

RIESGO, PREVENCIÓN Y PRUEBA DEL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

Fernando Villaamil, María Isabel Jociles, Fernando Lores

Introducción

El tema que abordamos aquí es el de los factores que inciden en la realización o posición de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH (a partir de ahora, prueba del VIH) en los HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) madrileños; abordaje que realizamos a partir de los resultados de una investigación que tiene una finalidad eminentemente aplicada: encontrar el marco para futuras estrategias de intervención que puedan favorecer el uso de la prueba dentro de dicho colectivo.¹

La realización de la prueba del VIH ha sido considerada una de las principales estrategias de control de la epidemia, especialmente desde la introducción de terapias eficaces de tratamiento de la infección, capaces de asegurar a una proporción sustancial de las personas que viven con VIH un mejor pronóstico y una aceptable calidad de vida. Además, un diagnóstico precoz de la infección por VIH mejora sustancialmente el pronóstico, disminuyendo fuertemente las tasas de morbilidad y mortalidad. Las mejoras terapéuticas quedan seriamente comprometidas, sin embargo, cuando el diagnóstico es tardío, coincidente con la aparición de enfermedades indicativas de SIDA. Así, las ventajas de conocer el serostatus positivo en una fase temprana de la infección son, en principio, incontrovertibles y, por tanto, la promoción de la prueba, un ítem imprescindible en la planificación de las actividades de prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en la actualidad.

Los HSH que residen en Madrid, colectivo en el que se centra el estudio que presentamos, poseen tasas de prevalencia de VIH altas en el contexto europeo (CESES, 2003), y en aumento (Proyecto Epi-VIH, 2003). Los datos disponibles indican que con toda probabilidad los HSH madrileños se han venido infectando a lo largo de los años 90 y hasta el presente con tasas de incidencia constantes, lo que se refleja en una edad media al diagnóstico de SIDA que tiende a mantenerse, a diferencia de otros grupos (Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003). A ello se añade sin duda el hecho, resaltado en el informe de vigilancia epidemiológica reseñado, de que en la población madrileña de HSH el porcentaje de diagnósticos de SIDA sin diagnóstico previo de infección por VIH se sitúa en un grave 41%, en 2003. Ello puede contarse entre los factores que derivan en una mediana de supervivencia entre los HSH diagnosticados de SIDA menor que en cualquier otro grupo de transmisión y en un pronóstico de evolución de la enfermedad fuertemente comprometido.

1 Investigación llevada a cabo en el marco de un convenio de colaboración entre la Universidad Complutense y el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La investigación cuyos resultados se presentan aquí — si bien parcialmente — está orientada a conocer los modos en que los HSH confrontan la prueba del VIH, con el objetivo de ofrecer, a las instituciones implicadas en la prevención del VIH y la promoción de la prueba, instrumentos para mejorar las intervenciones dirigidas a este colectivo. A continuación, exponemos, en primer lugar, una reflexión acerca de las limitaciones del modelo (*HIV counseling, testing and referral*: ver Centers for Disease Control and Prevention, 2001) que generalmente se acepta en las intervenciones centradas en la realización de la prueba del VIH, señalando los implícitos no examinados sobre los que se fundamenta. Con respecto a este modelo, nos interrogamos acerca de qué se esconde tras la pregunta — en apariencia, relevante — de: “¿Por qué no se hacen la prueba?”; en concreto, nos interrogamos, por un lado, acerca de qué se considera un comportamiento racional con relación a la prueba del VIH y cuál es el patrón de racionalidad subyacente; y, por otro lado, acerca de cuál es la noción de sujeto (/portador de esa racionalidad) que se maneja, y si esa noción está dirigiendo implícitamente tanto el modelo de intervención como una parte de las investigaciones en el campo. Sobre la base de la anterior reflexión, en segundo lugar, mostramos los rasgos centrales de otro modelo de investigación (/intervención): el que hemos aplicado en nuestro estudio, ilustrándolo a través del análisis de dos de las modalidades concretas mediante las que los HSH madrileños abordan la prueba del VIH. Y, finalmente, concluimos con algunos apuntes sobre la utilidad de este otro modelo.

El modelo epidemiológico

La promoción de la prueba del VIH y los marcos institucionales de su realización han merecido una considerable atención, tanto por parte de los estudios epidemiológicos como de las instituciones encargadas de ofrecer modelos de intervención a los agentes más directamente implicados (ver p. e., Anderson y otros, 2001; Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2001). No obstante, deseamos destacar algunos elementos característicos de esta perspectiva, hegemónica en investigación e intervención, con el objetivo de clarificar la especificidad y el contexto en el que se realiza la investigación que sirve de base a este artículo. Así, cabe señalar que los estudios consultados tienden a centrarse en las “barreras” y “facilitadores” que influirían en la motivación para hacerse la prueba del VIH, obteniéndose en algún caso interesantes resultados (p.e., Spielberg y otros, 2003, 2001; Kellerman y otros, 2002; Hart y otros, 2002; Waddell, 1993). Se ha prestado especial atención a las mejoras en las técnicas disponibles de detección de anticuerpos frente al VIH, así como a la influencia de ciertos aspectos organizativos de las instituciones en las que se realiza la prueba: anonimato, accesibilidad, tiempos de espera (Keenan y Keenan, 2001; Skolnik y otros, 2001; Spielberg y otros, 2003; Summers y otros, 2000).

En cuanto a las actividades de *counseling* que se realizan (o deberían realizarse) en las instituciones que ofertan la prueba, las preocupaciones de la ya ingente literatura al respecto se centran en torno a la eficacia de diferentes formatos

(contenidos y articulación concreta) de la sesión o sesiones de que consta (Rothe-ram-Borus y Etzel, 2003; Keenan y Keenan, 2001; Spielberg y otros, 2001). El modelo que se propone como canónico consiste habitualmente en una o más sesiones realizadas cuando se solicita el test y/o en el momento de recoger los resultados, de 15 a 20 minutos de duración. En ellas se ofrece, por un lado, información respecto a la infección del VIH y su transmisión, y por otro, *counseling* estrictamente dicho, en el que el "cliente" "...es ayudado a identificar los comportamientos específicos que les ponen en riesgo de adquirir o transmitir el VIH y a comprometerse a dar pasos para reducir ese riesgo" (Anderson y otros, 2001: 13).² Por tanto, frente a otras estrategias de comunicación más centradas en transmitir información en una sola dirección, al menos en teoría, el *counseling* tiene como virtud su bidireccionalidad y su voluntad de centrarse en el "cliente", que ya no es un mero receptor mudo, sino que tiene garantizado un espacio en el que articular lo que le pasa. Ello tiene unos límites claros, como enseguida veremos. Además, no hay que perder de vista que cuando se ha estudiado también el grado en que el modelo se adecúa a las prácticas reales del personal encargado de llevarlo a cabo (Silvestre y otros, 2000; Marks y otros, 2002), se han obtenido resultados desalentadores (Beardsell, 1999). Por otra parte, y aunque no se dispongan de estudios al respecto para el contexto español, se ha señalado (MacKellar y otros, 2002; Fennema y otros, 2000) que un uso repetido del test del VIH puede ir aparejado a prácticas de riesgo frecuentes, poniendo en cuestión la validez y eficacia de la intervención individual (*counseling* o asesoramiento) de la que suele ir acompañado.

El modelo presenta algunos problemas considerables: en primer lugar, éste y, probablemente, la práctica concreta de los profesionales e instituciones que ofertan la prueba, se centra en diagnosticar la presencia del VIH en el organismo de personas que no son conscientes de estar infectadas, sin poner un énfasis parejo en enfocar la prueba como un momento privilegiado para realizar intervenciones que sean a su vez un elemento más de una estrategia de prevención del VIH, encaminada a evitar posibles futuras infecciones. Así, aparece mucho más claramente definido qué hacer a partir de un resultado positivo (derivar al sujeto a tratamiento) que de uno negativo, que se soluciona con un vago plan personal de reducción de riesgos en "pasos". A esta concepción medicalizada de la prueba y su contexto no es ajeno el hecho de que sea personal sanitario el que en primera instancia esté encargado de realizarlo. Lo que se pierde aquí es la oportunidad de realizar una intervención en un marco de definición de las necesidades de los sujetos menos estrecho o, en su caso, derivar a otras organizaciones que desarrollen programas de prevención específicos; algo especialmente lamentable si se tiene en cuenta que se trata de un segmento de la población de HSH que, puesto que ha acudido a hacerse la prueba, es harto probable que ha frecuentado las prácticas de sexo no seguro.

En segundo lugar, podemos observar una cierta circularidad que se establece en la relación entre investigación e intervención, en la medida en que los resultados de la primera apoyan determinadas formas de intervenir en el contexto de la

2 Traducción propia.

prueba y ciertas medidas para facilitar su uso; a su vez, son las intervenciones fundamentadas en las variaciones sobre el modelo “probado” las que son posteriormente evaluadas. Lo que parece perderse en el camino es la oportunidad de reflexionar acerca de los presupuestos sobre el sujeto social implícitos en dicho modelo y acerca de los fundamentos teóricos de las intervenciones sociosanitarias. En este sentido, centrándonos en lo que se define como problemático con relación a la prueba del VIH entre HSH, los estudios sustentan la misma lógica que las recomendaciones oficiales, fundamentada ésta en un presupuesto no examinado según el cual existiría una única línea de comportamiento “racional” con relación a la prueba del VIH, cuyo curso puede ser potenciado (“facilitadores”) y sobre todo alterado por “barreras” en el correcto camino.³ Los “facilitadores” y “barreras” más habitualmente considerados, como hemos visto, tienen que ver con la técnica y las circunstancias legales e institucionales de la prueba, dando por supuesta la existencia virtual de un sujeto aproblemático que, bajo las debidas condiciones, tomará la decisión adecuada. La promoción de la prueba consiste, entonces, en promover esas condiciones, como acortar los tiempos de espera o facilitar la realización del test en el propio hogar, y los estudios se limitan a tratar de averiguar las “necesidades y preferencias” de un individuo que carece de atributos, que toma “decisiones” sin pasado y actúa sin contexto.

Con menor frecuencia se atiende a los contextos sociales y culturales que pueden estar incidiendo en cómo y cuándo los sujetos se realizan la prueba. Ello se hace, sin embargo, de forma peculiar: los “factores culturales” son considerados como aquello que puede estar distorsionando la asimilación de la información, o también como aquello que debe ser tenido en cuenta por ciertos agentes de intervención (los más cercanos a las “comunidades” con mayor prevalencia: ya no se espera que sea personal médico, sino más bien “nativo”) para “modular” (*tailoring*) los mensajes de prevención en función del “cliente”. Se trata de nuevo de remover los “obstáculos” que pueden estar interfiriendo en la consecución de un objetivo único y excluyentemente racional, en concordancia con lo expuesto más arriba. Así delimitado, no es de extrañar que el modelo de intervención que se legitima con todo el peso de una institución tan relevante en el campo como los CDC (Centres for Disease Control) se dibuje siguiendo un esquema básicamente confesional, en el que el sanitario debe descubrir tanto los posibles errores de los que el sujeto no sea consciente, como guiarle en la senda del cambio, confeccionando de forma conjunta (?) un plan individualizado de reducción del riesgo, con “pasos” a dar que sean “asequibles” para el sujeto.

La estrategia de investigación que nosotros hemos seguido es, en este

3 A primera vista, el comportamiento correcto con respecto a la prueba del VIH consistiría en realizarla al poco tiempo — tres meses después — de la práctica de riesgo. Pero no está en absoluto claro — al menos en la literatura que comentamos — cómo considerar los casos límite: qué hacer con los que se repiten la prueba sin haber tenido prácticas de riesgo, y con los que intercalan prácticas de riesgo y pruebas frecuentes. Fernyak y otros (2002) concluyen que este último es “...un uso apropiado de un recurso de prevención”, cuando desde otra perspectiva es un evidente despilfarro de oportunidades de realizar intervenciones eficaces y bien enfocadas con una población notoriamente en riesgo de contraer el VIH.

sentido, algo distinta. Nuestro marco de análisis parte de la idea de que la realización o posposición de la prueba del VIH se hace comprensible por su inserción en el conjunto de las prácticas y representaciones sociales que tienen que ver con la economía política del sexo (Lancaster, 1992; Lancaster y di Leonardo, 1997), es decir, con la producción y circulación de valores relacionados con las categorizaciones sexuales y de género, en torno a las cuales se producen y reproducen relaciones sociales de dominación y un conjunto de relaciones políticas, culturales y jurídicas, imprescindibles para comprender la constitución de la subjetividad con relación al campo de la sexualidad. Estos procesos, que generan también conflictos en torno a la distribución de bienes, recompensas y poderes, constituyen, por tanto, el marco a partir del cual hemos intentado comprender las subjetividades de los HSH y, de este modo, las prácticas relacionadas con la realización o posposición de la prueba del VIH.

Hacia un modelo complejo

Después de transcurridos más de veinte años de presencia de la epidemia de infección por VIH, no puede sorprender la afirmación de que los HSH en España han incorporado el SIDA a sus prácticas sociales y a sus representaciones de la identidad subjetiva y colectiva. Es por ello que el análisis se ha centrado en la comprensión de las diferentes prácticas y representaciones en relación con la infección por VIH, esto es, de los diversos modos de incorporación de la gestión de la amenaza del SIDA que, en otros términos, pueden ser considerados como distintas racionalidades que otorgan coherencia a la misma.⁴

Se parte de la hipótesis de que el par sexo seguro/de riesgo, las representaciones del riesgo, la seropositividad y la prueba se hacen comprensibles en el marco de la conformación de las identidades subjetivas de los HSH. Ello, sin embargo, no se ha producido de forma uniforme en el conjunto de los HSH, de modo que destaca la heterogeneidad de prácticas y representaciones que se han podido constatar. En parte a consecuencia de una decisión metodológica inicial de contar con la mayor diversidad posible en la muestra en función de distintas dimensiones (edad, nivel socioeconómico, intención de realizarse la prueba, vinculación al ambiente gay), los sujetos entrevistados y los discursos recogidos en los grupos de discusión reflejan esa amplia variedad de racionalidades desde las que se vive la epidemia de VIH.⁵

De cara al análisis distinguimos entre dimensiones sociales y culturales de las prácticas de los sujetos, entendiendo por dimensiones culturales,

4 Entendemos por racionalidades — como se verá — las maneras específicas en que los marcos de sentido y los condicionantes socioestructurales se articulan en las prácticas de los agentes sociales.

5 Se realizaron 27 entrevistas a un total de 15 sujetos, así como tres grupos de discusión: uno con jóvenes (menores de 30 años: GDI), otro con jóvenes adultos (de 30 a 45: GDII) y el tercero con adultos (de 46 en adelante: GDIII).

fundamentalmente, los marcos de sentido que manejan, concebidos como un conjunto interrelacionado de significados a través de los cuales se percibe la realidad y se orienta la acción, que son articulados en contextos concretos y desde una experiencia y trayectoria biográfica específicas. Las dimensiones sociales, por su lado, están constituidas por el conjunto de condiciones históricas, socioeconómicas y sociopolíticas en las que se va gestando esa experiencia y esa trayectoria. A partir de esta diferenciación, definimos los siguientes factores que nos permiten ordenar y hacer comprensible esta diversidad:

- En primer lugar, los ejes que definen *la posición en la estructura social* (educación formal, nivel de ingresos, ocupación, situación laboral).
- En segundo lugar, *el origen social de clase y la trayectoria biográfica posterior* (ascendente, descendente, estable), que introducen un elemento dinámico en la consideración de la posición social, y explican las representaciones y prácticas de los sujetos como situadas en un mapa complejo en el que las actitudes incorporadas por ellos no constituyen algo unitario, sino un conjunto plural y heterogéneo generado en contextos de socialización (primaria/secundaria) diversos (Lahire, 1998).
- En tercer lugar, *la edad*, que constituye un elemento de extraordinaria importancia en la medida en que permite introducir en el análisis la ligazón entre los procesos históricos y la conformación de experiencias sociales muy diferentes. La vida de los sujetos entrevistados de mayor edad viene marcada por la experiencia de la represión, frecuentemente violenta, de la homosexualidad en el régimen franquista (Mirabet i Mullol y otros, 2000; Fuentes, 2001). Por el contrario, la vida de los sujetos gays más jóvenes está marcada por los cambios de alcance que afectan a la conformación de una identidad colectiva gay y la aparición de la comunidad gay (Villaamil, 2005). De esta forma, se configuran experiencias, estrategias de resistencia/adaptación y mundos de sentido marcadamente distintos, que presuponen la aparición de posibilidades de vida inimaginables hace apenas 15 años.
- En cuarto lugar, se debe tener presente el hecho, que no entramos a argumentar, de que los HSH desarrollan su vida en una *sociedad normativamente heterosexual* en la que las relaciones entre sujetos del mismo sexo continúan estando fuertemente estigmatizadas, y en la cual deben desarrollar sus vidas. Ello tanto en el sentido de actividades concretas desarrolladas en entornos “no marcados” (heterosexuales), en los que se hace imprescindible un manejo estratégico del estigma, como en el sentido de elaboración de la propia identidad, subjetiva y colectiva, con relación a unas representaciones hegemónicas que deslegitiman la homosexualidad. Por ello es por lo que deben distinguirse diferentes estrategias de relación con la normatividad heterosexual y masculinista.
- En quinto lugar, ligado con lo anterior, los sujetos no viven su sexualidad al margen de instituciones, *modos de sociabilidad, valores y sentidos grupales*. Para entender los diferentes modos de ser [homosexual, gay, hombre que tiene sexo con hombres...], es necesario — entonces — tomar en consideración los

grupos con los que el sujeto interactúa y se identifica, y también la representación colectiva con la que dialoga para construir su identidad, bien por contraposición bien por identificación. No es lo mismo vivir la homosexualidad a partir de la identificación con un grupo con el que se comparte un estilo de vida que a partir del aislamiento, como tampoco es lo mismo que la representación colectiva del grupo que sirve de referencia sea la “comunidad gay” o el de los usuarios de la prostitución. Por ello hablaremos de modalidades de ser gay o estrategias de manejo de la afiliación al grupo.

A partir de los criterios señalados, tratamos de comprender las representaciones y prácticas de los HSH distinguiendo cinco tipos de racionalidad en el afrontamiento del riesgo de exposición al VIH en las prácticas sexuales y de la prueba del VIH (*la racionalidad preventivista, “gay”, de los aislados, de la confianza y de los supervivientes*), de los cuales expondremos aquí solamente dos: las que hemos denominado “racionalidad gay” (central) y “racionalidad de los aislados”.⁶ Desarrollar todas las racionalidades identificadas en nuestra investigación hubiera obligado a sobrepasar con creces el número de páginas exigido generalmente para un artículo, a no ser que se hubiera hecho en detrimento de mostrar la complejidad que caracteriza a cada una de ellas. De esto modo, para evitar una excesiva simplificación de las mismas, hemos optado por exponer sólo aquéllas dos, que presentan entre sí fuertes contrastes derivados de las condiciones socioculturales divergentes en que viven y han vivido los sujetos que las sustentan. Estas racionalidades las hemos vertebrado en torno a cuatro aspectos que, desde nuestro punto de vista, están fuertemente interrelacionados: la prevención, el riesgo, la seropositividad y la prueba.

Racionalidad “gay”

La racionalidad que tratamos a continuación es detentada por sujetos que se caracterizan por construir su identidad desde la identificación con el estilo de vida gay, lo que afecta a sus actitudes y percepciones. De procedencia de clase media y media alta, estos sujetos han cursado estudios superiores y sus expectativas son de mantener su status de clase. Pertenecen a generaciones relativamente diversas, con edades entre los 30 y los 50. El SIDA ha sido una presencia que era imposible ignorar a lo largo de toda o la mayor parte de su vida como gays.

Son posibles entre estos sujetos, especialmente cuanto más jóvenes, estrategias de manejo de la visibilidad más complejas que las que subyacen en otras racionalidades, situándose en puntos entre el total ocultamiento a cualquiera que no esté en el círculo de amistades gays, y la visibilidad de la identidad social y sexual en la totalidad de sus actividades. Además, estas estrategias pueden cambiar con el tiempo.

6 En futuras publicaciones esperamos exponer el resto de las “racionalidades” que hemos identificado/ analizado bajo el mismo marco teórico.

Yo lo pasé mal, hasta que... como me casé... Que me casé por ayudar a una amiga, no por querer una apariencia normal. Por amor me casé, pero no por crear una apariencia falsa en el colegio [religioso en el que trabaja], de amarizado. Con los curas, lo peor. Los curas yo lo estaba pensando, yo no puedo trabajar más en un sitio de curas (...). Que J. (un amigo) se pone muy histérico. Prefiero no ser tan histérico, y como lo estoy viviendo, ... pues yo creo que hay que ser más sutiles, como ellos, y hacerles la guerra de una forma más sutil. Y yo la forma que tengo ahora es educando a los niños, mostrándoles un poco lo contrario de lo que les enseñan los curas. (Arturo 1)⁷

Ello se explica dentro de un contexto de necesidades del sujeto a la hora de garantizar su reproducción social: con expectativas de llegar a ser cuadros medios y superiores, diversifican sus estrategias de visibilidad en función de necesidades de acumular capital educativo (estudios superiores, masters, etc.), capital social y/o capital económico (hasta qué punto el mantener un nivel de ingresos depende o bien de la familia o bien de un entorno laboral que demanda heterosexuales o que desanima activamente a hacer pública la propia orientación sexual). Con relación a esto mismo, nos encontraremos con diversas valoraciones de la necesidad de “salir del armario”, pero en todo caso no sentida como algo imperioso, sino más bien negociable.

Bueno, mi familia no lo sabe, quiero decir, mis padres no lo saben, ¡eh! Una de mis hermanas lo sabe y la otra no... Quiero decir, igual sí lo saben. Yo no he hablado con ellos del tema y no... ¿Sabes? Antes lo que tenía era miedo; ahora lo que me da... igual es pereza, ¿sabes? [Es] un poco como que no quiero decir nada porque es que no creo que tenga que decir nada... Ahora por mi planteamiento de vida no me cuestiono o me surge la necesidad, a lo mejor, de tener que decirlo. (...) Yo creo que conozco así a mis padres y tal, y... creo que ellos no serían (de) aquellos, de que me van a echar de casa o me van a rechazar. Es decir, su trato conmigo seguiría siendo el mismo, pero por su forma de ver las cosas y por comentarios que hacen, internamente creo que no lo encargarían; es decir, son ya mayores, tienen su forma de ver la vida, ¿no?, y cambiar los planteamientos de cabeza a gente así, pues, es difícil, ¿no? (...) Y es lo que te digo, es decir, yo no creo que esté ocultando nada. A mí hasta ahora no me han preguntado nada... En el momento que me pregunten, yo contestaré... (Felipe 1)

En general, sin embargo, resulta mucho más crucial para el modo en que construyen su identidad los significados compartidos que connotan comunidad y diferencia, que son nucleares en su autopercepción. La identidad personal y colectiva se construye a partir de una identificación con un grupo de iguales gays que juega un papel importante en sus vidas. Esta identificación se realiza en términos reales, de personas con las que se relacionan y sitios que frecuentan, pero también a partir de una comunidad imaginaria, de un “nosotros, los gays”, que aparece con

7 Los nombres son ficticios. El dígito que, en los verbatims, aparece tras el nombre del entrevistado indica el orden de las entrevistas realizadas a un mismo sujeto (1: primera; 2: segunda; 3: tercera). Estas entrevistas se llevaron a cabo entre julio de 2003 y enero de 2004.

naturalidad en su discurso y que lo regula (a diferencia del “ellos, los gays” presente en otras racionalidades).

Sí, sí que lo frecuente [el ambiente gay]. Vamos, yo normalmente..., mi sitio habitual así de salir con mis amigos y tal sí es, pues, eso, Chueca. Y sí que salgo por allí y tal. Tampoco es una cuestión... (...), es un poco como la contradicción: de una parte, que sí, que hay cierta incomodidad al tema de que sea como un *guetto*; es decir, somos nosotros, nuestra música, nuestras bromas, nuestras... y ¡ya está!, y estamos aislados del resto del mundo. “Pero, joder, ¡si es que estamos viviendo en un mundo...!”. Ese tipo de cosas. Y, por otra parte, también el hecho de que como las cosas todavía no están bien y uno no puede ir tranquilamente por algunos sitios o hablar tranquilamente con determinadas personas... (Felipe 1)

Vivimos en esta jaula fucsia, maravillosa, donde las copas son más caras pero, más o menos, nos dejan vivir, ¿no? No creo, la mayoría de la gente no vive en esas circunstancias. (Roberto, GDII)

La voluntad como motor de la acción pasa a un segundo término frente a un otro generalizado gay y normativo que legitima o deslegitima ciertas prácticas. La identificación con la comunidad gay implica una socialización secundaria que incluye numerosos aspectos de la identidad social. Conviene destacar que uno de estos aspectos es la actitud ante la experimentación sexual, lo que se muestra en una cierta afectada naturalidad al hablar de la propia sexualidad, de un modo que en contextos en los que no se comparten esos valores resultarían chocantes:

Guarreaaba, de esas cosas del guarrear. Me acuerdo que me dijo “¿te gustaría que te metiera el puño?”; y yo, “ay, pues, inténtalo”. Él tenía una mano muy pequeña, así que “ay, pues, inténtalo”. Pero, claro, así a palo seco no puede ser. Él tenía experiencia, pero yo, hija, poca. Y luego pues la lluvia dorada, que siempre viene bien practicarla de vez en cuando, ¿no? Salivazos... [E: ¿Te meaba él a ti?] Me meó él. Ay, me encantó. Es una cosa que hay que reivindicarla. (Arturo 2)

El discurso de *la prevención* se reconoce como importante y válido, y se le concede autoridad aunque de un modo ambiguo, como enseguida veremos. Nos hemos encontrado con que si bien mantienen en general prácticas seguras, éstas se ven salpicadas de forma más o menos frecuente por prácticas de riesgo. En marcado contraste con otras racionalidades, las prácticas de riesgo no son elaboradas como algo aborrecible o inconcebible, que sitúa al sujeto fuera de la categoría de persona, sino — en alguna medida — aceptables. Así, la legitimidad y relevancia otorgada al discurso de prevención, no excluye una cierta relativización en función de circunstancias que no son contempladas en la información de prevención, pero que son relevantes para los sujetos.

[Últimamente] He tenido más prácticas de riesgo que todo el tiempo que he tenido miedo al (lema de que el) sexo con el sida era igual a morir, porque yo he perdido

amigos, como supongo que muchos aquí, ¿sabes? Es decir, que pasa el tiempo, encima te haces más mayor, y sin embargo... [Roberto: más vicioso (risas)] bajas la guardia, bajas la guardia, claro. [Juan: Ahí, ahí; ésa es la palabra] ¿Por qué? Porque muchas veces también es para justificarse mejor las barbaridades que haces. (Alfredo, GDII)

De todas maneras yo soy una persona un poco rara, y a mí me importa un carajo todo, entre comillas. [Murmullos] ¡No!, entre comillas. (...) No soy nada hipocondríaco, y no sé, me importa tres... Si me pasa algo bueno, lo disfruto; si me pasa algo malo, pues, mira, o sea que no me hundo [Carlos. Sí, pero que no te pase, mejor, ¿no?] Sí, pero que tampoco estoy con la paranoia de, vamos, “no me toco la pilila sin condón”, ¡pues no! Es que... [Juan. Es que es un poco paranoia] Sí, hay excesos, pero hay gente que peca de mucho, de mucho cuidado. Yo a lo mejor peco de poco, pero... (Mateo, GDII)

Si tenemos que prevenir..., o sea, no comemos pollo, por lo que pasa con lo de los pollos, cuando la carne, por lo que pasó con la carne, ¡eh!... Mira, desde que existe el VIH, si todos pensáramos como piensas tú, nos envolveríamos en papel de éste transparente, y nos iríamos a una sauna a echar un polvo pero diciendo “Chst, ni abras el agujero” (Ernesto, GDIII)

Siempre hay alguien que aunque tenga ese cuidado, siempre hay un momento en el que se pasa, un día, o un momento, ¿no?, es decir, que uno no es estable tampoco en sus decisiones continuamente... (Miguel, GDIII)

El *riesgo* forma parte, en general, de la vida de estos sujetos, siendo el exponerse al VIH contemplado de forma más o menos consciente como imponderable no deseado, pero asumible, de una vida gay *comme il faut*; recordemos que reconocen como válidos los mensajes preventivos, lo que deriva en un discurso en cierta forma ambiguo.

Para mí los que estamos dentro del rollo gay de una manera o de otra, con cierta conciencia, *probablemente con prácticas de todo tipo, algunas de riesgo*, pero los que llevan doble vida, los que no se auto-aceptan, los que no sé qué, éstos son generalmente, o los que me he encontrado yo por lo menos, los que hacen, vamos, el Sexo Inseguro en mayúsculas. (Roberto, GD II. Énfasis añadido)

A lo mejor lo que me apetece es que no se tenga que cortar nada, ¿no? (...) Estoy haciendo algo mal, pero qué gustazo da. (...) Fíjate, el último gran polvazo que me eché en la playa, me eché un polvazo fantástico, supe parar y... el preservativo, ¿no? Se sabe el momento (de) poner preservativo, y es estar en la gloria ya, ¿no? Continuar, continuar. Ahí además te da un poco como de buen rollo. Joder, si es que si se hace todo bien... Es este elemento de peligro, ¿no? [lo que lleva a no usar preservativo] De peligro y luego como de autocastigo. No sé. (Arturo 1)

Entendemos que el riesgo es sacado de un contexto de sentidos asociados a la salud

o a la defensa del cuerpo, que es donde lo ubican los discursos preventivistas, y percibido como situado dentro del contexto del placer y la experimentación con la sexualidad.

Yo creo que es un poco mezcla del vicio que tiene la gente, que es abismal; o sea, yo mismo me reconozco que cuando salí del armario era un tío super-clasicón, tal-tal-tal, “A mí sólo me gusta eso”, y ya con el tiempo es un poco... Yo creo que es eso, yo por lo menos veo que necesito hacer más cosas y más cosas y más, o sea, hacer más variedad. Y cuando metes más variedad, metes... también hay posibilidad de que metas más riesgo, [Alfredo: uhum — asiente] porque no te vale ya sólo el tití-tutú, y ¡ala!... O sea, en fin, y yo veo a la gente haciendo unas cosas, de decir “Bueno, si esto es lo que te satisface, pues...”. Yo como que no. (Juan, GDII)

La experimentación es, en este sentido, parte de la cultura sexual gay en la que han recibido una socialización o enculturación secundaria, como señalamos arriba. Así, puede tener un importante papel como elemento capaz de producir un sentimiento de afiliación simbólica al grupo y, por tanto, ser aceptable. Obsérvese a continuación cómo Felipe se identifica con un nosotros promiscuo e incluso hace una cierta defensa, desde su “círculo gay”, de la promiscuidad, algo impensable para otros sujetos.

Donde yo me muevo son círculos gay; entonces, es verdad que en el mundo gay la gente es muy promiscua, y es verdad, pero es una cosa como que a los gay nos ofende mucho el decir “es que [somos promiscuos]”..., pero es verdad. Los gay que tienen sus parejas y tal, pues, sí... pero ¿yo que sé?, los que no tenemos pareja somos muy promiscuos, y mucha gente que tiene pareja puede ser muy promiscua también, ¿sabes? (Felipe 2)

Las razones aducidas por los sujetos para justificar las prácticas de riesgo son múltiples: hartazgo del sexo seguro, el efecto de las drogas y el alcohol, la relajación por las terapias antirretrovirales, ser la parte insertiva en la penetración, penetración sin eyaculación, tener baja la autoestima, ruptura de pareja, estar en depresión, no disponibilidad del preservativo, el calor del momento, y las cualidades de la pareja. Tomadas literalmente, podrían verse como meras racionalizaciones a posteriori de sus prácticas. Con todo, si bien entendemos que estas razones no están en el origen de las prácticas de riesgo, sí pueden tener ciertamente — dado el caso — un peso a la hora de inclinar la balanza del lado de la asunción del riesgo, pero como factores coadyuvantes. En este sentido son importantes, aunque no pueden explicar esas prácticas por sí mismos. En definitiva, frente a esa “oficialidad” del discurso preventivista generado por las instituciones, para estos sujetos las prácticas de riesgo pueden ser un elemento de identificación grupal.

Si bien la *prueba* genera ansiedad, en el discurso grupal que se constituye en dominante, el miedo no parece ser un motivo legítimo para no realizársela, lo que genera actitudes cargadas de ambivalencia.

Me da mal rollo. Y es una tontería. Cuanto antes acabes con esa sensación de mal rollo, pues, mejor todo, ¿no? Pero no. (Arturo 1)

Juan: Tú mismo dices que a ti te da un poco igual, [entonces] ¿por qué no te la haces (la prueba)? Precisamente., o sea, si ves que...

Mateo: Me da un poco igual, pero porque...

Juan: Evidentemente no te va a dar igual. Aunque soluciones la papeleta, está claro que no te va a dar igual, pero, bueno, a lo mejor igual no te lo tomarías tan a la tremenda. Yo creo que a mí me pasaría un caso por el estilo. Me jodería bastante, pero... o sea, no me pondría a llorar, las cosas se solucionarían...

Mateo: Yo soy el que más hincapié había hecho en que ojalá que se la haga todo el mundo y de que sea obligatorio...

Juan: Pero, bueno, precisamente por eso háztela y quédate todavía más tranquilo, ¿no?, o sea, no sé...

Mateo: Es que yo ya te estoy diciendo que yo estoy muy tranquilo.

Juan: Pues, quédate todavía más

(Mateo y Juan, GDII)

La *prueba* del VIH genera ansiedad, a raíz del miedo tanto a la enfermedad, que es conocida de primera mano, como al ostracismo que puede venir aparejado con ella. No está de más señalar también el peso del miedo a perder las condiciones para mantener su estilo de vida, el miedo a la dependencia.

[E: ¿Te da miedo la posibilidad de ser seropositivo?] Yo creo que sí. Sí, sí. ¿Miedo? Sí, yo creo que sí. No sé si miedo a la muerte, ¿no? Es el miedo a la muerte, no sé, a lo que puede ser el estigma social — que ya no es tan estigma, ¿no? —, a cómo pueden cambiar tus relaciones con la familia, para bien o para mal, pero... verte desvalido, necesitado. Sí, me da miedo [E: ¿Desvalido?] Desvalido, necesitado otra vez del calor familiar, ¿no? Y todo esto. (Arturo 1)

Sin embargo, en el discurso grupal que se constituye en dominante, el miedo no parece ser un motivo legítimo para no realizársela. Ello conlleva dos posicionamientos frente a la prueba:

- Por un lado, la prueba se rutiniza intercalada con prácticas de riesgo, puesto que el momento de practicársela no supone una mayor intención de cesar en estas prácticas que, de manera ambigua, son valiosas para los sujetos. En cierta medida, se realiza porque existe una percepción de que es “lo que hay que

hacer". Así, puede darse el caso de que llegue a ser utilizada de una forma indeseable desde un punto de vista preventivo, como mera confirmación de que se sigue siendo seronegativo entre prácticas de riesgo, siendo además difuso el límite entre el uso "adecuado" e "inadecuado" de la prueba. Llevado ello al extremo, un resultado negativo cuando es probable uno positivo puede conducir al sujeto a una percepción de sí mismo como invulnerable al VIH (como "la prostitutas africanas", que aparecen en el discurso de Juan).

Yo no puedo estar con la duda, o sea, (cada) seis, siete meses me la hago y si algún día tiene que salir algo malo, jódete y baila, pero me la hago. (...) Y yo ¿qué quieres que te diga?, en fin, no suelo hacerlo sin condón pero, fff, no sé, reconozco que en ese sentido no lo veo tan, tan, tan dramáticamente como lo veía antes [de tener sexo sin preservativo durante un año con una pareja que resultó estar infectada]. Y si algún día lo cojo, pues, mira, evidentemente tendré que dejar de hacer el burro (...), pero es que después de ver esa experiencia de estar un año a diario... sea, es que yo me quedé como diciendo "¡pero ¡bueno!". Pero, en fin, es eso, es una experiencia un poco heavy, pero a mí me ha hecho bajar un poco la guardia, porque es que veo que después de lo que he hecho, si no me han contagiado, ¿cómo coño se contagia uno? (...) No puedo evitar bajarla. (Juan, GDII)

- Por otro lado, puesto que el miedo no es una actitud aceptable para el grupo, ello supone con mucha probabilidad para algunos sujetos el vivir el retraso del momento de hacerse la prueba de modo culpabilizado. A pesar de lo que cabría esperar, esa vivencia culpabilizada del retraso de la prueba no se plasma necesariamente en una mayor motivación para hacérsela, sino que con frecuencia disuade de ello, sobre todo cuando más probable ha sido la exposición al VIH. En este sentido, aunque pueda resultar aventurado, nos atrevemos a afirmar que cuanto más probable la exposición, mayor el miedo y menor la predisposición a hacerse la prueba, y que esto es tanto más así cuanto más tiempo pasa.

Como una obligación, sí, como una imposición de la autoridad, no sé. Lo veo un poco como diciendo, bueno, no sé, tampoco he hecho sexo muy... he cometido alguna infracción, pero que tampoco he tenido una vida de Mesalina, de Calígula... promiscua. Y yo, por ahora, no sé, me da pavor, no sé, sí, me da pavor. (Arturo 1)

En todo caso, es preciso no perder de vista que estamos señalando paradas, más o menos coherentes, en un proceso que es más dinámico y que posee una dimensión temporal clara. No puede olvidarse que se trata de sujetos que se identifican con un colectivo al que se pertenece por socialización secundaria, por lo que indudablemente procede de otras situaciones. Si en el pasado la persona ha experimentado una etapa de aislamiento, o ha tenido relaciones con una pareja de la que desconoce su serostatus, es posible que a la altura de los 30/40 se encuentre con la necesidad de confrontarse con la posibilidad real de ser seropositivo.

En cuanto a la *seropositividad*, aunque no se excluye cierta ambigüedad ante la

figura del seropositivo, ésta es habitual en el horizonte de experiencias, lo que implica cierta familiaridad con la enfermedad y también su desdramatización.

Yo informaría realmente de las terapias que hay ahora, del tratamiento, que son yo creo que bastante buenas, bastante reducidas, y la gente a lo mejor lo vería de otra manera. No sé, tú dices “Tengo cáncer”, y todo el mundo “Ay, pobrecito”, dices “Tengo sida”, y salen todos corriendo. Entonces, [Ernesto: Sí, sí...] lo que habría que cambiar es eso, que no sea una peste, y de esa manera yo creo que la gente se haría más la prueba. Creo, no lo sé, a mí es una cosa... (Mateo, GDII)

Yo tenía amigos en el 95 que se estaban muriendo, o sea, que hoy en día están de puta madre. (...) En el año 94, 95 estaban cayendo como pollitos, y ahora la gente no. Y la gente que estaba fatal en aquella época está llevando (una vida) normal, a pastillazo limpio, pero... (Roberto, GDII)

Sin embargo, y abundando en lo referido sobre la menor mistificación de la prueba, si bien no han desaparecido los aspectos fantasmáticos de la seropositividad, aparece de forma mucho más clara el miedo a las consecuencias físicas de la enfermedad.

Se entiende a partir de lo expuesto que consideremos lleno de limitaciones los planteamientos que insisten en la noción de proporcionar información, unidireccional y monológica. En primer lugar, hay que contar con que entre estos sujetos no existe percepción de sí mismos como parte de un grupo necesitado de prevención (algo que sale constantemente en los grupos de discusión), y además con la dificultad añadida de lanzar mensajes que capten la atención de una población que se considera sobradamente informada. Más aún, en relación con las intervenciones dirigidas al cambio en las actitudes ante las prácticas de riesgo, parece preferible centrarlas en buscar modos de desligar experimentación sexual y exposición a riesgos. Un abordaje con posibilidades de éxito partiría de confrontar a estos sujetos con la posibilidad de que hayan erotizado las prácticas no seguras, puesto que ello forma parte de los sentidos compartidos que no se explicitan. Los mensajes que se dirijan a este grupo deben compartir el alto valor dado por ellos a una vivencia de la sexualidad no convencional desde un punto de vista externo, pero que desde su propia perspectiva forma parte de las prácticas que los identifican, y que sobre todo no están necesariamente reñidas con la prevención del VIH.

Una intervención que se proponga al tiempo promover la realización de la prueba y partir de una comprensión de la racionalidad particular que mueve a estos sujetos se articularía, en definitiva, a través de un espacio de diálogo en el que puedan separarse las diferentes circunstancias y procesos en los que se inserta la realización de la misma. Incidir en mensajes que refuercen la culpabilización del que retrasa la prueba, ignorando sus razones, puede resultar en disuadir y aislar a sujetos que viven esta situación ya desde la culpabilidad.

La racionalidad de los aislados

Clase social media-baja, de procedencia obrera si es de Madrid, de sectores de la clase media rural o de pequeñas ciudades de provincias si no es nacido en Madrid. Incluimos a algunos de los inmigrantes entrevistados, a aquellos que están en situación de vulnerabilidad social (irregularidad administrativa y/o recién llegados). Su trayectoria socioeconómica y laboral es estable o descendente, y las expectativas son de mantenimiento de la situación actual a medio plazo, cuando no de empeoramiento.

Consideramos que el elemento común que comparten estos sujetos y que podemos relacionar con la racionalidad que identificamos a la hora de afrontar la prevención del VIH consiste en que su actual situación es problemática, tanto con relación a su medio de origen como a la carencia de un grupo de socialización gay. Las situaciones concebibles son múltiples, así como las que, de hecho, hemos encontrado, con el denominador común de ser situaciones de doble extrañamiento. Pueden mantener lazos con su medio de origen, en la medida en que le son imprescindibles para sobrevivir en términos sociales y económicos. Un trabajo estable puede implicar dependencia total del grupo familiar, que es el empleador (caso de Lorenzo) y el garante de la reproducción social, lo mismo que un trabajo precario (casos de Ariel y Carmelo, inmigrantes). Pero también es posible que el sujeto haya roto con su medio de origen y en la actualidad se encuentre en una situación limítrofe entre un universo de relaciones sociales y de representaciones normativas en el que no encajan, y un medio gay con relación al cual carecen de las disposiciones necesarias, porque no han pasado por un proceso de socialización en él ni poseen una red de relaciones con la que compartir valores no dominantes (casos de Ramón, y de Jaime y José en el pasado).

Vi gente que me miraban así mucho, tal, cual, como nuevo, como tal, como novedad (en el primer bar gay que visitó) [E: ¿Y qué tal llevabas esas miradas?] Pues, no sé, digo, ya verás, digo “¡como vaya esta gente al pueblo donde yo estoy o a la zona tal y te vean!”. Digo “Madrid es muy grande pero muy pequeño. Dirán mira éste, ha salido de la otra acera, o del otro pueblo, o de la otra...” No sé. ¡No sé! (Lorenzo 1: trabajador agrícola, vive en un pueblo de 1200 habitantes y su única interacción con otros gays es en lugares de sexo anónimo)

Cuando estoy con ellos [sus hermanos] como en un bar y vemos una chica, o un chico, no hago ningún tipo de comentarios, ¿me entiendes?, pero por ese lado vivo reprimido porque no tengo esa libertad de expresar mi sexualidad, mi intimidad, ¿me entiendes? Pienso en ese momento que me gustaría tener mi independencia económica y ponerme un piso para vivir con amigos o aparte, y poder tener esa independencia de contar mis cosas, mis sentimientos, ya que con los amigos no tengo esa confianza de expresar mis cosas. [Pero también dice:] En mi caso lo que me ayuda muchísimo es que estoy con dos hermanos acá, tengo familia. Bien o mal, ellos me han apoyado, tengo un techo, tengo comida. Realmente estoy muy bien comparado con muchas personas que no tienen familia, no tienen trabajo, no tienen nada y tienen que estar al día a

día. Yo estoy muy bien, la verdad. (Carmelo 1: inmigrante en situación irregular, actualmente no tiene trabajo y vive con sus hermanos)

También tenía claro que no podía contárselo a nadie por la sociedad, y yo era muy cristiano, muy creyente, yo soy evangélico. Entonces, pues, yo creía que se me iba a ir la homosexualidad, que me iban a gustar las chicas poco a poco. Como no pasaba eso y se iba haciendo más grande, tuve que tomar una decisión. Pero consulté antes con un sexólogo, un cura cristiano y un pastor evangélico. El sexólogo y el cura me dijeron que bien, que no pasa nada, pero el pastor me dijo que se me pasaría, que estaba a tiempo de volver. Y yo seguía yendo a la iglesia, pero él sabiendo que yo estaba ahí y sabiendo lo que le había dicho..., bueno, empezó a decir cosas sobre los homosexuales, y nos ponía a todos en la misma bolsa y dije “hasta aquí llegamos”. (...) Tuve que aprender a separar que Dios no tiene nada que ver con la iglesia de los hombres; yo sigo siendo creyente, claro. (Ramón 1: se ha trasladado a Madrid escapando de un ambiente familiar abiertamente hostil a la homosexualidad)

Bien sea por condicionantes reales o por percepción a partir de esas condiciones, la posibilidad de identificarse como parte de un nosotros imaginario gay no parece posible. La percepción de la comunidad gay es profundamente negativa.

No [tengo amigos] realmente. Sí conocidos, un grupo de personas conocidas, pero tener un grupo de amigos así, que frecuente un grupo de amigos, no tengo. Que tenga una barrita de amigos como una peña, con los cuales tú sales siempre, estás en contacto con ellos para ir al cine, para la discoteca, para los paseos, aquí no la tengo, no, no la tengo (...) No sé, no sé si yo soy muy raro, o me parece que la gente aquí es más diferente tanto para hablar como para entablar más amistades duraderas, como yo tenía en mi país. Yo pienso que aquí mucha gente está como de paso, (...) parece que cada cual está como en su cuento, en su rollo, a su bola como se dice aquí. (Carmelo 1)

Su modo de contacto con otros HSH es a través de encuentros con objetivos prioritaria o exclusivamente sexuales, lo que es fuente de mayor insatisfacción, puesto que sus carencias son de reconocimiento y afecto.

En la discoteca llegué a entrar al cuarto oscuro por curiosar, pero nunca me gustaron los cuartos oscuros, porque no me gusta tener contacto con alguien que no veo, con alguien desconocido. Desconocido, porque en un cuarto oscuro nunca ves a la persona como es, ¿entiendes?; es entrar para tener sexo por tener sexo. No, no me gusta. (Carmelo 1)

Es todo muy efímero, superfluo, ¡eh! Lo único que les importa [a los gays del ambiente en Madrid] es el gimnasio y el móvil. Lo veo mal, en general. O sea, veo una España muy consumista, en general, y el ambiente gay, más todavía. No les interesa las relaciones estables... Es todo muy efímero, superfluo, ¡eh! (Ariel 1)

No han pasado por el proceso de socialización secundaria que implica compartir las actitudes ante la sexualidad propias de los sujetos que sustentan una “racionalidad

gay”, lo que resulta en una vivencia culpabilizada de la experiencia sexual anónima del ambiente.

Me voy a los locales de chicos a ver si ligo un poco, pero me siento un poco incómodo: que te miran, que tú miras, que bailas ahí arriba y te está mirando todo el mundo... Es una ciudad que nadie te conoce pero, de todos modos, me he quedado esa vez muy poco, me da corte. (...) También voy [a los bares de ambiente] a ver si conozco a más gente para lo otro, ¿no?, para ir a divertirme... A veces siento que tengo mucha ansiedad por buscar a alguien y estás tan alerta que espantas un poco. (Ramón 2)

Mantienen una visión de la pareja como ideal, en parte como modo de legitimar el sexo con varones, de normalizar una situación que es fuente de estrés y ansiedad, en parte también para escapar de su situación de aislamiento. No parecen estar muy alejadas situaciones de depresión.

Pues, la verdad, en el campo del ambiente me gustaría encontrar a una persona con la cual tener una relación, ¿entiendes?, una persona con la cual tener una relación estable. Me gustaría muchísimo pero, desde luego, no descarto tener intimidad con alguien que me guste. Tener química y llegar a una relación íntima. La verdad es que no (lo) descarto tampoco, pero en este momento me gustaría tener alguien estable a mi lado, tener una relación estable. Me gustaría mucho (...) Me siento muy atado a mi familia, muy amarrado con ellos. Al estar viviendo con ellos es como que no tengo esa libertad de poder conocer a alguien e irme a vivir con esa persona. (Carmelo 1)

Me pongo a ver televisión, y por ahí me dan ganas de salir a tener sexo, pero me parece que teniendo por ahí otra actividad de relacionamiento con gente, de poder charlar, de hablar de tus temas, por ahí puede ser una vía importante de escape, y saludable. Por eso me metí en el grupo éste, que pensé que empezaba de inmediato, pero no, es para septiembre...y es como que yo necesito ya algo así. (Ariel 1)

Respecto a la *prevención*, ésta y la transmisión del VIH se asocian fuertemente a modos de relación y espacios percibidos como gays: el sexo anónimo con desconocidos, en cuartos oscuros, saunas... es arriesgado en sí mismo. Las prácticas que afirman tener en estos contextos son seguras en la medida en que la situación sea percibida como peligrosa.

Hombre, si es una persona que no conoces para nada, pues, no lo hago [quitarme el preservativo], está claro, aunque me apetezca mucho. Es que el precio es muy alto, me parece, por no poner las medidas... (Ramón 1)

Cuando refieren prácticas no seguras con personas desconocidas, insisten en aspectos que connotan sometimiento de la voluntad:

Yo por ahí siento placer en el momento, pero después una culpa, ¿no?, y una agresión también a mi cuerpo, porque por ahí uno se siente... que se ha desvalorado, en el

sentido que se ha manoseado sin ningún tipo de sentido, ¿no? (...), por gente desconocida, por gente que no significa nada para uno. (Ariel 1)

Sin embargo, con personas con las que consideran posible una relación de pareja, o que simplemente aprecian que les ofrecen un cierto reconocimiento y afecto, pueden cesar en el uso del preservativo. Ello es vivido de forma culpabilizada, y el riesgo es elaborado como algo hecho contra su voluntad.

Yo no he sido muy ligón, pero con los ligues esos que yo pensaba que iba a tener algo serio con ellos, con algunos me he dejado llevar y llegar a la penetración [sin preservativo], ¿no?, pensando que sí podemos ser novios, podemos ser felices juntos. Y yo era muy inocente en aquella época, porque no sabía que lo que ellos querían era sexo y, bueno, pues, me dejé llevar, y recibí la mala noticia de que, pues, sólo quería sexo conmigo. (José 1)

Yo soy de las personas que tampoco quiero echarle la culpa a los demás de lo que pasa, ¿no?, pero llegado el momento pienso: "Vale, yo puedo tener la cabeza ida, pero él [su primera pareja al poco de llegar a Madrid] también podía habérmelo dicho". Si me hubiera dicho: "Oye, ponte esto" [el preservativo], yo me lo hubiera puesto. Me hubiera cortado, pero me lo hubiera puesto, ¿no? (Jaime 2)

En la medida en que haya habido prácticas de riesgo, la *prueba* es — nítidamente en este caso — tanto más improbable cuanto más claro sea el riesgo corrido. La *seropositividad*, por su parte, es enteramente inasumible para este colectivo por razones de rechazo social. Supondría una doble, incluso una triple necesidad de visibilización: ante la familia, el entorno laboral y el colectivo gay, algo que no se desea ni resulta aceptable.

[¿Qué supondría para ti enterarte de que eres seropositivo?] (...) En un momento piensas que es un cambio total de vida, ¡eh!, y que ya como que no importa seguir viviendo. Y desde otro punto de vista, uno piensa que la ciencia ha avanzado mucho, y que... bueno, bien. Bien. (...) Pero también he pensado que hay una gran discriminación, y que no es necesario decirlo abiertamente, o sea, decir que soy seropositivo, a no ser que haya un compromiso para la otra persona, que la vayas a involucrar de una u otra manera, pero si no, me parece que no es necesario, ¿no? Porque creo que hay una gran discriminación en todos los ambientes, incluido el ambiente gay. (Ariel 1)

Se debe tener en cuenta que, en este grupo, son razones de mucho peso las que están detrás de la estrategia de ocultar la identidad sexual, e incluso la posposición de la prueba del VIH o el no encontrarse capacitado a la hora de negociar el uso del preservativo. Creemos que insistir únicamente en que modifiquen estas prácticas no incide más que en agravar la cuestión, y su tratamiento debería colocarse en un segundo lugar de prioridades frente a las necesidades sociales y de reconocimiento, más perentorias para los sujetos, ya que al intervenir siguiendo las prioridades de éstos se están poniendo las bases para que modifiquen sus prácticas y, por tanto, para que puedan incorporar objetivos preventivos.

Conclusiones: utilidad del modelo

El modelo de análisis presentado tiene como finalidad servir para que las personas e instituciones encargadas de intervenir con la población de HSH puedan reflexionar de un modo más incisivo sobre cómo modular sus mensajes y las prácticas de intervención en función de las personas que, aunque estén ante nosotros, a menudo representan un enigma a resolver. En este sentido, es necesario tener presente que describir los comportamientos en términos de una única racionalidad que se confronta con la irracionalidad de los comportamientos que no se ajustan a ella, puede ser un obstáculo para una cabal comprensión de los sujetos, imprescindible para desarrollar intervenciones realmente eficaces. Como comentábamos al principio: no existe una sola racionalidad, sino diferentes racionalidades (Calvez, 1996). Los sujetos sociales nunca se comportan según criterios de racionalidad definidos externamente siguiendo criterios exclusivamente técnicos, sino que — si se quiere expresar así — despliegan estrategias sociales y personales que responden a condicionantes socioculturales y a metas (no siempre explícitas) muy diversas.⁸ Abordar a los sujetos desde sus propios marcos de sentido y contextos sociales significa tener presentes los modos específicos de comprender las relaciones sociales, la sexualidad y el riesgo que están detrás de sus acciones, para captar realmente los porqués de sus decisiones. Vistas desde las propias perspectivas de los sujetos, sus prácticas y percepciones poseen una coherencia, que es a la que debe aproximarse la intervención.

Una línea de intervención que se fundamente exclusivamente en la transmisión de información perderá eficacia, por mucho que esté fundamentada en una supuesta adaptación a necesidades definidas de forma apriorística. Los sujetos incorporan los mensajes de prevención a partir de sus particulares marcos de sentido y en circunstancias y momentos concretos, adaptando los mensajes para sus propios fines y estrategias sociales. Creemos que es preciso, entonces, tener presente que, en general, los sujetos pueden tener en momentos específicos prioridades distintas a la de la evitación de la infección o la determinación de su status frente al VIH, y que ello, además de legítimo, es comprensible desde los parámetros de sus vidas y debe ser tenido en cuenta en vías de hacer compatible las medidas de sexo más seguro y la promoción de la prueba con las metas de los sujetos, ya sean éstas la experimentación en los límites de la sexualidad, dar materialidad a un compromiso con una persona, la búsqueda de intimidad y reconocimiento, expresar la propia identidad o cualquier otra que no haya aparecido en el estudio. Esto debe traducirse en organizar la intervención orientándola en la dirección de facilitar que se hagan conscientes los condicionantes que pueden estar incidiendo en una decisión, la de mantener prácticas sexuales más seguras o hacerse la prueba, que puede tener repercusiones fundamentales en su calidad de vida y sus

8 Trasladándonos desde el ámbito de la prueba del VIH al de los medios de comunicación de masas, encontramos a autores, como Ricardo Llamas (1997), que han llevado a cabo interesantes análisis sobre el tratamiento homogeneizador que los “media” prodigan a la comunidad gay. Llamas, p. e., pone de relieve cómo éstos manejan una imagen estereotipada de la misma que alcanza a constreñir la diversidad de las prácticas y de la vida de los gays.

niveles de salud, de modo que los sujetos se apropien realmente de estos mensajes y los incorporen de manera duradera.

Abundando en esta cuestión, resulta esclarecedor hacer referencia al modo en que se hizo preciso modificar, en función de un conocimiento más profundo de la realidad, ciertas categorizaciones a priori de los sujetos manejadas en los inicios de esta investigación según se practicaran o no la prueba del VIH. Cuando se realizaban las entrevistas se hizo patente, en primer lugar, que los sujetos se mostraban resistentes a ser encasillados con claridad en alguna categoría, cuyos límites resultaron más fluidos de lo previsto. En segundo lugar, contemplando la cuestión como proceso, pudimos observar que las actitudes pueden cambiar y, de hecho, cambian por incidencia de variaciones en el entorno personal, que hacen que ciertas cosas, como hacerse la prueba del VIH, pasen a ser más probables y más pensables.⁹ De hecho, en dos de los casos estudiados, los sujetos tomaron la decisión de hacerse la prueba durante el periodo de esta investigación después de años retrasándola, quizá en parte a resultas de nuestras preguntas. Y, en tercer lugar, los que se realizan la prueba de una forma en principio regular lo hacen impulsados por motivos tan “problemáticos” como los que llevan a otros a retrasar su realización; entendiendo aquí “problemáticos” en el sentido de necesitados de explicación. Claramente, nuestros criterios a priori, desde una racionalidad prevenciónista, no coincidieron con las racionalidades sociales y culturales de nuestros sujetos.

A la hora de abordar la investigación ligada a la intervención en prevención del VIH en población de HSH es imprescindible el manejo de una teoría solvente y explícita del sujeto social. La comprensión de las construcciones de sentido y su matriz social no es un mero ejercicio académico, sino que apuntala el trabajo de los agentes implicados en la prevención.

Referencias bibliográficas

Libros e artículos científicos

- Anderson, T., D. Atkins, C. Baker-Cirac, y otros (2001), “Revised guidelines for HIV counseling: testing and referral”, *Mortality and Morbidity Weekly Report 50(RR-19)*, pp. 1-53.
- Beardsell, Susan (1999), “Sexual risk taking and HIV testing: a qualitative investigation”, en P. Aggleton, G. Hart y P. Davies (orgs.), *Families and Communities Responding to AIDS*, Londres, UCL Press.
- Calvez, Marcel (1996), “La rationalité des conduites de prévention et l’expérience sociale”, en Marcel Calvez, Marie-Agne Schiltz, y Yves Souteyrand (orgs.), *Les Homosexuels Face au Sida: Rationalités et Gestions des Risques*, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, colección Sciences Sociales et Sida.

9 Esto fue posible gracias a que se realizó un seguimiento de ocho de los sujetos investigados a través de tres entrevistas a intervalos de tres a cuatro meses.

- Centers for Disease Control and Prevention (2001), *Revised Guidelines for HIV Counseling Testing, Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women*, MMWR, 50 (No. RR-19).
- CESES (2003), *Mid-Year Report 2003*, Saint-Maurice, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe / Institut de Veille Sanitaire, n.º 69.
- Fennema, H., A. van den Hoek, J. van der Heijden, V. Batter, A. Stroobant; European Study Group of HIV in STD Patients (2000), "Regional differences in HIV testing among European patients with sexually transmitted diseases: trends in the history of HIV testing and knowledge of current serostatus", *AIDS*, 14 (13), pp. 1993-2001.
- Fernyak, S. E., K. Page-Shafer, T. A. Kellogg, W. McFarland, y M. H. Katz (2002), "Risk behaviors and HIV incidence among repeat testers at publicly funded HIV testing sites in San Francisco", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, pp. 63-70.
- Fuentes, Pablo (2001), "Modos de vida y relaciones sociales", en AA.VV., *En Clave Gay: Todo lo que Deberíamos Saber*, Barcelona y Madrid, Editorial Egales.
- Hart, G. J., L. M. Williamson, P. Flowers, J. S. Frankis, y G. J. Der (2002), "Gay men's HIV testing behaviour in Scotland", *AIDS Care*, 14 (5), pp. 665-674
- Keenan, P. A., J. M. Keenan (2001), "Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counselling rates", *AIDS Education and Prevention*, 13 (6), pp. 541-550.
- Kellerman, Scott, J. Lehman, A. Lansky, M. R. Stevens, F. M. Hecht, A. B. Bindman y P. M. Wortley (2002), "HIV testing within at-risk populations in the United States and the reasons for seeking or avoiding HIV testing", *Journal of AIDS*, 31 (2), pp. 202-210.
- Lahire, Bernard (1998), *L'Homme Pluriel: Les Ressorts de l'Action*, Paris, Nathan.
- Lancaster, Roger N. (1992), *Life is Hard: Machismo, Danger and the Intimacy of Power in Nicaragua*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press.
- Lancaster, Roger N., y Micaela di Leonardo (1997), "Introduction: embodied meanings, carnal practices", en Lancaster y di Leonardo (orgs.), *The Gender / Sexuality Reader: Culture, History, Political Economy*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Llamas, Ricardo (1997), *Mis Media: Una Lectura Perversa de los Medios de Comunicación*, Madrid, Ediciones La Tempestad.
- MacKellar D. A., L. A. Valleroy, G. M. Secura, B. N. Bartholow, W. McFarland, D. Shehan, W. Ford, M. LaLota, D. D. Celentano, B. A. Koblin, L. V. Torian, T. E. Perdue, R. S. Janssen; Young Men's Survey Study Group (2002), "Repeat HIV Testing, Risk Behaviors, and HIV Seroconversion Among Young Men Who Have Sex with Men", *Journal of AIDS*, 29 (1), pp. 76-85.
- Marks, Gary, J. Richardson, N. Crepaz, S. Stoyanoff, J. Milam, C. Kemper, R. A. Larsen, R. Bolan, P. Weismuller, H. Hollander, y A. McCutchan (2002), "Are HIV care providers talking with patients about safer sex and disclosure?: A multi-clinic assessment", *AIDS*, 16 (14), pp. 1953-1957.
- Mirabet i Mullol, Antoni, y otros (2000), *Homosexualitat a l'Inici del Seclé XXI*, Barcelona, Editorial Claret.

- Rader, Melissa, G. Marks, G. Mansergh, N. Crepaz, L. Miller, P. Appleby, y S. Murphy (2001), "Preferences about the characteristics of future HIV prevention products among men who have sex with men", *AIDS Education and Prevention*, 13 (2), pp. 149-159.
- Rotheram-Borus, M. J., y M. Etzel (2003), "Rethinking the HIV counseling and testing model in the USA", *The Lancet*, 361 (15 feb.), 611.
- Silvestre, Anthony, M. B. Gehl, J. Encandela, y G. Schelzel (2000), "A participant observation study using actors at 30 publicly funded HIV counseling and testing sites in Pennsylvania", *American Journal of Public Health*, 90 (7), pp. 1096-1099.
- Skolnik, Heidi, K. Phillips, D. Binson, y J. Dilley (2001), "Deciding where and how to be tested for HIV: what matters most?", *Journal of AIDS*, 27 (3), pp. 292-300.
- Spielberg, Freya, A. Kurth, P. Gorbach y G. Goldbaum (2001), "Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at risk populations", *AIDS Education and Prevention*, 13 (6), pp. 524-540.
- Spielberg, Freya, B. Branson, G. Goldbaum, D. Lockhart, A. Kurth, C. Celum, A. Rossini, C. Critchlow y R. Wood (2003), "Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men", *Journal of AIDS*, 32, pp. 318-327.
- Summers, T., F. Spielberg, C. Collins, y T. Coates (2000), "Voluntary counselling, testing and referral for HIV: new technologies, research findings create dynamic opportunities", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25 (2), S128-S135.
- Villaamil, Fernando (2005), *La Transformación de la Identidad Gay en España*, Madrid, La Catarata.
- Waddell, Charles (1993), "Testing for HIV infection among heterosexual, bisexual and gay men", *Australian Journal of Public Health*, 17 (1), pp. 27-31.

Documentos electrónicos

- Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid/Servicio de Epidemiología (2003), *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid: Vigilancia Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid Hasta 21 Diciembre de 2002*, 5 (9) en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Mayo2003.PDF>.
- Proyecto EPI-VIH (2003), Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de diez centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH, 1992-2002. www.msc.es/sida (septiembre, 2003).
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2001), *Infección por VIH/SIDA en España: Plan de movilización multisectorial 2001-2005*. www.msc.es/sida (septiembre, 2003).

Fernando Villaamil y María Isabel Jociles son profesores e investigadores de la Universidad Complutense de Madrid.
E-mail: villaamil@cps.ucm.es; jociles@cps.ucm.es

Fernando Lores es doctorando de la Universidad Complutense de Madrid.
E-mail: nanolores2002@yahoo.es

Resumo/abstract/résumé/resumen

Risco, prevenção e prova de VIH em homens que têm relações sexuais com homens

Neste artigo argumenta-se a favor da relevância permanente das perspectivas desenvolvidas pelas ciências sociais no campo da promoção da saúde, quer para compreender as estratégias desenvolvidas pelos sujeitos sociais nesse campo, quer para a elaboração dos princípios que guiam as intervenções directas no mesmo. Em concreto, expõe-se um modelo de análise elaborado a partir dos resultados de uma investigação realizada por iniciativa do Instituto de Saúde Pública da Comunidade de Madrid em torno da prática da prova de VIH/SIDA e das construções de risco por parte dos homens que têm relações sexuais com homens (HSH). Trata-se de uma investigação que tem em vista propor estratégias de intervenção no campo da promoção da saúde entre HSH. Finalmente, conclui-se que, no momento de abordar a investigação ligada à intervenção na prevenção do VIH, é imprescindível o manuseamento de uma teoria rigorosa e explícita de sujeito social.

Palavras-chave Prova de VIH, HSH, diversidade de racionalidades, promoção da saúde.

Risk, prevention and proof of HIV-positive status in men who have sexual relations with men

In this paper we argue for the ongoing relevance of the approaches offered by the social sciences in the field of health promotion to understand the strategies deployed by social subjects on the one hand, and to outline the guiding principles of preventive interventions on the other. More specifically, we put forward a model for analysis which is based on the results of a research project on HIV testing practice and constructs of risk among men who have sex with men (MSM) which was initiated at the request of the Institute of Public Health for the Madrid Region. The objective of the research was to suggest strategies for intervention in the field of health promotion among MSM. We conclude that a sound and explicit theory of the social subject is indispensable for undertaking research in the field of intervention to guard against HIV risks.

Key-words HIV testing, MSM, rational diversity, health promotion.

Risque, prévention et preuve du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

Cet article souligne la pertinence des approches développées par les sciences sociales dans le domaine de la promotion de la santé, aussi bien pour comprendre les stratégies développées par les sujets sociaux dans ce domaine, que pour élaborer les principes qui y guident les interventions directes. Plus précisément, l'article expose un modèle d'analyse élaboré à partir des résultats d'une recherche menée à l'initiative de l'Institut de Santé Publique de la Communauté de Madrid autour de la pratique de la preuve du VIH/SIDA et des constructions de risque par les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Cette recherche vise à proposer des stratégies d'intervention dans le domaine de la promotion de la santé chez les HSH. En conclusion, pour aborder la recherche liée à l'intervention dans la prévention du VIH, il est indispensable d'utiliser une théorie rigoureuse et explicite de sujet social.

Mots-clés Preuve du VIH, HSH, diversité des rationalités, promotion de la santé.

Riesgo, prevención y prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

En este artículo se argumenta a favor de la relevancia permanente de las perspectivas aportadas por las ciencias sociales en el campo de la promoción de la salud, a la hora tanto de comprender las estrategias desplegadas por los sujetos sociales en ese campo como de elaborar los principios que guían las intervenciones directas en el mismo. En concreto, se expone un modelo de análisis elaborado a partir de los resultados de una investigación realizada a iniciativa del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid en torno a la práctica de la prueba del VIH y las construcciones del riesgo de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (HSH). Se trata de una investigación encaminada a proponer estrategias de intervención en el campo de la promoción de la salud entre HSH. Finalmente, se concluye que, a la hora de abordar la investigación ligada a la intervención en prevención del VIH, es imprescindible el manejo de una teoría solvente y explícita del sujeto social.

Palabras-clave Prueba del VIH, HSH, diversidad de racionalidades, promoción de la salud.