

UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN BUSCA DE LA DIVERSIDAD DE LÓGICAS DE ACTUACIÓN: LA PRUEBA DEL VIH EN HSH

María Isabel Jociles*, Fernando Villaamil** y Fernando Lores**

Summary: This paper is supported by a socio-anthropological study focused on a sample of HIV test made in Madrid among homosexual men, in order to explore why this kind of population refuses or delays making HIV analyses. From a practical point of view, we try to generate new approach designs to make these social actors change their minds, facing the tests. During the field work we detect five manners to react in relation the HIV epidemic, labeled as: prevention, typical gay, isolation, self-confident, and survival. Each of one of these categories has been understood interlinking the strategies used to access (or not) to the HIV test with the cultural frame meanings and the social conditions in which these strategies are generated and carried out.

Key words: HIV- masculine homosexuality- verification test behaviors- Madrid

Presentación

Este artículo se basa en un estudio cualitativo sobre la prueba del VIH (estrictamente hablando: prueba de detección de anticuerpos frente al VIH) entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) madrileños que fue realizada, desde la primavera del 2003 a la primavera del 2004, por el equipo de investigación A.S.E.¹ -del que formamos partes los autores del artículo-, vinculado al departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense, en colaboración con el Instituto de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), España.

Se nos invitó a desarrollar una investigación socioantropológica que intentara responder a una pregunta que, de manera resumida, se puede formular así: ¿por qué los HSH madrileños no se hacen o retrasan la prueba del VIH?, siendo la finalidad de la misma contribuir a idear nuevas líneas de interven-

ción que fomentaran la realización de la prueba por parte de este colectivo. Es preciso, no obstante, empezar por aclarar que no pretendíamos (ni el Instituto de Salud Pública de la C.A.M. nos pidió) llegar a resultados de investigación que fueran fácilmente trasladables a protocolos concretos de actuación, sino poder enunciar sugerencias que supusieran formas distintas de pensar sobre el problema por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la prueba del VIH y, ante todo, sobre los sujetos de las intervenciones de prevención.

El origen de la investigación

El problema de estudio que se nos había planteado arrancaba de una alarma epidemiológica motivada por los datos cuantitativos de los que se disponía en esos momentos, es decir, en 2003. Unos datos que dejaban ver, por ejemplo, que los HSH

*Universidad Complutense de Madrid (España). E-mail: jociles@cps.ucm.es

**Universidad Complutense de Madrid (España)

madrileños se habían venido infectando del VIH -en especial, desde 1997- con tasas de incidencia constantes, lo que se reflejaba en una mediana de edad al diagnóstico del SIDA que también tendía a mantenerse. A ello se añadía, entre otras cosas, el hecho -resaltado por diferentes informes de vigilancia epidemiológica (v.g., Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid 2002 y 2003)- de que se trataba del “grupo de riesgo” con un mayor porcentaje de diagnósticos tardíos, con lo que esto supone en cuanto a un empeoramiento del pronóstico toda vez que los tratamientos terapéuticos quedan seriamente comprometidos en tales casos. La cuestión es que, como puso de manifiesto un año después el Boletín Epidemiológico de la CAM de 2004, el 64,5% de los HSH madrileños diagnosticados de Sida durante el período 1998-2003 tuvieron diagnósticos tardíos, esto es, fueron diagnosticados de Sida habiendo transcurrido menos de 12 meses desde su diagnóstico de VIH (y, en la inmensa mayoría de las ocasiones, fueron diagnosticados simultáneamente de ambas cosas), frente a un porcentaje a este respecto del 62,7% entre heterosexuales (HTX), del 47,1% entre personas que se habían contagiado mediante transfusión (TX-HD) y del 17,4% de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Éste era, indudablemente, uno de los elementos que habían incidido en que la mediana de supervivencia entre los HSH madrileños diagnosticados de Sida fuera menor (24 meses en 2002, por ejemplo) que en cualquiera de los otros “grupos de riesgo” (28 meses en UDVP y 31 meses en HTX durante el mismo año -ver Gráfico 1 en el anexo).

Por tanto, existía realmente un problema en lo que atañe a la realización (o más bien al retraso y a la no realización) de la prueba, y sorprendentemente dentro de un colectivo

que había sido pionero en participar en las campañas antisida y que estaba (y está aún), al menos en términos comparativos, fuertemente sensibilizado acerca de la transmisión del VIH y su prevención.

Los inicios

El Instituto de Salud Pública de la C.A.M. nos instó en su momento a investigar en dos frentes.

Uno de ellos era el de “las consultas” donde los HSH madrileños acuden con mayor frecuencia para hacerse la prueba del VIH (las de Atención Primaria y las de los centros en que efectúa de manera anónima y gratuita), con el objeto de estudiar cómo transcurren las interacciones entre los profesionales sanitarios y los usuarios, en particular, durante el *counselling* o asesoramiento del que suele (o tendría que ir) acompañada la prueba y, de esa manera, poder evaluar el grado y los modos en que dichas interacciones fomentan explícita o implícitamente la toma de medidas de sexo más seguro por parte de quienes solicitan hacérsela.

Esta parte del trabajo no la pudimos llevar adelante dado que, para ello, habríamos tenido que hacer observación directa, pero ni el presupuesto ni el tiempo con el que contábamos para toda la investigación nos lo permitía, razón por la cual tuvimos que acercarnos a ese tema de un forma indirecta: a través de lo que los HSH que entrevistamos nos relataron sobre sus experiencias en las consultas, así como mediante la revisión y el análisis de la literatura referida a estudios previos que se orientaban o bien a proponer prescriptivamente distintos formatos para el *counselling* o bien a describir la manera en

que esos formatos se habían aplicado en diversos contextos (ver p. e., Waddell, 1993; Beardsell, 1999; Silvestre et al., 2000; Summers et al., 2000; Fennema et al., 2000; Anderson et al., 2001; Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Keenan y Keenan, 2001; Skolnik et al., 2001; Spielberg et al., 2001 y 2003; Fernyak et al., 2002; Hart et al., 2002; Kellerman et al., 2002; MacKellar et al., 2002; Marks et al., 2002; Rotheram-Borus y Etzel, 2003).

El otro frente en el que indagamos fue el de las pautas o estrategias que despliegan los propios HSH con relación a la prueba del VIH. Pensamos entonces, como continuamos pensando aún, que difícilmente llegaríamos a entender esas pautas (o, más exactamente, las lógicas que subyacen a ellas) si no las enmarcábamos en el conjunto de prácticas y representaciones dentro del cual adquieren su sentido y, por así expresarlo, también su explicación; en definitiva, que debíamos ponerlas en relación, especialmente, con las prácticas y representaciones que esos mismos HSH tienen acerca de la prevención en general, el riesgo y la seropositividad.

Modelo que subyace en los estudios sobre el *counselling*

Antes de exponer algunos de los resultados de la investigación referida, es necesario (incluso para poder entender esos resultados) enumerar, aunque sea brevemente, los principales rasgos en que el modelo teórico-analítico que utilizamos difiere de aquel otro que está en la base ya no sólo del tipo de *counselling* que se recomienda con respecto a la prueba del VIH, sino también de la mayoría de los estudios que se han llevado a

cabo para valorar su grado de aplicación a la realidad y/o su eficacia para promover prácticas de sexo más seguro.

El formato que se propone como ‘canónico’ para el *counselling* (ver, v.g., Centers for Disease Control and Prevention, 2001) consiste, con ligeras variaciones según los casos, en una o varias sesiones realizadas cuando se solicita el test del VIH o cuando se van a recoger sus resultados. En estas sesiones se ofrece -para decirlo sucintamente- por un lado, información sobre la infección del VIH y su transmisión y, por otro, asesoramiento propiamente dicho, en el cual el usuario o “cliente”, tal como se expresa en algunos de los estudios arriba mencionados (como el de Anderson et al., 2001: 13), “*es ayudado -y cito textualmente- a identificar los comportamientos específicos que lo ponen en riesgo de adquirir o de transmitir el VIH, y a comprometerse a dar pasos para reducir ese riesgo*”².

El modelo que fundamenta este formato, que se corresponde -por cierto- con el HIV *counselling, test and reference* (asesoramiento, prueba y referencia de HIV) propuesto recientemente por una institución tan conocida en el campo como los *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros de Control y Prevención de Enfermedades) norteamericanos y que tiene, sin duda, como ventajas frente a las estrategias de comunicación de otros formatos su voluntad de bidireccionalidad y de centrarse en las necesidades e intereses de los usuarios. Pues bien, este modelo presenta, sin embargo, -desde nuestro punto de vista- importantes problemas en sí mismo, es decir, en tanto modelo, y no sólo en lo que alude a su grado de aplicación y/o a su eficacia para fomentar medidas preventivas, que son las deficiencias que comúnmente se le han detectado en los cita-

dos estudios (Silvestre et al., 2000; Marks et al., 2002; Beardsell, 1999; MacKellar et al., 2002, Fennema et al., 2000, etc). ¿Cuáles son, entonces, las dudas que dicho modelo suscita?

En primer lugar, y a pesar de ‘ventajas’ como las señaladas hace un momento, sigue dirigiendo su atención primordialmente a diagnosticar la presencia del VIH en el organismo, sin poner énfasis similar en enfocar el momento de hacerse la prueba como una ocasión privilegiada para promover estrategias de prevención. Así, aparece más definido qué hacer cuando el diagnóstico es positivo (derivar al sujeto a tratamiento) que cuando es negativo, que se suele solucionar -como se ha dicho- con un vago plan de reducción de riesgos “a pasos”.

En segundo lugar, se sostiene en una lógica según la cual habría una única línea de comportamiento ‘racional’ con relación a la prueba del VIH, cuyo curso podría ser potenciado (gracias a “facilitadores”) o alterado por “obstáculos” o “barreras” en su correcto camino.

En tercer lugar, los “obstáculos” y los “facilitadores” más frecuentemente considerados son los que se refieren a las técnicas disponibles para hacer la prueba y a las circunstancias legales e institucionales relacionadas con la realización de la misma (por ejemplo, anonimato, confidencialidad, horarios, tiempos de espera, etc.), así como -a veces- se apunta asimismo a los aspectos psicológicos (empatía, cercanía, afecto) implicados en la interacción profesional/usuario.

Y, en cuarto lugar, menos a menudo atiende a lo que se califica de “factores” (nosotros, por razones que hemos tratado en otro lugar -Villaamil et al., 2004- preferimos hablar de dimensiones) sociales y culturales³ y, cuando lo hace, esos “factores” son

tomados como aquello que puede “estar distorsionando” la asimilación de la información y/o desviando las pautas de conducta de la vía adecuada. Se trata de nuevo, así, de “remover los obstáculos” que puedan estar interfiriendo en la consecución de un objetivo único y exclusivamente racional.

Principios del modelo teórico de la investigación

Los puntos de partida de nuestra investigación han sido, sin embargo, prácticamente opuestos a los que se acaban de detallar.

Siguiendo en esto principalmente al antropólogo francés Marcel Calvez (1992, 1996 y 1998), quien a su vez continúa la estela, en su concepción general del riesgo, de la anglosajona Mary Douglas (1996), estimamos que no se puede predicar la existencia de un único tipo de comportamiento racional en lo que afecta a la prueba del VIH (que estibaría, por ejemplo, en hacérsela entre los 3 y los 6 meses siguientes de haber tenido prácticas de riesgo), sino que hay que empezar por admitir que puede haber múltiples racionalidades. Negar esa multiplicidad entraña por lo común identificar la racionalidad con sólo una de ellas: la racionalidad técnica.

Por otro lado, las dimensiones sociales y culturales de las conductas de los sujetos⁴ no son ni pueden ser consideradas como meras “barreras” o meros “facilitadores” para alcanzar un determinado fin, sea éste cual sea, sino que contribuyen a constituir a los propios sujetos, son elementos constitutivos y constituyentes de lo que son o dejan de ser, conformando los segundos los marcos de sentido desde los cuales sienten, piensan

y actúan no sólo con respecto al VIH, sino también con relación a otros aspectos de sus vidas.

Por último, hay sujetos que, dadas las condiciones sociales en que se han generado y se generan sus marcos de sentido, tienen metas o fines que adquieren para ellos tanta o mayor relevancia que la prevención del VIH; y en la medida en que las estrategias y comportamientos que despliegan son congruentes con y contribuyen a esas metas, son racionales. No pueden, por consiguiente, ser enfocados -verbigracia- como “errores” o “mitos” corregibles mediante información valorada como correcta o mediante asesoramientos que no tomen en consideración esos marcos de sentido y las condiciones en que se han gestado y se gestan.

Algunos resultados

Puesto que en un artículo no hay suficiente espacio para poder describir con un mínimo de minuciosidad todos los aspectos (modelo teórico-analítico, metodología empleada, procedimientos analíticos, instrumentos de registro, resultados) involucrados en cualquier investigación, expondremos a continuación únicamente uno de ellos: en este caso, algunos de los resultados de los que hablamos más atrás derivados del estudio que estamos refiriendo, y lo haremos presentándolos en forma de esquemas. Estos esquemas se pueden comprender mejor si su lectura se lleva a cabo con el siguiente orden, por ejemplo: a) condiciones sociales y marcos de sentido de cada una de las ‘racionalidades’ descritas (parte inferior derecha de los mismos); b) prácticas y representaciones sobre la prueba del VIH (parte izquierda); y c) prácticas y representaciones

sobre la prevención, el riesgo y la seropositividad (parte superior derecha).

Con la investigación conseguimos distinguir sujetos que respondían a cinco modalidades diferentes de racionalidad y que identificamos como:

1. Racionalidad preventivista.
2. Racionalidad *gay* o *gay* central.
3. Racionalidad de los aislados.
4. Racionalidad de la confianza (o de los jóvenes en proceso de iniciación).
5. Racionalidad de los supervivientes (o de los mayores usuarios de la prostitución).

Hay que advertir, no obstante, que con una enumeración como la precedente no pretendíamos (ni pretendemos hoy) mantener que, entre los HSH madrileños, sólo existen esas cinco modalidades de racionalidad, sino simplemente que éstas son las que logramos discriminar en nuestra muestra; una muestra cualitativa diseñada para que fuera capaz de recoger al menos una parte de la diversidad de racionalidades existente, no para que fuese representativa de la totalidad de HSH madrileños. Capacidad que se ha demostrado con creces en tanto que, con un tamaño muestral relativamente pequeño como el utilizado (15 entrevistados y unos 25 participantes en tres grupos de discusión), encontramos una nada desdeñable cantidad de ‘racionalidades’ distintas entre los sujetos estudiados. Es importante, por último, que se tenga en cuenta que no estamos ofreciendo una tipología, sino que hay que entender las diferentes ‘racionalidades’ de forma más dinámica, en términos de momentos en un proceso que varía con los cambios (políticos, sociales, culturales, económicos, etc.) que tienen lugar en las condiciones de vida de los actores sociales.

Las diferentes racionalidades

RACIONALIDAD PREVENTIVISTA	
<ul style="list-style-type: none"> ● Se hacen la prueba del VIH sin haber tenido prácticas de riesgo. ● La prueba está rutinizada: no tanto para comprobar el serostatus (que no puede ser más que negativo) como para confirmar lo correcto de las propias estrategias de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La prevención ha sido incorporada como un elemento central de su identidad <i>gay</i>: 1) las medidas de sexo seguro se ligan a sus estrategias identitarias en cuanto legitiman la sexualidad <i>gay</i> y revierten el estigma que pesa sobre ella; 2) son consistentemente seguros en sus prácticas sexuales, lo que encaja con unas perspectivas generales sobre la vida centradas en la voluntad, la responsabilidad, el control y el esfuerzo; 3) la sexualidad respetable y legítima es la que se realiza siempre, en toda circunstancia, con preservativo, incluso dentro de la pareja. ● El riesgo (el sexo no protegido) es para ellos profundamente inaceptable, y quien lo corre en las relaciones sexuales, un irresponsable carente de voluntad, una figura de contraidentificación. ● La posibilidad de resultar seropositivos suscita inmediatamente en ellos la imagen de nuevas tareas, de toma de medidas como entrar en tratamiento médico y readaptar sus relaciones sociales. <p>(Clase media y media baja; jóvenes de entre 20-35 años; trayectoria social ascendente que se prioriza sobre, por ejemplo, la consecución de pareja estable; concepción de la propia sexualidad como conquista, y de la vida como lucha individual; relaciones con la comunidad <i>gay</i> pero desde posiciones que están en la periferia; visibilización de su orientación sexual en todos los ámbitos, etc.)</p>

RACIONALIDAD GAY O GAY CENTRAL	
<p style="text-align: center;">DOS POSICIONAMIENTOS FRENTE A LA PRUEBA DEL VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se rutiniza intercalada con prácticas de riesgo: mera confirmación de que se sigue siendo seronegativo (“es lo que hay que hacer”) sin intención de cesar en esas prácticas. Llevado esto al extremo: el resultado negativo de la prueba confirma la invulnerabilidad del sujeto. ● No se hace o se retrasa (cuanto más riesgo se ha corrido, más se retrasa): puesto que el miedo no justifica el no hacérsela, ello hace que se viva el retraso de un modo culpabilizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En este caso, el miedo que se aduce para no hacerse la prueba es sobre todo el “miedo a la dependencia”, pues la posibilidad de resultar seropositivos les lleva a pensar en la pérdida de un estilo de vida ‘valioso’ que los identifica: el estilo de vida <i>gay</i>. ● La ‘norma grupal’ adquiere aquí primacía como legitimadora de las conductas por encima del discurso preventivista hegemónico. La experimentación sexual (el sexo no rutinario), como parte de la cultura <i>gay</i> en la que han recibido una socialización secundaria, es un elemento capaz de producir un sentimiento de afiliación simbólica al grupo y ser, por tanto, aceptable. Aunque las prácticas sexuales son comúnmente seguras, están salpicadas de algunas de riesgo. ● El riesgo es sacado de un contexto de sentidos asociados a la salud o a la defensa del cuerpo, y situado dentro del contexto del placer y la experimentación con la sexualidad. Las prácticas de riesgo no son elaboradas como algo aborrecible o inconcebible. Sin embargo, cuando se han tenido prácticas de riesgo, la ‘norma grupal’ no admite el miedo como razón para no hacerse la prueba (de ahí que el retraso se viva de manera culpabilizada). ● Se acepta el discurso de la prevención de una manera ambigua, concediéndosele cierta autoridad, pero relativizada en función de circunstancias no contempladas en la información preventiva, pero que son relevantes para los sujetos. <p>(Clase media y media alta; expectativas de mantener/superar su status de clase; jóvenes y adultos de 30 a 50 años; diversifican sus estrategias visibilidad según necesidad de acumular capital económico, social, cultural; los significados que denotan comunidad y diferencia -y no el sexo seguro, al contrario que en los preventivistas- son cruciales en la construcción de su identidad).</p>

RACIONALIDAD DE LOS AISLADOS

- No se hacen la prueba del VIH o la retrasan tanto más cuanto mayor es el riesgo percibido.
- La razón que aducen es también el miedo (“prefiero no enterarme”), de modo que si se les hiciese una encuesta, aparecerían agrupados con los *gays* centrales, tanto por sus prácticas con respecto a la prueba del VIH como por los motivos aducidos para ello.
- Sin embargo, tanto esas razones como los marcos de sentido dentro de los cuales se encuadran no podrían ser más disímiles: aquí se trata, sobre todo, del miedo a que se visibilice no ya sólo el seroestatus, sino la propia orientación sexual (ante la familia, la empresa). La seropositividad es, para ellos, enteramente inasumible (les sugiere ideas como el suicidio, por ejemplo).
- La transmisión del VIH y, por tanto, la necesidad de prevención las asocian fuertemente a modos de relación y espacios percibidos como *gays* (y no tanto a determinadas prácticas como, en cambio, sucede con las racionalidades anteriores): el sexo anónimo con desconocidos, en cuartos oscuros, saunas, etc. es arriesgado en sí mismo. Las prácticas que tienen en estos contextos son seguras en la medida en que la situación es percibida como peligrosa. No obstante, con quienes consideran posible una relación de pareja, o que simplemente les ofrecen un cierto reconocimiento y afecto, pueden cesar en el uso del preservativo.
- Las prácticas de riesgo son elaboradas como *algo hecho contra su voluntad*. Con personas desconocidas, el riesgo es reconstruido como un acto sin sentido, y con conocidas, como una claudicación ante el afecto.

(Clase media-baja, sin expectativas de ascenso; lazos de dependencia con el medio de origen que garantizan su subsistencia; no se socializan con otros *gays*; contacto con éstos –principalmente– a través de encuentros sexuales; alta valoración de la pareja como forma de legitimar el sexo con varones y para salir del aislamiento; aunque las frecuentan, gran rechazo hacia las instituciones de sexo anónimo y, en general, hacia el ambiente *gay*; no visibilización de su orientación sexual ante la sociedad heterosexual; situaciones de vulnerabilidad social).

RACIONALIDAD DE LA CONFIANZA

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Se realizan la prueba del VIH casi exclusivamente cuando comienzan una relación “de pareja” (a modo de un certificado de fidelidad futura o “borrón y cuenta nueva”) y cuando la percepción de riesgo aflora, es decir, una vez rota esa relación.
 ● Sus pautas ante la prueba siguen la misma lógica “de la confianza” que guía en general sus estrategias de prevención, pero proyectada hacia el futuro. | <ul style="list-style-type: none"> ● Alta valoración de la pareja (como modo de ser gay), pero entendida de modo muy flexible (incluye, en un momento dado, a la persona con la que es posible imaginar una relación más larga).
 ● La prevención del VIH la basan de un modo mucho más fundamental que en otros sujetos en el par confianza-desconfianza (implícito en el discurso preventivo hegemónico), de suerte que él es el que nuclea sus relaciones sociosexuales. Dejar de usar preservativo es reconocer que la pareja es “de confianza” (que ha dado una información fidedigna acerca de su pasado).
 ● Admiten que ésta no es una estrategia carente de riesgos, pero ello no supone un cambio de la misma.
 ● El percibir que existe riesgo al dejar de usar el preservativo con la pareja es lo que otorga un valor simbólico añadido a ese mismo acto, en lugar de disuadir de llevarlo a cabo. El riesgo es admisible en la pareja; inadmisible fuera de ella.
 ● La seropositividad, que sitúa a los sujetos fuera del grupo de referencia y está fuertemente estigmatizada, es vista como una retribución a la infidelidad. Incluso reconociendo que sería incorrecto discriminar a un seropositivo, no tendrían relaciones sexuales con él. |
|--|--|

(Jóvenes y muy jóvenes –entre 18 y 25 años–; estudiantes o recién iniciada su trayectoria laboral; de clase media y con expectativas de ascenso social; no ruptura con la sociedad normativa: dependencia económica y afectiva de sus familias de origen; no participan de las instituciones del ambiente gay, pero –frente a aislados y preventivistas– no elaboran un discurso negativo de él; no realizan una separación entre los espacios de socialización gay y los de relación sexual; identificación con un grupo de pares, que a veces incluye a heterosexuales)

RACIONALIDAD DE LOS SUPERVIVIENTES

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● La realización de la prueba del VIH depende de la percepción de riesgos según roles de género (masculino/femenino): ● A) Mayor percepción de riesgos en quienes asumen roles femeninos y, por tanto, mayor frecuencia en la realización de la prueba. ● B) Menor percepción de riesgos en quienes los asumen masculinos, que suelen hacerse la prueba casi exclusivamente cuando se alarman ante un problema evidente de salud. | <ul style="list-style-type: none"> ● Importancia de la distinción masculino – femenino, que se relaciona (como no parece estarlo en las otras racionalidades) con la actividad/ pasividad en la relación sexual. ● Las prácticas preventivas presentan claramente diferencias generalizadas en términos de poder: <ul style="list-style-type: none"> – Desde roles masculinos, prescindir del preservativo puede señalar la posición de poder, articulando sentidos de independencia y superioridad frente al compañero sexual. – Desde roles femeninos, hay una disposición mayor a asumir la iniciativa preventiva, debido en parte a la mayor probabilidad de contagio del que asume el rol receptivo, y en parte a la incorporación de los valores de cuidado y evitación del riesgo. ● El riesgo en las relaciones sexuales se asocia a estilos de vida ajenos. En especial, el ambiente <i>gay</i> está marcado en sus percepciones por un desorden que es a la vez moral y sexual, de roles de género y de los límites del cuerpo. <p>(Grupo interclasista; de avanzada edad -entre 55 y 70 años- que se relacionan con otros HSH en torno a la característica común de ser usuarios de la prostitución; doblemente excluidos: de la sociedad normativa -ante la que no se visibilizan y con respecto a cual asumen el estigma- y de la comunidad <i>gay</i> -con la que no se identifican-; ajenos a Chueca)</p> |
|---|--|

Conclusiones

A través de consideraciones como las anteriores, que trataban de poner en evidencia las lógicas tan dispares que subyacen a los comportamientos de los HSH madrileños con respecto a la prueba del VIH, incluso en las ocasiones –como se ha visto en los esquemas- en que aparentemente guardan bastantes semejanzas, buscábamos establecer un punto sobre la base del cual poder pensar de diferente modo a los sujetos que son el blanco de las intervenciones preventivas y, de esta manera, también para repensar esas mismas intervenciones. Sugerencias para mejorar éstas, derivadas de este replanteamiento teórico-metodológico, se pueden encontrar en dos documentos publicados por el equipo de investigación (Villaamil et al., 2004), y reflexiones sobre la conceptualización del sujeto que está, mayoritariamente, implícita en el *counselling* que se desarrolla o tendría que desarrollarse en las consultas donde se realiza la prueba del VIH cabe hallarlas en Villaamil et al., (2005). Finalmente, presentamos en el Anexo algunas de las sugerencias que se han mencionado.

Notas

1. Acrónimo de “Antropología, salud y educación”.
2. Traducción propia.
3. De cara al análisis distinguimos entre dimensiones sociales y culturales de las prácticas de los sujetos, entendiendo por dimensiones culturales –como se verá- 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 parte, están integradas 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 una serie de aspectos de la realidad sociocultural (edad, posición en la estructura social, origen de clase, trayectoria biográfica posterior, relación con la sociedad normativa heterosexual y grupos con los que los sujetos interactúan y se identifican) que nos permitieron ordenar y hacer comprensible la gran diversidad de situaciones que encontramos.

4. Los entrevistados fueron contactados a través de las relaciones personales establecidas por el equipo de investigación durante las sesiones de observación en espacios públicos del barrio de Chueca de Madrid, donde se concentra el ambiente *gay*; y para su selección y diversificación, se acudió a tres criterios principales: edad (menos de 30 años, entre 30 y 45, más de 45), clase social (baja, media y alta), y realización de la prueba del VIH (nunca; antes de los últimos seis meses habiendo tenido prácticas de riesgo; en cualquier momento sin prácticas de riesgo). Las entrevistas, 27 a un total de 15 sujetos, fueron realizadas en tres oleadas: en

julio, septiembre de 2003 y enero de 2004. La intención inicial era llevar a cabo tres entrevistas a los mismos sujetos en lapsos temporales de dos a cuatro meses, puesto que deseábamos comprobar si los cambios que acaecieran en sus vidas durante el período de la investigación, por mínimos que fueran, tendrían consecuencias en sus representaciones y prácticas relacionadas con la prueba del VIH y/o el riesgo. Sin embargo, sólo en cuatro casos se pudo hacer la entrevista inicial y los dos seguimientos previstos. En otros cuatro se llevó a cabo una primera entrevista y otra de seguimiento. En el resto únicamente pudo efectuarse una de ellas por falta de disponibilidad de los entrevistados (negativas a hacer una siguiente entrevista, cambio de ciudad, imposibilidad de localizarlos, etc.). En cuanto a los grupos de discusión, uno se llevó a cabo 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). Los participantes fueron cooptados a través de *fliers* distribuidos en diferentes espacios frecuentados por HSH (bares, restaurantes, pubs, discotecas, parques, saunas, locales de ONGs, etc.) y elegidos a partir de las llamadas telefónicas realizadas por los interesados en formar parte de los grupos. Como criterio de selección se estableció, además de la edad, que los sujetos estuvieran preocupados por la prueba del VIH y/o tuvieran en mente hacérsela.

Bibliografía

- Anderson, T., D. Atkins, C. Bakercirac
2001 Revised guidelines for HIV counseling: testing and referral. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 50.
- Beardsell, S.
1999 Sexual risk taking and HIV testing: a qualitative investigation. En: P. Aggleton, G. Hart, P. Davies (orgs.), *Families and Communities Responding to AIDS*. Londres, UCL Press.
- Calvez, M.
1992 *La sélection culturelle des risques du sida. Approche à partir d'études locales. Rapport final de recherche*. Brest: ANRS- Université de Bretagne Occidentale.
1996 La rationalité des conduites de prévention et l'expérience sociale. En: Marcel Calvez, Marie-Agne Schiltz, Yves Souteyrand (orgs.), *Les Homosexuels Face au Sida : Rationalités et Gestions des Risques*, Agence Nationale de Recherches sur le Sida: Collection Sciences Sociales et Sida.
1998 *Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis cultural del Sida*. Posadas: Editorial Universitaria-Universidad Nacional de Misiones (Argentina).
- 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).
- Douglas, M.
1996 *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Fennema, H., A. Van den Hoek, J. Van der Heijden, V. Batter y A. Stroobant
2000 European Study Group of HIV in STD patients 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).
- Fernyak, S.E., K. Page-Schafer, 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.
- 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).
- Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid - Servicio de Epidemiología
2002 Vigilancia Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid Hasta 21 de Diciembre de 2001. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 7 (8). <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/>
- 2003 Vigilancia Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid Hasta 21 de Diciembre de 2002. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 5 (9). <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/>
- 2004 Vigilancia Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid Hasta 21 de Diciembre de 2003. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2 (10). <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/>
- Keenan, P. A. y J. M. Keenan
2001 Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counselling rates. *AIDS Education and Prevention*, 13(6).
- Kellerman, S, 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).
- Mackellar, D.A., L.A. Valleroy, G.M. Secura, B.N. Bartholow, W. McFarland, D. Shenan, 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).
- Marks, G., 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).
- Roterham-Borus, M.J. y M. Etzel
2003 Rethinking the HIV counselling and testing model in the USA. *The Lancet*, 361 (15 feb).
- 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).
- Silvestre, A., M. B. Gehl, J. Encandela y G. Schezel
2000 A participant observation study using actors at 30 publicly funded HIV counselling and testing sites in Pennsylvania, *American Journal of Public Health*, 90 (7).
- Skolnik, H., 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).
- Spielberg, F., A. Kurth, P. Gorbach, G. Goldbaum
2001 Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at risk populations. *AIDS Education and Prevention*, 13 (6).
- Spielberg, F., B. Branson, G. Goldbaum, D. Lockhart, A. Kurth, C. Celum, A. Rossini, C. Critchlow, 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.
- 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).
- Villaamil, F.; M. I. Jociles y F. Lores
2005 La concepción del sujeto en los estudios sobre el riesgo y la prueba del VIH en HSH. *Revista Internacional de Sociología*, 42.
- Villaamil, F.; M. I. Jociles; F. Lores y D. Betrisey
2004 Factores socioculturales relacionados con la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH y con conductas sexuales de riesgo en el colectivo de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2

(10) [informe ejecutivo] y <http://www.publicaciones-isp.org/productos/x002.pdf> [informe final].

Waddell, C.

1993 Testing for HIV infection among heterosexual, bisexual and gay men. *Australian Journal of Public Health*, 17 (1).

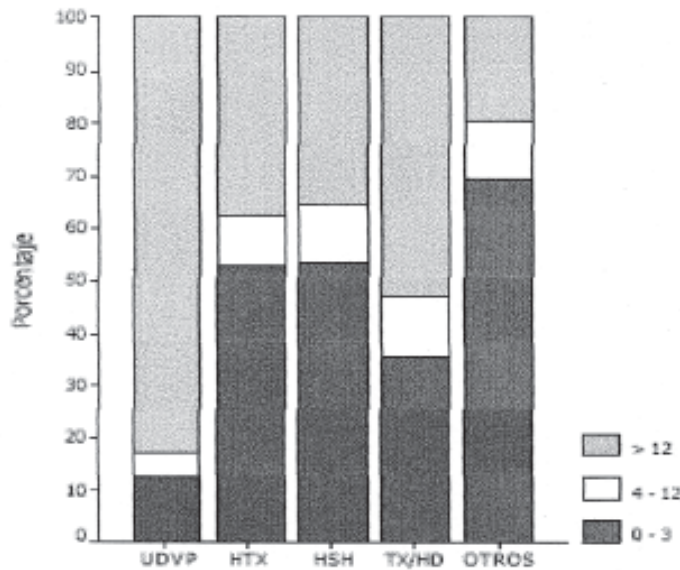
Resumen

El artículo se basa en un estudio socioantropológico sobre la prueba del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) madrileños que intenta responder a la pregunta de por qué los HSH no se hacen o retrasan la prueba del VIH, siendo su finalidad contribuir a idear nuevas líneas de intervención que fomenten la realización de la prueba por parte del colectivo. En ese intento, se identificaron cinco modalidades de afrontamiento de la epidemia del VIH, que se calificaron de racionalidad preventivista, *gay* central, de los aislados, de la confianza y de los supervivientes, cada una de las cuales se ha tratado de comprender interrelacionando las estrategias que despliegan los HSH con respecto a la prueba del VIH con los marcos culturales dentro de los cuales tales estrategias adquieren sentido y con las condiciones sociales en las que se gestan y desarrollan.

ANEXO

Gráfico 1

Casos de Sida en la CM: Meses entre el diagnóstico de infección por VIH y Sida por categoría de transmisión 1998-2003



Fuente: *Boletín Epidemiológico de la CAM* n°2, vol. 10 (febrero 2004)

Esquema de sugerencias de las diferentes racionalidades

<p>RACIONALIDAD PREVENTIVISTA</p>	<p>Estos sujetos, desde un punto de vista de salud pública, no representan un problema, hasta el punto que podemos decir que han incorporado la prevención del VIH a su propia identidad, en términos de referente de sentido y de prácticas.</p> <p>Suelen llenar las charlas y los grupos de intervención, ya que se trata a veces de auténticos entusiastas de la prevención que no parecen tener nunca suficiente información. Con todo, es probable que requieran refuerzo, y que no sea inútil dárselo: los sujetos que sustentan esta racionalidad son, como los demás, inestables (algunos proceden de situaciones agrupadas como racionalidad de los aislados), y sospechamos que a largo plazo no pueden excluirse situaciones en las que haya depresión o simplemente desánimo. No queremos dejar de destacar que con una frecuencia sorprendente en una muestra tan reducida, los sujetos con esta racionalidad habían pasado por algún tipo de terapia psicológica, o abrazado alguna doctrina religiosa o afín que no sabemos exactamente cómo calificar.</p>
--	---

<p>RACIONALIDAD DE LOS GAYS CENTRALES</p>	<p>Consideramos llenos de limitaciones los planteamientos que insisten en la noción de proporcionar información, más si es de manera 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.</p> <p>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 les dirijan deben compartir el alto valor dado por ellos a una vivencia de la sexualidad no convencional, 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.</p> <p>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 refuerzan 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.</p>
<p>RACIONALIDAD DE LOS AISLADOS</p>	<p>Se debe tener en cuenta que, entre estos sujetos, 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. Insistir únicamente en que modifiquen estas prácticas no incide más que en agravar la cuestión, y su tratamiento debería colocarse en un segundo plano frente a las necesidades sociales y de reconocimiento, más perentorias para ellos, ya que al intervenir siguiendo sus prioridades se estarían poniendo las bases para que modifiquen sus prácticas y, por tanto, para que puedan incorporar objetivos preventivos.</p>

<p>RACIONALIDAD DE LA CONFIANZA</p>	<p>Los mensajes de prevención dirigidos a este sector deberían desmontar el par confianza/desconfianza, subrayando la limitación que supone para la capacidad de decisión y autonomía. Parecen especialmente indicadas las intervenciones grupales, en cuanto es preciso -para motivar al cambio- que los sujetos se sientan respaldados por un grupo que comparta valores que no van a ser los generalizados.</p> <p>Nos atrevemos a sugerir grupos mixtos de jóvenes seropositivos y seronegativos, que sean percibidos como seguros por ambas partes y en los que los seropositivos actúen como beneficiarios y aliados.</p>
<p>RACIONALIDAD DE LOS SUPERVIVIENTES</p>	<p>Dado que son personas difícilmente accesibles desde las instituciones <i>gays</i>, y sin conciencia de grupo, parece razonable incluirlos como sujetos de intervención en los programas que acercan la prevención a los lugares donde se ejerce la prostitución, como ya lo hacen algunas ONG's que intervienen en el ámbito de la prevención del VIH.</p> <p>Por más que idealmente la estrategia más eficaz pudiera parecer la de trabajar sobre los valores de género, pensamos que sería más realista hacer un esfuerzo de acomodación de los mensajes de prevención a los sujetos, enfatizando valores de protección (del otro), por ejemplo, en el caso de los activos, y de cuidado, en el caso de los pasivos.</p>