N65	Da vergüenza ir a comprarlos	1	2	3
N66	Cuando uno penetra no hay necesidad de usarlo	1	2	3
N67	Se deja de usar cuando ya se quiere al compañero	1	2	3

00 Seguidamente quisiera que me diga si Ud. ha participado en cada una de las siguientes actividades y si es así, ¿cuántas horas pasó en estas en las últimas 4 semanas?

¿Alguna vez en últimas ha...? 4 semanas?

04	Visitando bares gays, discotecas, sodas, restaurantes gays o predominantemente gays	1. SI ☒ 2. NO ☐	
08	Visitando saunas gays o predominantemente gay	1. SI ☒ 2. NO ☐	
012	Trabajando en organizaciones gay. ¿Cuál?	1. SI ☒ 2. NO ☐	
016	Trabajando en otras organizaciones voluntarias no gays. ¿Cuál?	1. SI ☒ 2. NO ☐	

00 Para, cada uno de los siguientes establecimientos que le voy a mencionar por favor responda las siguientes preguntas.

	¿Alguna vez ha ido a...	¿Generalmente cuántas visitas hace por mes....?
020	La Torre? 1. SI — 2. NO	— — —
023	Los Luchadores? 1. SI — 2. NO	— — —
026	Shalom? 1. SI — 2. NO	— — —
029	Churro Español o Puchitos? 1. SI — 2. NO	— — —

	¿Alguna vez ha ido a...	¿Generalmente cuántas visitas hace por mes....?
Q32 La Avispa?	1. SI → 2. NO	— — —
Q35 Cantabrico?	1. SI → 2. NO	— — —
Q38 Cuartel de la Boca del Monte?	1. SI → 2. NO	— — —
Q41 Victor's Bar?	1. SI → 2. NO	— — —
Q44 Montecarlo?	1. SI → 2. NO	— — —
Q47 La Margot?	1. SI → 2. NO	— — —
Q50 Otros?: _____	1. SI → 2. NO	— — —

00 **ENTREGUE LA TARJETA 9**

A continuación le voy a leer una serie de oraciones acerca de la [] y para saber como se siente ud. siendo []. Responda con base en los códigos de la tarjeta 9.

	MUY DE ACUER- DO	ALGO DE ACUER- DO	NI DE ACUER- DO NI DESA- DO	ALGO DESA- DO	MUY EN DESA- ACUER- DO
Q53 No importa si alguien sabe que una persona es []	1	2	3	4	5
Q54 Si cualquier persona pudiera esconder sería heterosexual	1	2	3	4	5
Q55 El SIDA es un castigo de DIOS	1	2	3	4	5
Q56 Considero la vida [] como una decisión de cada persona	1	2	3	4	5
Q57 Se puede confiar en la gente de ambiente	1	2	3	4	5

	MUY DE ACUER- DO	ALGO DE ACUER- DO	NI DE ACUER- DO NI DESA- DO	ALGO DESA- DO	MUY EN DESA- DO
058 En comparación con otros aspectos de mi vida, mi [] es algo que no tiene importancia para mí	1	2	3	4	5
059 Apenas se inicia un nuevo romance es mejor salirse del ambiente	1	2	3	4	5
060 El sexo entre hombres es pecado	1	2	3	4	5
061 No es mi [] el problema, sino la reacción social contra ella	1	2	3	4	5
062 La gente gay se busca el SIDA por lo promiscua que es	1	2	3	4	5
063 Los hombres gay tienen más en común con los hombres heterosexuales que con las lesbianas	1	2	3	4	5
064 Es importante que el amante no sea afeminado	1	2	3	4	5
065 Lo mejor es que el amante de uno sea buca (heterosexual)	1	2	3	4	5
066 No existen relaciones estables en el ambiente porque la gente gay es inítil	1	2	3	4	5
067 Hablando ahora de sus amigos cercanos, tomando en cuenta tanto hombres como mujeres, ¿cuántos buenos amigos diría Ud. que tiene?	TOTAL: [] HOMBRES: [] MUJERES: []				
073 Del total de amigos hombres ¿cuántos son heterosexuales, bisexuales y homosexuales?	HETEROSEXUALES: [] BISEXUALES: [] HOMOSEXUALES: []				
P4 y del total de amigas ¿cuántas son heterosexuales, bisexuales y homosexuales?	HETEROSEXUALES: [] BISEXUALES: [] HOMOSEXUALES: []				

PP **ENTREGUE TARJETA 10**

En general, cuando Ud. tiene problemas personales ¿siente que es fácil acudir a

S MV AV RV IN

P10	Amigos?	1	2	3	4	5
P11	Organizaciones Gays?	1	2	3	4	5
P12	Organizaciones no Gays?	1	2	3	4	5

PP Ahora quisiera preguntar lo siguiente. En caso de necesitar ayuda, consejo o apoyo, ¿a cuál de las siguientes personas, grupos y/u organizaciones acudiría? (añade cualquier persona u organización a éstas)

		NO TIENE	SI	NO	NO	Especifique el % si son varios
P13	Padre	1	2	3	4	
P14	Madre	1	2	3	4	
P15	Hermano(s)	1	2	3	4	
P19	Hermana(s)	1	2	3	4	
P23	Otros parientes	1	2	3	4	
P27	Esposa	1	2	3	4	
P28	Hijos	1	2	3	4	
P32	Amante	1	2	3	4	
P33	Amigos L J	1	2	3	4	
P37	Amigos(as) heterosexuales	1	2	3	4	
P41	Patron/Jefe inmediato	1	2	3	4	
P42	Doctor	1	2	3	4	
P43	Psicólogo	1	2	3	4	
P44	Sacerdote-pastor-rabino	1	2	3	4	
P45	Abogado	1	2	3	4	
P46	Otros: ...	1	2	3	4	

PP Ahora quisiera que Ud. calcule la probabilidad de que sucedan los siguientes eventos. Dígame un número entre "00" y "10". El "00" significa que es imposible y el "10" que es seguro que suceda. Por ejemplo si a una persona se le pregunta "De que Ud. se infecte por medio de una transfusión de sangre". Si la persona considera que definitivamente no se contagiara con el virus del SIDA por medio de una transfusión de sangre dirá el código "00". Si considera que es medianamente probable dirá el "04", "05" o "06". Y si considera que sucederá con certeza dirá el "10".

IMPOSIBLE.....CON Certeza

P47	De que todos los que se han infectado con el virus lleguen a tener el SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P49	De que Ud. eventualmente llegue a tener el complejo relacionado con el SIDA o el SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P51	De que en el termino de un año llegue a tener el complejo relacionado con el SIDA o el SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P53	De que Ud. en un periodo de cinco años llegue a tener el complejo relacionado con el SIDA o el SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P55	De que su actual(es) compañero(s) sexual(es) esté(n) infectado(s) por el virus del SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P57	De que su proximo compañero sexual este infectado por el virus del SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P59	De que algunos de sus amigos o se hayan infectado con el virus del SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P61	De que una persona a la que se ve muy sana pueda estar infectada por el virus del SIDA	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P63	De que su pareja pueda llegar a infectarse	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
P65	De que su compañero sexual practique el sexo seguro con otras personas	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

P67 De que el condon se rompa
en medio del acto sexual 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

P69 De que si Ud. se emborracha o
droga antes del acto termine
practicando el sexo inseguro 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

P71 De que una persona que se
hizo recientemente el examen
del SIDA y salio negativa.
pueda estar infectada 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

ENTREGUE LA PARTE CONFIDENCIAL DEL CUESTIONARIO Y SOLICITE AL ENTREVISTADO QUE LLENE LOS DATOS QUE SE PIDEN. RECUERDELE QUE LA INFORMACION ES ANONIMA Y CONFIDENCIAL.

P73 HORA DE FIN DE ENTREVISTA

HORAS MINUTOS

INFORME DEL ENTREVISTADOR

Q4 GRADO DE COOPERACION 1. MUY BUENO
2. BUENO
3. REGULAR
4. MALO
5. MUY MALO

Q5 VALIDEZ DE LAS RESPUESTAS 1. VERDADERAS
2. DUDOSAS
3. MUY DUDOSAS

Q6 PERSONAS PRESENTES 1. NADIE
2. COMPAÑERO
3. AMIGOS
4. OTROS: _____

Q7 LUGAR DONDE SE REALIZO LA ENTREVISTA: _____

ANTONI MIRABET I MULLOL

Doctor en Psicología
(Universitat d'Estrasburg i de Barcelona)

Barcelona, 29 de diciembre de 1989

Dr. Manuel Carballo
Chief
Social and Behavioural Research
Global Programme on AIDS
GENEVA

Apreciado Dr. Carballo:

Después de nuestra correspondencia en los meses de abril y mayo de 1989 (12-4-89, 18-4-89, 24-4-89, 25-5-89, 30-5-89) y después de la entrevista (Mirabet-Angelats) con usted y, seguidamente, con el Profesor Tony Coxon, en Montreal con motivo de la Vª Conferencia Internacional sobre el SIDA, recibimos la carta del Profesor Tony Coxon (26-11-89) invitándonos a la reunión de los días 12-15 de diciembre de 1989 en la Universidad de Essex.

Decidimos participar en dicha reunión y por ello asistió el Sr. Jaume Angelats, en nombre mio personal y de la Asociación SIDA-STUDI.

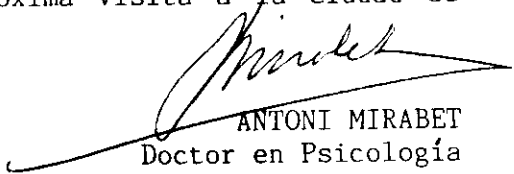
Al regreso a Barcelona del Sr. Jaume Angelats, hemos estudiado detenidamente la documentación entregada en Essex y las orientaciones dadas.

Por la presente le comunico que aceptamos participar en esta investigación y nos comprometemos a seguir las pautas establecidas.

Enviamos fotocopia de esta carta al Professor Tony Coxon y esperamos recibir pronto las indicaciones de Udes. para poner en marcha este estudio sobre "Conducta sexual y cambio de estilo de vida de hombres con prácticas homosexuales y bisexuales frente a la infección por el VIH y el SIDA" en la ciudad de Barcelona y en todo Cataluña.

Para poder contratar el personal que necesita esta investigación esperamos firmar, dentro de poco, nuestro compromiso con la OMS y, a la vez, recibir el dinero asignado por la OMS. De momento, hemos elegido un "equipo asesor" formado por cuatro expertos de Cataluña en estudios psicosociales. Hemos tenido ya contactos individuales con cada uno de ellos. Les hemos entregado la documentación recibida en Essex y el día 12 de enero tendremos una reunión con los cuatro. En esta reunión cumplimentaremos el "Summary form for research..." y, de inmediato, lo enviaremos a Udes. Contamos poder conversar detenidamente sobre esta investigación con el Profesor Tony Coxon en su próxima visita a la ciudad de Barcelona (enero 1990).

Le saluda cordialmente.


ANTONI MIRABET
Doctor en Psicología
Presidente y Coordinador Técnico
de la Asociación SIDA-STUDI

cc: Profesor Tony Coxon (en castellano y traducción en inglés)