

# La prueba de VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

hacia un modelo complejo de investigación e intervención

La prueba de VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



Documentos Técnicos de Salud Pública nº100

# **La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención**

**Informe del estudio cualitativo**

**Autores:**

Fernando Villaamil, María Isabel Jociles, Fernando Lores  
Departamento de Antropología Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología  
Universidad Complutense de Madrid

Arantzazu Urzelai  
Servicio de Promoción de la Salud  
Dirección General de Salud Pública y Alimentación  
Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.



Maquetación: PuntoSur  
Imprime: Fanny  
Depósito Legal: M-29094-2006

---

## **PRESENTACIÓN**

---

## **ANTECEDENTES**

---

## **INTRODUCCIÓN**

---

## **MODELO “BIOMÉDICO”**

---

## **HACIA UN MODELO COMPLEJO**

---

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION**

---

## **RESULTADOS**

---

### **1. Las diferentes racionalidades**

#### **1.1. Racionalidad preventivista**

#### **1.2. Racionalidad de los aislados**

#### **1.3. Racionalidad “gay” (o “gay central”)**

#### **1.4. Racionalidad de la confianza**

#### **1.5. Racionalidad de “los supervivientes”**

### **2. Resumen de las problemáticas específicas relacionadas con la prueba y las distintas racionalidades**

### **3. Aspectos transversales a las diferentes racionalidades**

#### **3.1. Imagen del seropositivo y la seropositividad**

#### **3.2. Percepción de la prueba como punto final**

#### **3.3. Información suficiente**

#### **3.4. Ausencia de percepción de barreras para el acceso a la prueba del VIH**

#### **3.5. Anonimato y confidencialidad**

#### **3.6. Otras estrategias para realizarse la prueba del VIH**

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

---

## **UTILIDAD DEL MODELO DE ANÁLISIS CARA A LA INTERVENCIÓN**

---

### **REFLEXIONES FINALES**

---

**Preámbulo**

**Líneas de reflexión sobre los aspectos  
transversales identificados en este estudio**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

**Libros y artículos científicos**

**Documentos electrónicos**

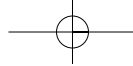
## PRESENTACIÓN

Desde la aparición de la infección por el VIH y el SIDA, se ha producido un importante esfuerzo colectivo con los objetivos de prevenir y controlar este grave problema de salud pública. Desde entonces, el concepto de prevención manejado por parte de los diferentes agentes implicados ha ido sufriendo modificaciones considerables. Del énfasis inicial en la información, en tiempos en los que ésta faltaba o era insuficiente en aspectos básicos, se ha pasado, a dar más importancia a los sentidos y contextos de los comportamientos individuales y colectivos implicados en las prácticas que puedan exponer a la infección.

Un importante corolario a la hora de diseñar y ejecutar actividades preventivas es, precisamente, la necesidad de una base de conocimientos sólidos acerca de las especificidades socioculturales de las poblaciones a las que van dirigidas esas actividades.

En el caso del colectivo homosexual, castigado duramente por la epidemia, ello implica comprender los sentidos incorporados a la sexualidad en el contexto del estigma asociado a esta orientación sexual. Las actividades puestas en marcha para promover prácticas más seguras en relación al VIH deben basarse en un conocimiento consistente de estos sentidos en su contexto, rehuyendo miradas simplificadoras y poniendo el énfasis en una comprensión profunda de las razones que mueven a estos sujetos, en sus particulares circunstancias, y en las condiciones que limitan o amplían las posibilidades de optar de las que disponen.

La investigación que se presenta representa una contribución en esta dirección; muestra un colectivo homosexual diverso, integrado por sujetos que mantienen relaciones heterogéneas con el entorno normativo y con la comunidad gay, que viven y experimentan su sexualidad y presentan concepciones, prácticas y necesidades bien diferenciadas. Aborda la decisión de realizar o posponer la prueba del VIH como algo que sólo se comprende adecuadamente desde la perspectiva de los propios sujetos y de los marcos en los que actúan. En consecuencia, propone confrontar la promoción de la prueba del VIH como una negociación entre los objetivos preventivos y los objetivos de los propios sujetos, sin soluciones ni puntos de llegada definidos a priori.

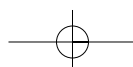
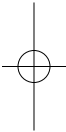
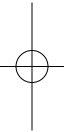


La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

Estamos convencidos que la lectura y discusión de este documento de investigación, elaborado con la valiosa dirección científica del Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid, contribuirá a mejorar la capacidad de análisis e intervención de la red sociosanitaria de la Comunidad de Madrid mas implicada en el seguimiento y control de esta enfermedad.

Agustín Rivero Cuadrado  
Director General de Salud Pública y Alimentación



## ANTECEDENTES<sup>1</sup>

El tema que abordamos es el de los factores que inciden en la realización o posposición de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH (a partir de ahora, prueba del VIH o simplemente prueba) 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**<sup>2</sup>. Es preciso, no obstante, aclarar que no pretendíamos (ni se nos pidió) llegar a resultados de investigación que fueran automáticamente trasladables a protocolos concretos de actuación, sino enunciar sugerencias que supusieran formas distintas de pensar sobre el problema (y, particularmente, sobre los sujetos que “lo tienen”) por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención del VIH.

La realización de la prueba del VIH ha sido normalmente considerada como 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, una aceptable calidad de vida y una menor capacidad de transmitir el virus. Estas mejoras 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, también 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.

<sup>1</sup> El trabajo que se presenta constituye una ampliación/profundización de análisis previamente “volcados” en artículos de revista: “Riesgo, prevención y prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres” (*Sociología: problemas e práctica* 47, abril-mayo 2005), “La concepción del sujeto en los estudios sobre el riesgo y la prueba del VIH en HSH” (*Revista Internacional de Sociología* 42, septiembre-diciembre 2005), “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*, febrero 2004) y “Una investigación cualitativa en busca de la diversidad de lógicas de actuación: la prueba del VIH en HSH” (e.p., *Scripta Ethnologica* n° XXVIII, 2006). Asimismo otras partes del mismo han sido publicadas on-line en <http://www.publicaciones-isp.org/productos/x002.pdf>.

<sup>2</sup> 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 prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

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, 2002). A ello se añade sin duda el hecho, resaltado en el informe de vigilancia epidemiológica de ese año, 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 2001<sup>3</sup>. De ello se derivaría una mediana de supervivencia entre los HSH diagnosticados de SIDA menor que en cualquier otro grupo de transmisión y un pronóstico de evolución de la enfermedad fuertemente comprometido.

La gran envergadura de este problema se encuentra en el origen de la investigación cuyos resultados se presentan aquí, investigación orientada a conocer los modos en que los HSH madrileños confrontan la prueba del VIH, con el objetivo final de ofrecer a las instituciones implicadas en la prevención del VIH perspectivas para mejorar las estrategias de intervención dirigidas a este colectivo.

---

<sup>3</sup> Aquí consignamos los datos manejados en el momento de comenzar la investigación, esto es, en febrero de 2003.

## INTRODUCCIÓN

A continuación, exponemos, en primer lugar, una reflexión acerca de las limitaciones de la guía (*HIV counseling, testing and referral*: ver Centers for Disease Control and Prevention, 2001) que generalmente se acepta como modelo en las intervenciones centradas en la realización de la prueba del VIH y en el counseling preventivo, señalando los presupuestos implícitos no examinados sobre los que se fundamenta. Al respecto, nos interrogamos, por un lado, acerca de qué se considera un comportamiento racional con relación a la prueba y a la prevención del VIH (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 las intervenciones como una parte de las investigaciones en el campo. Sobre la base de la anterior reflexión, en segundo y tercer lugar, mostramos los rasgos centrales de otro modelo de comprensión de la problemática: el que hemos aplicado en nuestro estudio, así como la metodología a través de la cual lo hemos desarrollado. En cuarto y quinto lugar, ilustramos dicho modelo con el análisis de las modalidades concretas mediante las que los HSH madrileños abordan la prueba del VIH y con los resultados transversales de la investigación. Finalmente, concluimos con algunos apuntes sobre la utilidad de este otro modelo y algunas reflexiones para la intervención.

De este modo, emprendemos una argumentación de carácter general relacionada con la forma en que se conceptualiza - implícita o explícitamente- al sujeto de las prácticas de prevención/de riesgo en la literatura especializada sobre la realización de la prueba del VIH, así como una revisión del modelo que subyace a la guía de intervención *HIV counseling, testing, and referral* (HIV CTR) propuesta por los CDC. Tras revisar críticamente lo que consideramos rasgos básicos del modelo que denominamos biomédico, proponemos una comprensión de los modos en que los HSH perciben y actúan con respecto a la presencia del VIH que no parta de *a priori* acerca de comportamientos adecuados siempre y en toda circunstancia, sino que trate más bien de entender la experiencia de los sujetos desde sus determinaciones socioculturales específicas, como paso previo necesario en el diseño de estrategias de intervención más eficaces.

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

Antes de todo ello, es preciso, sin embargo, hacer algunas aclaraciones. La revisión crítica que se propone de la estrategia de counseling, tal como es desarrollada en la mencionada guía, es el punto de partida para la formulación de mejoras que superen las deficiencias detectadas. No tiene, en cualquier caso, como objetivo la invalidación del counseling per se; antes bien, defendemos que, complementada con una determinación de riesgos sociales, resulta una estrategia especialmente idónea para el trabajo individual. Por otra parte, nótese que la literatura acerca de diferentes formatos de HIV CTR, en la que nos centramos para establecer los principios básicos del modelo biomédico, no agota necesariamente la problemática de la prevención del VIH, dado que el counseling es una más entre las estrategias que cabe poner en práctica para favorecer la realización de la prueba y las prácticas de sexo más seguro en poblaciones que pueden haber estado expuestas al VIH (habría que considerar también desde estrategias de movilización comunitaria a otras emparentadas con el marketing, trabajo de calle, intervenciones grupales...).

Una última aclaración se deriva del hecho de que los contextos institucionales específicos en los que se oferta la prueba del VIH (atención primaria, centros especializados en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, hospitales, asistencia sanitaria privada), representan un escenario entre otros para realizar counseling o asesoramiento preventivo (*preventive counseling*, uno de los elementos del HIV CTR). Según nos consta, también es ampliamente utilizado, por ejemplo, en programas de prevención llevados a cabo por organizaciones de gays destinados a promover la prueba y/o las prácticas de sexo seguro.

Si nos centramos en el modelo de HIV CTR en contextos institucionales en los que el asesoramiento se liga a la realización de la prueba del VIH es porque partimos de la idea de que dicho modelo, y la investigación a él asociada, al establecer un estándar ampliamente legitimado y compartido, influyen en la práctica de los agentes encargados de llevarlo a cabo. En la medida en que éstos compartan inadvertidamente los sesgos que hemos detectado en el modelo biomédico, esperamos contribuir a una mejora de esa práctica. Defendemos que una explicitación de las prenociones de las que parten los agentes de intervención para pensar a los sujetos a los que van dirigidas las intervenciones puede favorecer planteamientos más eficaces y acordes con las prioridades y necesidades realmente sentidas por ellos.

## EL MODELO BIOMÉDICO

La promoción de la prueba del VIH y los marcos institucionales de su realización ha 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 *et al.*, 2001, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2001, Center 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 texto. Así, cabe señalar que los estudios consultados tienden a centrarse en las “barreras” y en los “facilitadores” que influirían en la motivación para hacerse la prueba del VIH, obteniéndose en algún caso interesantes resultados (p.e., Spielberg *et al.*, 2003, 2001; Kellerman *et al.*, 2002; Hart *et al.*, 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, 2001; Spielberg, 2003; Summers, 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 (Rotheram-Borus y Etzel, 2003; Keenan y Keenan, 2001; Spielberg, 2001). El modelo que se propone como canónico consiste habitualmente en la realización de una o más sesiones de 15 a 20 minutos de duración cuando se solicita el test y/o en el momento de recoger los resulta-

dos. En ellas se ofrece, por un lado, información respecto a la infección del VIH y su transmisión, y por otro, *counseling* propiamente dicho, en el que el “cliente” “...es ayudado a identificar los comportamientos específicos que le ponen en riesgo de adquirir o transmitir el VIH y a comprometerse a dar pasos para reducir ese riesgo” (Anderson *et al.*, 2001: 13).<sup>4</sup>

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 *et al.*, 2000; Marks *et al.*, 2002), se han obtenido resultados desalentadores (Beardsell, 1999). Por otra parte, y aunque no se disponga de estudios al respecto para el contexto español, se ha señalado (MacKellar *et al.*, 2002, Fennema *et al.*, 2000) que un uso repetido del test del VIH puede ir aparejado a prácticas de riesgo frecuentes, lo cual pone 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, la práctica concreta de los profesionales e instituciones que ofertan la prueba

se centra, probablemente, en diagnosticar la presencia del VIH en el organismo sin poner un énfasis parejo en enfocar dicha 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, por ejemplo, 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 no es ajeno el hecho de que sea precisamente personal sanitario, en primera instancia, el 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, más atento a los contextos sociales o, en su caso, proclive a derivar a otras organizaciones que desarrollen programas de prevención específicos y de calidad; 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 haya tenido prácticas de sexo no seguro.

En segundo lugar, podemos observar el establecimiento de una cierta circularidad 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 prueba y ciertas medidas para facilitar su uso; a su vez, son las intervenciones fundamentadas

---

<sup>4</sup> Traducción propia.

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 sobre 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<sup>5</sup>. Los “facilitadores” y las “barreras” más habitualmente considerados, como hemos visto, tienen que ver con la técnica y las circunstancias legales e institucionales de la prueba, dándose 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, tanto en promover esas condiciones, como en 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 que 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. Sin embargo, los “factores culturales” son frecuentemente 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<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> 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 et al. (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.

<sup>6</sup> El modelo HIV CTR supone, con todo, un avance con relación a anteriores modelos de los CDC en la medida en que se centra en el ‘cliente’.

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

La estrategia de investigación que nosotros hemos seguido es, en este 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, 1993; 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<sup>7</sup> que otorgan coherencia a la misma.

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. Todo ello, sin embargo, no se ha manifesta-

do de forma uniforme en el conjunto de los HSH, de modo que destaca la heterogeneidad de prácticas y representaciones que se han podido evidenciar. En parte es 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.

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

<sup>7</sup> 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.



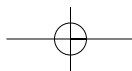
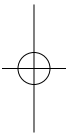
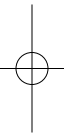
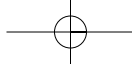
son articulados en contextos concretos y desde experiencias y trayectorias biográficas específicas. Las dimensiones sociales, por otro lado, están constituidas por el conjunto de condiciones históricas, socioeconómicas y sociopolíticas en las que se va gestando esa experiencia y esa trayectoria. A partir 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 que 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. Por ejemplo, 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 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 a la aparición de la comunidad gay (Villaamil, 2004). 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 deben desarrollar sus vidas en una *sociedad normativamente heterosexual* en la que las relaciones entre sujetos del mismo sexo continúan estando fuertemente estigmatizadas. Ello tanto en el ámbito de actividades concretas desarrolladas en entornos “no marcados” (heterosexuales), en las que se hace imprescindible un manejo estratégico del estigma, como en el de la 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 tomar en consideración los grupos con los que el sujeto interactúa y se identifica, y también la representación colectiva con la que dialoga para cons-

truir 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; 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 estrate-

gias 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 racionalidades en el afrontamiento del riesgo de exposición al VIH en las prácticas sexuales y de la prueba del VIH: *la “preventivista”, la de los aislados, la “gay”, la de la confianza y la de los “supervivientes”*.



## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de pasar a exponer los resultados, tal vez no esté de más recalcar que éstos se desprenden de una investigación más amplia acerca de las construcciones de riesgo y la prueba del VIH entre los HSH, que se viene desarrollando en dos fases.

- **La primera fase**, ya concluida, responde a un estudio etnográfico convencional, en el sentido de que fue concebido y realizado por el equipo investigador<sup>8</sup> empleando sobre todo técnicas cualitativas de producción y análisis de datos. En esta etapa, los objetivos se dirigieron a conocer, en primer lugar, las prácticas y representaciones sobre la prueba del VIH, que -bajo nuestra perspectiva- resultan incomprensibles sin considerar sus interrelaciones con las prácticas y representaciones sobre la prevención, el riesgo y la seropositividad (de ahí que estos cuatro aspectos articulen la exposición de las racionalidades

que se relatan más adelante). En segundo lugar, estudiar las imágenes sobre la seropositividad, concebidas, por un lado, como proyección de la propia vida en el supuesto de resultar uno mismo seropositivo y, por otro lado, como horizonte de experiencias sociosexuales. Y, en tercer lugar, conocer las formas específicas en que las representaciones sobre el cuerpo se relacionan con la prevención del VIH.

- En **la segunda fase**, actualmente en curso, se han incorporado al equipo de investigación técnicos de salud de dos organizaciones gays, y del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (del programa de prevención del VIH-Sida), con lo que la investigación etnográfica ha incorporado algunos componentes de los modelos de investigación-acción-participativa. Los intereses se centran ahora en los locales de sexo

<sup>8</sup> Del que, además de los autores de este texto (Fernando Villaamil, María Isabel Jociles, Fernando Lores y Arantazu Urzelai), formó parte la antropóloga social Débora Betrisey, quien participó principalmente en el trabajo de campo.

anónimos (LSA) entendidos como instituciones gays, es decir, como espacios en los que se da una alta concentración de interacciones sociales y sexuales entre HSH fuertemente normativizadas y formalizadas, y que pueden ser abordados no sólo como lugares en los que se practica sexo de riesgo, sino también como espacios privilegiados para la prevención del VIH/SIDA. La finalidad del estudio es, en estos momentos, encontrar claves para la intervención preventiva a nivel grupal a través de estos espacios, añadiéndose nuevos instrumentos de investigación, tales como la observación directa en los LSA (parques, cuartos oscuros, saunas, clubs de sexo, etc.) y en reuniones de empresarios/gerentes de los mismos, y la autoobservación de las sesiones de trabajo conjunto de los miembros del actual equipo de investigación.

En la primera fase, de la cual provienen los resultados que aquí se presentan, se emplearon tres técnicas principales de investigación: observación directa (en espacios públicos del barrio de Chueca de Madrid -donde se concentra el *ambiente* gay-, en lugares frecuentados por “prostitutos” y en sedes de algunas asociaciones gays), entrevistas y grupos de discusión. Los entrevistados fueron captados a través de las relaciones personales establecidas por el equipo de investigación durante las sesiones de observación; y para su selección y diversificación se consideraron tres criterios principales: edad (menos de 30 años, entre 30 y 45, más de 45), clase social (baja, me-

dia 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. Se realizaron en los lugares elegidos por los propios entrevistados, siendo de una duración media de dos horas. La intención inicial era llevar a cabo tres entrevistas a los mismos sujetos en lapsos temporales de 2/4 meses, puesto que deseábamos comprobar si los cambios que acaecieran en sus vidas durante el periodo 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.).

## LA MUESTRA:

### Menores de 25 años

| Primera oleada (1)           | Segunda oleada (2) | Tercera oleada (3) |
|------------------------------|--------------------|--------------------|
| Juan Carlos, 24 <sup>9</sup> | Santiago, 25       |                    |
| Felipe, 23                   |                    | Ramón, 21          |
| Ezequiel, 23                 | José, 22           |                    |

<sup>9</sup> Los nombres son ficticios.

**Entre 26 y 45 años**

| Primera oleada (1) | Segunda oleada (2) | Tercera oleada (3) |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Arturo, 33         |                    |                    |
| Jaime, 30          |                    |                    |
| Ariel, 36          | Lorenzo, 37        | Carmelo, 37        |

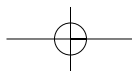
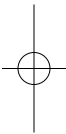
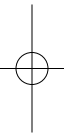
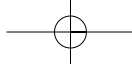
**Mayores de 46**

| Primera oleada (1) | Segunda oleada (2) | Tercera oleada (3) |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Enrique, 55        |                    |                    |
| Valentín, 54       |                    |                    |
| Leonardo, 70       | Federico, 53       |                    |

También se realizaron 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). Los participantes fueron captados a través de *flyers* distribuidos en diferentes lugares frecuentados por HSH (bares, restaurantes, pubs, discotecas, parques, saunas, locales de ONGs, etc) y seleccionados a partir de las llamadas telefónicas efectuadas 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. La duración fue de hora y media, siendo realizados en una sala alquilada preparada al efecto. El número de participantes osciló entre siete y nueve.

El análisis de los datos, tanto de los procedentes de la observación, como de las entrevistas y los grupos de discusión, se llevó a cabo mediante procedimientos basados en la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (1990), y se desarrolló (con trabajo –primero- individual y –después- conjunto del equipo) en distintos momentos del proceso de investigación (especialmente en agosto, diciembre de 2003 y febrero de 2004), con el fin de que el marco teórico de partida pudiera ir modificándose en contraste con el material empírico que se iba produciendo y, de este modo, permitir que la teoría emergente y/o modificada tuviera la oportunidad de informar las subsiguientes sesiones de trabajo de campo.



## RESULTADOS

### 1 Las diferentes racionalidades

En función de los criterios señalados más atrás, vamos a definir en lo que sigue las racionalidades que emergen a partir del análisis de los datos de la investigación. Es muy importante que se comprenda 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.

#### 1.1 Racionalidad preventivista

Procedentes de medios de clase obrera, y con trabajos temporales y precarios, estos sujetos actualmente ocupan posiciones de clase media y media baja. Tienen experiencia y expectativas de movilidad social ascendente. Jóvenes

y muy jóvenes, han crecido y/o tenido sus primeras relaciones sexuales siendo la epidemia de VIH y las campañas de prevención una presencia habitual. Incluimos aquí a dos jóvenes que ejercen ocasionalmente la prostitución, ya que comparten con los demás caracterizados por esta racionalidad, aparte de los rasgos señalados, una vivencia de la prevención del VIH en la que las medidas de sexo más seguro se encuentran ligadas a sus estrategias de construcción identitaria, en cuanto legitiman la sexualidad gay y revierten el estigma que pesa sobre ella<sup>10</sup>.

Mantienen una estrategia de relación con la sociedad normativa de alta visibilidad de la identidad homosexual, que es vivenciada como conquista frente a un medio familiar en el que la vigilancia de la identidad sexual es estrecha.

*A la familia, (era necesario) que se lo dijera a todos, porque al fin y al cabo mis padres son mis padres, y*

<sup>10</sup> Explícitamente señalamos que no es posible ni adecuado generalizar las conclusiones que se refieren a continuación al conjunto del colectivo de varones que ejercen la prostitución.



La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

más o menos estaban ya muy preocupados. Y (yo) estaba un poquito harto de que siempre me preguntaran por la novia: "¿Novia para cuándo?" (...) Yo le dije: "Mira, mamá, que soy homosexual", y a ella lo primero que le vino a la cabeza es que yo iba a ser travesti, o iba a ser transexual o, si no, que iba a salir con un traje o.. No sé, algo así muy básico (...) Porque no pueden vivir engañados, no pueden vivir así. (Jaime 1<sup>11</sup>)

Mi autoaceptación sexual fue terrible porque nadie de mi familia me comprendía, ni siquiera mis hermanas (...). Fue un proceso muy, muy duro. ¡Tú imagínate!, sin el apoyo de nadie de tu familia, de nadie, y el llevarlo todo así como a lo escondido, eso debe ser muy fuerte, ¿sabes?... Mis padres empezaban a notar como unas tendencias que tenía yo, (que) no me echaba novia, no hablaba de chicas, me vestía de una forma que a ellos no les gustaba, porque mi padre ha sido policía y es de los hombres muy, muy estrictos, ¿no?. Bueno, pues, a los dieciocho, casi diecinueve años, me pillaron con un chico y, bueno, pues, aquello fue la cruz, porque a raíz de eso me echaron de casa, y me tuve que buscar la vida (...) Yo no he contado con el apoyo de mis padres (José 1)

Se caracterizan por una concepción de la vida como lucha individual que se corresponde con una trayectoria biográfica en la que han confrontado y superado obstáculos muy reales. Su visión del mundo posee un fuerte carácter individualista, casi darwinista.

Hoy en día ya todo está solucionado, sobre todo al tener la independencia mía total, y al ver que he llegado en este nivel en la vida, de hacer una carrera yo solo, y de tener un trabajo, yo solo, sin depender de nadie, que nadie me ha hecho este favor (José 3: ejercía esporádicamente la prostitución en el momento de la primera entrevista, y lo había dejado totalmente en la tercera)

(Hablando de la gente a la que admira) Gente que tiene una meta para conseguir el dinero y para una ayuda o para ayuda de tu familia, o para sacar algo de ahorro y puedas invertir, pero si tú lo tienes solamente para la rumba, para la discoteca, para la droga, para comprarte ropa de marcas y todo eso, te quedarás ahí toda la vida, en ese trabajo. Estoy satisfecho, porque estoy consiguiendo lo que yo quie-

ro, que es ayudar a mi familia y salir adelante. (Ezequiel: ejerce la prostitución)

En estos agentes sociales apreciamos que la trayectoria ascendente que han experimentado les ha llevado a sustituir su rechazo inicial de (o, mejor, incomodidad con) las prácticas gays del ambiente por una ambivalencia no ajena a su aspiración de formar parte integral del mismo, acompañada, eso sí, del reconocimiento (no siempre explícito ni consciente) de que carecen de las marcas de distinción, aptitudes y actitudes para conseguirlo. De igual modo, la consolidación de una carrera ascendente, aun cuando se parta de niveles bajos, puede llegar a adquirir –en ellos– prioridad sobre otros aspectos de la vida del sujeto, reforzando el mencionado individualismo.

Yo acabé allí (en su pueblo de origen) mis estudios, hice la mili y, una vez acabados, pues, ya vi que todo se había acabado allí. (...) Entonces, decidí... porque, claro, yo quería más, porque no tenía nada. Y por eso me fui de allí. Me fui a C (otro pueblo) pensando que sí, pero igual de mal. Entonces, me quedé igual. Y de ahí me vine aquí ya (a Madrid) (...) Otra vez he empezado a hacer cosas de nuevo. Por ejemplo, me saqué un curso de (titulación media). Empecé a hacer un curso también de actor de doblaje. Muchas cosillas que allí no... y que, claro, yo con Madrid estoy muy contento. (Jaime 1)

La pareja adquiere una relevancia fundamental en este colectivo más como aspiración que como reflejo de una biografía; relativizada, sin embargo, por el individualismo de base. Aquella es tanto más importante cuando no se tiene otra red social, pero se subordina también a las estrategias de ascenso social.

Yo reconozco que teniendo pareja como que me desatiendo más de mí y que ocupa más la pareja,

<sup>11</sup> El dígito que, en los verbatim, aparece tras el nombre del entrevistado indica el orden de las entrevistas realizadas a un mismo sujeto (1: primera; 2: segunda; 3: tercera). Cuando no aparece dígito es que se realizó una sola entrevista.

*¿sabes?, a nivel de estudios, a nivel de cursos, a nivel de moverte, a nivel de conocer gente... Y todo eso se puede con la pareja, pero ya tienes una vida muy limitada. (Jaime 2)*

Se valora la conquista de la propia sexualidad en la construcción identitaria. Ello se hace no tanto desde la identificación con un grupo de referencia (“nosotros, los gays”), como desde posiciones que se sitúan en su periferia, y que son doblemente periféricas en el caso de los prostitutos. Así, en su comprensión de la diferencia en razón de la orientación sexual es central el significado de “persona” como recurso para trascender la diferencia, como aquella categoría con relación a la cual puede ser concebida una equivalencia simbólica de las diferentes orientaciones sexuales.

*No creo que sea algo de que una persona... Es que no creo que haya ninguna diferencia entre una persona y otra, ¿entiendes?. (...) Los homosexuales tienden mucho a reivindicar que son homosexuales, y mientras más homosexual soy, más maricón soy, ¿no?, en el sentido de que más buche (sic) llevo, camisas más apretadas llevo, más de todo llevo. (Jaime 1)*

Frecuentan las instituciones del *ambiente gay*, y su forma de entrar en contacto con otros homosexuales, con fines sexuales o no, se centra en los lugares de intercambio sexual; ello a pesar de que poseen una imagen fuertemente negativa del *ambiente*, en especial de los modos de relación que se identifican como propios de él. Sus críticas se dirigen a ciertas formas de socialización (la pluma, relaciones sexuales anónimas, etc.):

*Aquí la gente va mucho a lo suyo. Se cree muy especial, ¿no? Eso es lo que les pasa. Se creen especiales, se creen tocados por la gracia divina; algu-*

*nos, ¿no? Mucho narcisismo hay por aquí, y eso a veces, pues...Uno va a la discoteca, y lo nota en las caras de la gente, lo nota en la actitud de la gente, lo nota en la forma de moverse de la gente: que son todos muy independientes unos de otros, cuando no entiendo por qué, cuando todo el mundo está buscando a otra persona (...) Y eso es lo que veo yo aquí: (gentes que se creen) reinas, cuando yo creo que son almas en pena. (...) Y así no se va a ningún lado. Eso es lo que yo veo: mucha gente que no te ofrece nada, que ya no te aporta nada. Simplemente te llega, te conoce, te dice lo que tú quieres oír para que tú les digas lo que ellos quieren oír, y ahí se queda todo. (Jaime 1)*

*En el ambiente gay, hay discotecas, bares, pubs... mmm, apariencias, falsedad, claro, promiscuidad también, o maldad. A mí el ambiente es una palabra que no me gusta. [E: ¿Y conoces los cuartos oscuros, las saunas...?] No; he estado alguna vez, como creo que todo el mundo, para saber lo que es (...) He estado en un cuarto oscuro, me he enrollado con un chico, pero vi que después del rollo, pues, que no sentías nada. (José 2)*

*Es muy superficial, más bien es de animal, de animales, para desahogarse y punto (José 1)*

Entendemos que esta ambivalente actitud se entiende -como hemos indicado- tanto a partir de su aspiración a ser parte de ese *ambiente* como del hecho de que esa aspiración sea permanentemente frustrada. De alguna manera, desean valorar su diferencia respecto a la identidad gay tal como ésta es percibida, y existen razones para pensar que captan que los rasgos de su modo de concebir el mundo y comportarse (que se derivan de su origen de clase) van a ser vistos como carencia desde la identidad gay central. De ahí el fuerte individualismo de su discurso, explicable -como decíamos- desde una concepción de uno mismo como conquista, como producto de un trabajo propio y personal. La voluntad es concebida como motor fundamental de la acción.

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

Todo este contexto es el que permite entender –desde nuestra perspectiva– sus actitudes ante la prevención, la sexualidad, el riesgo y la prueba. Con relación a la **prevención**, manifiestan ser consistentemente seguros. Incorporan un discurso preventivista en una versión particular, en torno a la idea de protección, que encaja bien en sus perspectivas sobre las cosas centradas en la voluntad y el esfuerzo. Las nociones de responsabilidad y rutina juegan un papel estructurante de la idea de prevención.

*Para mí la vida es rutina, en el sentido de que ya lo automatizo todo. Entonces, si me tengo que levantar para ir a trabajar de ocho y media a tres, sé que lo tengo que hacer todos los días (..) Va dentro de mi responsabilidad, pues, lo hago todos los días. Entonces, eso es lo mismo que ponerse un condón, eso es lo mismo que comer, es lo mismo que lavarse los dientes después. (Pablo, GDII)*

*Fíjate que yo ya estoy acostumbrado al condón. Yo no sé ya qué se sentirá al follar sin condón, porque es que ya no lo sé. (...) También con mi pareja, o sea, por ser mi pareja ¿lo voy a hacer sin condón?; no, siempre con preservativo, o sea, que yo eso lo tengo muy claro, que para estar enrollado, sea por vicio o por dinero, uno se tiene que proteger igualmente, igualmente, porque los riesgos son iguales, son iguales (Ezequiel)*

*Si tú no desconfías de mí, yo sí que desconfío de ti (...). Además, para mis exparejas, era una cosa como beber agua; el ponerse el preservativo enseguida era una cosa automática. (José 2)*

Obsérvese en las siguientes citas la deslegitimación del sexo no protegido que tiene lugar a partir de la idea de no asumir las propias responsabilidades:

*Yo creo que el problema no viene con las relaciones esporádicas, con gente que no conoces, porque evidentemente hay que usarlo, no queda más remedio; no conoces a la persona y es tu responsabilidad (Jacobo, GDII)*

*Es que son unos viciosos e ignorantes, y te aseguro que la mayoría de éstos no utilizan preservativo, te lo aseguro, lo digo por experiencia. (Son) Niñatos, niñatos irresponsables de éstos que van así al sexo a saco. Ésos te harían de todo; y lo triste sería que te pegasen alguna enfermedad y que al día siguiente te ven en la discoteca y ni te saludan. (José 2)*

La sexualidad respetable y legitimada es la que se realiza siempre, en toda circunstancia, con preservativo, incluso dentro de la pareja. Desde cierto punto de vista, José y Ezequiel, prostitutas, llevan la lógica de identificar sexo legítimo y sexo protegido a sus extremos. José, que se identifica más bien como masajista y ejerce la prostitución sólo esporádicamente, emplea una serie de estrategias para proteger su autoimagen y salvaguardar su identidad frente al estigma, no sólo de la sexualidad homosexual, sino también de la sexualidad mercenaria: elige él a sus clientes, niega disfrutar con ellos, aduce tener exclusivamente razones económicas para ejercer la prostitución como modo de distinguirse de otros prostitutas, reserva ciertas prácticas, como la penetración, para sus parejas, y sobre todo, practica la prevención de un modo sistemático y exhaustivo.

*Claro que sí (utilizo preservativo en la felación)... [E: Con tus amigos, ¿no?] Sí, claro [E: ¿Y con tus parejas estables?] No [E: ¿Con la pareja no?] No, con la pareja no, pero te estoy hablando ahora de parejas que..., he tenido tres parejas [E: ¿Y con tus parejas no utilizas el preservativo?]. A la hora de la penetración sí. ¡Uy!, claro, claro... ¡y buena marca de preservativos!. Sí, ya lo creo, pero para la felación, pues, la verdad es que no, porque tampoco te creas que me apasiona mucho, ¿no?, hacerla [E: ¿Con tus clientes...?] Ex-clientes [E: Ex-clientes, perdona, ¿también utilizabas el preservativo en todos los casos?] Claro, claro. Vamos, pero te vuelvo a decir lo mismo: no había penetraciones con mis clientes [E: ¿sólo felaciones?] Ajá. [E: ¿No llegaste a*

*recibir semen en la boca...?] Preferiría morirme antes (...) [E: ¿No es el tuyo un sexo muy aséptico, muy...?] Es sexo seguro. Para mí eso es sexo seguro. Hombre, tengo mis fantasías, pero mis fantasías no tienen nada que ver con el semen ni con la sangre ni con la saliva, ¿sabes? (José 2)*

Por su parte, Ezequiel comparte con José y con el resto de los sujetos aquí incluidos un apego estricto a las prácticas más seguras. Sin embargo, lleva ejerciendo la prostitución por un periodo mucho más largo que José, y aunque también afirma tener intención de abandonarla, establece un plazo más laxo. Ve el ejercicio de la prostitución desde un paradigma de profesionalidad, en el sentido de actividades circunscritas que no parecen afectar a su identidad social en su conjunto. A diferencia de José, utiliza con más naturalidad un lenguaje relacionado con lo laboral (el negocio, el cliente...), no elige a sus clientes y no establece una diferencia tajante entre parejas y clientes en términos de disfrute o tipos de prácticas.

El **riesgo** es para todos ellos profundamente inaceptable, y quien lo corre en las relaciones sexuales, un irresponsable carente de voluntad, una auténtica figura de identificación a la contra.

*Son personas sin límite. Una noche de desenfreno la gente no controla, y lo que suele pasar... ¿jes que yo alucino con los comportamientos y cosas que te piden!. (Pablo, GDII)*

Existe una coherencia sobredeterminada entre la protección de la identidad personal y la integridad de los límites del cuerpo. Ello, además, es coherente con su propia experiencia social solitaria: el cultivar y proteger su yo implica mantener un férreo control de los

límites del cuerpo, simbolizados a través de la prevención del VIH. El riesgo se sitúa de esa manera más allá del campo de sentidos asociados a la salud para pasar a formar parte también de la construcción del sí mismo en torno a las ideas de control, de *amor propio* o –como se ha repetido– de responsabilidad. El riesgo de contraer el VIH se concibe como controlable.

*Pero aunque yo no lo sea (seropositivo), ya también es por dignidad y por tratar a la persona como persona, es decir, no (a las prácticas sexuales no seguras). ¡Yo qué sé! (...) la gente sí está pensando que si estás haciendo algo (pidiendo el uso del preservativo) es porque tienes algo (el virus del VIH), ¿no?. A lo mejor el que lo tienes eres tú, el que se está intentando proteger soy yo de ti, a lo mejor no me fío de ti un pelo, pero si me lo estás diciendo a mí (no usar el preservativo), ¿qué le dirás al de al lado que te haga?. Entonces, claro, es una cadena ¿no? (Pablo, GDII)*

*(Exponiendo por qué exige el uso del preservativo cuando adopta "un rol sexual pasivo" en una sauna) Yo cuando estoy delante (en la relación sexual), estoy delante y no veo nada, nada más veo la pared. No sé. Yo tengo amigos que me han dicho que, por ejemplo, ellos se han dado cuenta de gente que se lo pone (el preservativo) y después se lo quita, ¿sabes?, y yo me lo creo. Entonces, claro, todo esto es precaución. (Jaime 2)*

La **prueba** es usada como una estrategia de prevención más, pero no tanto para confirmar el serostatus que, al no haber conductas de riesgo, no puede ser más que negativo, y que además no se percibe como dudoso. Ha sido rutinizada con el fin de remarcar la incorporación de las prácticas de prevención y como confirmación de lo correcto de las propias estrategias preventivas. El hecho mismo de realizarse la prueba significa –en otro nivel– una identificación con un modelo de sexualidad gay segura frente al SIDA

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

que, de alguna forma, es el epítome de la sexualidad aceptable. Mediando en un viejo debate, resultaría de ello un uso no adecuado de los recursos sanitarios en términos estrictamente médicos, pero sí en términos de salud pública más amplios, en la medida en que un resultado negativo tiende a reforzarles la voluntad de mantener prácticas seguras.

*(La primera vez que me hice la prueba) tampoco sabía nada de lo que era el SIDA, pero lo que hice fue hacerla. Yo como que me hice adicto a hacérmela cada seis meses, y aquí me ves (José 1)*

*Pues, de aquí a seis meses, siete meses me haré la prueba [E: ¿Te la haces siempre como un reloj?] Sí, sí, claro, sí, pero eso no quiere decir que lo haga porque arriesgo mi vida, o sea, porque igual con razón me la hago, ¿no?, pero para mí es como una costumbre. No es que cometa locuras para hacerla, pero para mí ya es una cosa sistemática; automáticamente la hago. Me gusta hacerlo (José 2)*

*Que es algo que debería ser lo mismo que las mamografías, lo mismo que irte al otorrino o al oculista al año, pues, oye, ¿por qué no ir a tal sitio cada x tiempo, si eres de tendencia..., no homosexuales, sino de tendencia de para acá o para allá?. Se sabe que tú estás metido más o menos ahí en el ajo. (Jaime 1)*

Tal como se representa la prueba, ésta se inserta además entre las prácticas que, en general, tienen que ver con el mantenimiento de un estado general saludable.

*Fue ya aquí (en Madrid) realmente cuando empecé a tomármelo como algo ya más regular. No sólo por el hecho de saber lo del VIH, sino también para saber cómo estoy del azúcar, cómo me estoy alimentado, cómo..., porque una analítica es una analítica, y al cuerpo de vez en cuando hay que escucharlo (...) Sí lo hago..., -más o menos- digo "Ya me toca". (Jaime 2)*

La posibilidad de resultar **seropositivos** suscita en ellos (como, en cierta

forma, es comprensible en gente tan luchadora) la imagen de nuevas tareas, relacionadas con la toma de medidas en el sentido de entrar en tratamiento médico (incorporando favorablemente las exigencias del tratamiento al repertorio preexistente de rutinas preventivas) y de readaptar sus relaciones sociales.

*Ay, no sé (qué haría si le saliera positivo). A luchar y a sobrevivir, ¡qué remedio!, ¿o no? (...) Mira, yo soy una persona con muchas ganas de vivir, ¿sabes?, soy muy fuerte,... y seguiría los tratamientos, me sometería a tratamientos. (José 1)*

*O sea, yo también lo hago (la prueba con regularidad) por saberlo, pero por la siguiente reacción mía, que tiene que ver con lo que es el tratamiento e incluso con pensar "Ya que estás infectado, no seas tan cabrón de infectar a más gente" (...) Y si (alguien) se la hace una vez al año, pues, muy bien. La cuestión no es que te la hagas, sino por qué te la haces, que sea para tratar eso. (Jaime 2)*

*Antes me asustaba (la posibilidad de ser seropositivo); ya no. Yo digo que ahora el que se muere de SIDA es porque quiere, porque yo creo que puedes durar muchos años, y puedes llevar una vida normal, cuidándote y protegiendo a otras personas ¿no?, es decir, no ir contagiando así... Antes era como un miedo, que se veía que el SIDA..., pero ahora no. Ahora hay muchos adelantos y gente que vive perfectamente con medicamentos (Ezequiel)*

Con respecto a la seropositividad, existe una idea conectada con la de control: si el cuerpo es una fortaleza inexpugnable para el VIH, la seropositividad depende de la voluntad del sujeto, de su capacidad de control, y el seropositivo en general no representa una amenaza particular. Desde este punto de vista, su percepción de las personas seropositivas está relativamente menos mistificada que en otros grupos (sobre todo, menos que entre los que responden a la racionalidad de

“los aislados”, de la “confianza” y de “los supervivientes”).

*Cuando voy a tener una relación ya doy por hecho que el preservativo va a estar ahí. Entonces, el hecho de preguntárselo, “si eres seropositivo”, no tiene nada que ver, ¿no?. Ahora, si me lo dice, mira, se agradece. Se agradece, pero no cambiaría en absoluto nada. La relación seguiría igual, porque por mucho que me lo diga (que no es seropositivo), pues... (Jaime 1)*

*Mira, yo he estado con una pareja seropositiva cinco años, y todas las prácticas que hicimos desde el principio (fueron seguras), porque él fue sincero y me lo comentó al primer día. Aunque no me lo hubiese dicho, hubiese hecho con él sexo seguro, es decir, lo tenía claro. Pues, he hecho todo tipo de experiencia sexual, pero todo con condón, y yo la verdad es que de maravilla. Sí, es verdad que al principio a lo mejor en ese tiempo me pude obsesionar un poco por repetirme la prueba, pero ya no... yo ya me olvidé, porque digo “¡Si es que es absurdo que me pegue nada, si es que lo que estamos haciendo, es que es imposible y aparte lo estábamos haciendo con condón!”... (Pablo, GDII)*

*[E: ¿Y le preguntaste lo del VIH...?] ¿A quién? [E: A tu novio] No, aún no hemos hablado del tema [E: ¿No?] No. De todas formas es que tampoco..., llevamos juntos hará cinco meses o algo así, y tres veces que hemos tenido penetración (ha sido) con precauciones, con condón [pausa] Y me dice que él se hace análisis y todo [E: ¿Sí, te lo dijo?] Sí, no me hizo falta ni preguntárselo (José 1)*

Con todo, resulta significativo que en su discurso, cuando se aborda el tema de la seropositividad, se aluda de forma espontánea a la existencia de un conjunto acotado de sujetos seropositivos en el que se encarnan comportamientos de contagio intencional y “perverso”<sup>12</sup>.

*Y yo me quedo muy flipado, porque hay gente que ve, que ve, que ve (la posibilidad de contagio), pero*

*no hace caso ninguno. Y hay gente que, por ejemplo, lo tiene y ya que lo tiene, por qué no va a transmitirlo. Que es la gente que realmente miente y me preocupa, ¿no?, porque la gente que tenga miedo a transmitirlo, pues, oye, no, pero hay gente que lo transmite “porque yo lo tengo”, porque son así. Y eso veo que está patente ahí (...) Hay mucha gente que le da igual, que le da igual todo. Le da igual tanto pillarlo como transmitirlo, ¿no? (Jaime 2)*

Cualquier comportamiento que ponga en peligro la salud tanto de sí mismo como del compañero sexual es –tal como ya se ha indicado– descalificado moralmente e interpretado como un acto de “locura”, “descontrol” o falta de “responsabilidad”. En este marco es en el que hay que entender la emergencia de ese discurso, en el que –por otro lado– no deja de ser reconocible un cierto “aire de familia” a partir de la reiteración de una representación fuertemente individualista de la existencia. En consecuencia, y dado que la pregunta sobre el estatus serológico del otro es el interrogante nunca explicitado pero siempre pensado como posibilidad, lo que estos sujetos “irresponsables” parecen comprometer es una norma implícita según la cual, en caso de seropositividad, se tiene la obligación de comunicar el serostatus al compañero sexual por una cuestión de “respeto” y reconocimiento de la “dignidad” de la “persona”. En última instancia, lo que está en juego es una representación particular del individuo y la existencia social.

*[E: ¿Tú tendrías relaciones con un seropositivo, sabiéndolo?] Yo tendría relaciones con un seropositivo sabiéndolo, pero.. Es que nunca se me ha planteado, pero yo creo que sí las podría tener (...) Pero,*

<sup>12</sup> El imaginario acerca de un origen absoluto y absolutamente maligno de la infección quedó fijado, en relatos periodísticos poco rigurosos de las investigaciones epidemiológicas iniciales, en la figura del ‘paciente cero’, recogida en *And the bad played on* de Randy Shilts (1987) y en la película homónima de R. Spottiswoode (1993). Generó críticas desde la propia epidemiología (Gmerk, 1989) y desde la reflexión de los movimientos gays: la película *Zero Patience* (1993) es, p.e., una respuesta a los componentes más ideológicos de esta construcción. Tanto el discurso como el contradiscurso en torno al ‘paciente cero’ han permanecido activos, aunque en sectores distintos –como vemos– del colectivo de HSH, y en el discurso oficial (Vide Villaamil, 2004).

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

*oye, decir "Soy seropositivo" no es como decir "Soy pelirrojo" o "Soy moreno", ¿no?. Incumbe que le puede pasar (a él) algo, e incumbe que a ti te puede pasar algo (...) Pero, bueno, son cosas que, por lo menos, se debe informar (...) Es que todo se basa en el respeto. Si tú respetas a una persona, ni tienes por qué preguntarle si es seropositiva ni tú tienes por qué ponerte en ninguna situación de riesgo (...) Lo que sí reconozco que haya mucha gente que se eche para atrás en estas cosas [E: Claro, quizá eso también está incidiendo en que se diga tan poco,*

*¿no?, en que no se diga ni a los amigos, como comentabas antes] Sí, pero a mí me da mucho miedo, porque también hay mucha gente que se tapa en eso y no lo dice por miedo a qué dirá la gente, ¿no?. Vale, puedes tener tus miedos, pero eso tiene que ser como otra salida del armario. La salida de decir "Mira, soy seropositivo"; y yo te puedo contar "Pues, bueno, yo tengo cáncer de pulmón", no tiene nada que ver una cosa con la otra, pero "¡Fíjate!, estamos los dos tocados". No tiene por qué ser nada del otro mundo. (Jaime 1)*

Este grupo desde un punto de vista epidemiológico y de salud pública no representa 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.

Existe una alta probabilidad de que llenen 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.

## 1. 2 La racionalidad de los aislados

Pertenece a una clase social media-baja, procediendo de clase obrera si son de Madrid o de sectores de la clase media rural (o de pequeñas ciudades de provincias) si no son nacidos en la capital. 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

límite entre un universo de relaciones sociales y de representaciones normativas en el que no encaja, y un medio gay con relación al cual carece de las disposiciones necesarias, porque no ha pasado por un proceso de socialización en él ni posee 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 “¡cómo 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*



La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

*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 curiosidad, 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)*

*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)

El riesgo de transmisión del VIH y, por tanto, la adopción de **medidas preventivas** 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, las reconstruyen como actos sin sentido, viviéndolas de forma culpabilizada:

*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. En estos casos, el **riesgo** es elaborado como algo he-

cho contra su voluntad y/o como una claudicación a ese afecto.

*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.

*[E-¿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)

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

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 de retrasar 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.

### 1.3 Racionalidad “gay” (o “gay central”)

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 ellos, 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.

*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, de armarizado. Con los curas, lo peor. Yo lo estaba pensando, yo no puedo trabajar más en un sitio de curas (...). Que J. (un amigo suyo) se pone muy histérico (ante el hecho de que él trabaje en un colegio religioso). Prefiero no ser tan histérico. 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 (de hacer esa “guerra”) es educando a los niños, mostrándoles un poco lo contrario de lo que les enseñan los curas. (Arturo 1)*

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 (esto es, de 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 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 (sus padres). Yo no he hablado con ellos del tema (...) Antes lo que tenía era miedo; ahora lo que me da es pereza, ¿sabes? Es un poco como que no quiero decir nada porque es que no creo que tenga que decir nada... Por mi planteamiento de vida, ahora no me cuestiono o me surge la necesidad, a lo mejor, de tener que decirlo. (...) Yo creo que conozco a mis padres y tal, y creo que ellos no serían (de) aquellos que me echarían de casa o me rechazarían. 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 encajarían; es decir, son ya mayores, tienen su forma de ver la vida, ¿no?, y cambiar los planteamientos 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, 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 identifica-

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

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

*Sí, sí que lo frecuento (el ambiente gay). Vamos, yo normalmente..., mi sitio habitual de salir con mis amigos y tal sí es Chueca. Y sí que salgo por allí y tal. (..) Es un poco como la contradicción: de una parte, sí, 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, ¡sí es que estamos viviendo en un mundo...!”. Ese tipo de cosas. Y, por otra parte, también (está) 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?(..) 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 (especialmente, la “preventivista”), 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 morirse, 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 hipochondríaco, 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 pílula 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, pecho de poco... (Mateo, GDII)

Si tenemos que prevenir..., o sea, no comemos pollo, por lo que pasa con lo de los pollos (se refiere a la epidemia aviar asiática), cuando la carne, por lo que pasó con la carne (se refiere al problema de "las vacas locas"), ¡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)

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 ... ¡Joder, si es que si se ha-

ce 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 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 (...) veo que necesito hacer más cosas y más cosas y más, o sea, hacer más variedad. Y cuando metes más variedad, (...) también hay posibilidad de que metas más riesgo, [Alfredo: uhum -asiente-] porque no te vale ya sólo el tití-tutú, y ¡jaja!... En fin, yo veo a la gente haciendo unas cosas (que son) de decir "Bueno, si esto es lo que te satisface, pues, bien, pero a mí como que no (me satisface)". (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 gays que tienen sus parejas y tal, pues, sí... pero ¿yo que sé?, los que no tenemos pareja somos muy promiscuos,

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

*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.

La ansiedad que provoca **la prueba del VIH** proviene 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, -tal como se ha dicho- en el discurso grupal que se constituye en dominante, el miedo no parece ser un motivo legítimo para no realizársela.

*Me da mal rollo (le inquieta hacerse la prueba). Y es una tontería. Cuanto antes acabes con esa sensación de mal rollo, pues, mejor todo, ¿no? Pero no (te haces la prueba). (Arturo 1)*

*Juan.- Tú mismo dices que a ti te da un poco igual (un resultado positivo en la prueba), [entonces] ¿por qué no te la haces?*

*Mateo.- Me da un poco igual, pero porque...*

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

*Mateo.- Yo soy el que más hincapié ha hecho en que ojalá se la haga todo el mundo y que sea obligatorio...*

*Juan.- Pero, bueno, precisamente por eso, háztela y quédate todavía más tranquilo, ¿no?*

*Mateo.- Es que yo ya te estoy diciendo que estoy muy tranquilo.*

*Juan.- Pues, quédate todavía más*

(Mateo y Juan, GDII)

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 “las 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, uff, 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...o 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 que algunos sujetos vivan 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. Dicho de otro modo, al percibir que para el grupo de referencia no hacerse la prueba del VIH es ilegítimo, y siendo conscientes de que pueden haber resultado infectados, retrasan su realización en una espiral de culpabilización y negación, que se puede prolongar durante años.

*Como una obligación (veo la prueba), 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 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 (el hacerse la prueba) (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 experien-



La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

cias, lo que implica cierta familiaridad con la enfermedad y también su drammatización.

*Yo informaría realmente de las terapias que hay ahora, del tratamiento, que son -yo creo- 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. (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)*

La perspectiva de tener contactos sexuales con seropositivos también está mediada por una concepción de la sexualidad en la que la experimentación adquiere tanta o más relevancia que la propia prevención. Aunque, para estos sujetos, no resulte en absoluto indiferente el status serológico de la persona con la que mantienen relaciones, lo interesante es reparar en sus reacciones al enterarse del (o sospechar el) serostatus positivo del compañero sexual cuando ello acaece en el mismo curso del encuentro, pues es entonces cuando se pone de manifiesto una definición de la situación que excluye su proyección hacia el futuro. A diferencia de lo que encontrábamos en el caso de los "preventivistas", las disposiciones temporales parecen ahora organizarse, incluso en lo que atañe a relacionarse con seropositivos, en torno a las exigencias marcadas por el "momento" del encuentro sexual.

*[E: ¿Has tenido relaciones sexuales con seropositivos?] Que yo sepa, no, y luego... con uno sí, ¡uhm!,*

*con uno sí. [E:¿Y cómo fue?] (...) Con mucha prevención: no muy a gusto. Fue en el Retiro, y fue rápido, fue una paja rápida. Sí, yo -a lo mejor- por la cara, por el exceso de delgadez... por eso lo intuí. A lo mejor no, a lo mejor estaba haciendo una severa dieta: ¡Simón del Desierto subido en la columna!. [E: ¿Fue así (como lo supiste), por la impresión?, ¿tampoco lo sabes con seguridad?] Exacto. [E: Pero ¿te da reparo...?] Me da reparo, sí, sí. No sé, me da reparo, claro. Puede ser peligroso, ¿no? [E: ¿Y lo piensas alguna vez cuando te vas a enrollar con alguien?] No. No lo pienso. No. En este chico fue muy evidente, porque le vi. Él tenía algo que me atraía, pero era muy evidente, ¿no? (...) Sí, para no besarnos o.. ¡prejuicios míos!. Había algo en él que no me invitaba a besarle, pero le besé porque... me pasó el sabor a Ducados. (Arturo 1)*

Quien pone en peligro de contagio del VIH a su *partenaire* por haber descuidado la confirmación de su propio serostatus no es objeto de valoraciones morales planteadas en los mismos términos de la racionalidad preventivista ("falta de respeto", "ir contra la dignidad de la persona"...). Llama la atención, por ejemplo, que cuando narran casos en que han estado expuestos al VIH en relaciones con compañeros sexuales de los que desconocían previamente su seropositividad, los relatos se centren sobre todo en las vivencias de pánico que experimentaron y/o en las reorientaciones de sus vidas que se plantearon a partir de entonces; lo reprochable no es tanto que no se dijera, sino que se mintiera al respecto, y sobre todo, que haya habido prácticas de riesgo sistemáticamente, lo cual, como sabemos, coloca fuera del grupo. A este respecto, se tiene la impresión de que sus juicios apelan menos a una quiebra de un orden moral abstracto que a una ruptura del normal desarrollo del juego social y sexual, de la norma grupal concreta. Pensamos que ello puede estar ligado al hecho

–ya señalado– de que, en los “gays centrales”, los preceptos de la norma preventivista entren con frecuencia en contradicción con la “norma vivida” y, de este modo, la primera (aunque aceptada como válida) vea mermada su capacidad de otorgar sentido a sus experiencias.

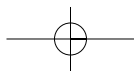
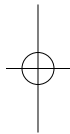
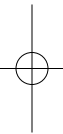
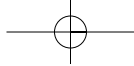
*Yo tuve una pareja durante un año, y nosotros dejamos de utilizar el condón, pues, a las dos semanas, (y así) durante un año. Follamos como locos, tanto él a mí como yo a él, y corriéndonos dentro y todo ese rollo, sexo oral, o sea, todas las posturas que te puedas imaginar. Nos fuimos a hacer la prueba. Yo recogí los resultados, él no, porque no pudo, porque tal..., porque en el fondo tenía miedo (...) Bah, pasaron siete, ocho meses. Fui otra vez a hacerme la prueba, él vino conmigo, y cuando se fue a hacer*

*por segunda vez la prueba resultó que el tío es seropositivo desde hace cuatro años; por lo menos, desde hace cuatro años. Y a mí cuando me lo dijo, dije “Ya está, Juan, ya está”, dije “Ya has metido la pata, tío”. Juro que soy negativo, y yo he follado con ese tío treinta mil veces de todo y no-me-lo-ha-pegado (...) Bueno, me hice la prueba, me la hice al mes, me la hice (de nuevo) a los tres meses, o sea, una paranoia, esos tres meses los he pasado peor que en mi puta vida.. [Carlos: ¿Y de eso cuánto tiempo hace?] Pues yo lo dejé con este chico hace año y medio o así. Por supuesto, después de aquello, aparte de otras cosas, dije “Mira, tío, yo lo siento mucho pero, por hijoputa...” [Alfredo: ¿Él lo sabía?] ¡Qué va!, no, no, no... [Alfredo: ¡Ah, si no lo sabía...!] No, no, pero es que, en fin, él me dijo que no había hecho unas cosas, que él jamás había hecho... ¡joder!, y según después noticias, e incluso él me lo reconoció, que el tío había sido...’ welcome to the party’, o sea, entra y disfruta (Juan GDII)*

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 las entrevistas y 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.

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.



### 1. 4 Racionalidad de la confianza

Se trata de jóvenes en proceso de definición de su identidad sociosexual. Son estudiantes o con estudios medios/superiores, y procedentes de la clase media. Continúan dependiendo económicamente de sus familias pero aprovechan las posibilidades de anonimato que ofrece Madrid para socializarse como gays con sus pares.

No han roto con la sociedad normativa, ni en términos materiales ni en términos de representaciones. No participan de las instituciones del *ambiente gay*, ausentes de su mundo de experiencias posibles, aunque tampoco elaboran un discurso negativo sobre ellas. De igual modo, en su caso, no se da una separación tajante entre los espacios de socialización gay y los espacios de relación sexual. Tienen una valoración muy alta de la pareja, como forma de relación normativa para su grupo de pares, por un lado, y como forma de ser gay, de socializar la sexualidad, por otro. Con todo, la pareja se entiende de un modo flexible, que incluye en un momento dado a la persona con la que es posible imaginar una relación más larga.

Dejar de usar preservativo supone reconocer que la pareja es de confianza, que ha dado una información fidedigna acerca de su pasado. En otro plano, ese mismo acto es un reconocimiento simbólico de que la persona forma parte del mismo grupo. Entre estos sujetos, la **prevención** de la transmisión del VIH se fundamenta, de forma clara,

en el par confianza-desconfianza, implícito en el discurso preventivo dominante.

*De hecho es más difícil (...) decirle 'te pones el preservativo', es como decirle 'no, no me fío de ti'. Sí que es algo importante, sí que se da bastante el caso de que me fío de él. (Ismael, GDI)*

Reconocen que tener confianza en la pareja como criterio para no usar preservativo no es una estrategia carente de riesgos, y admiten la importancia de conocer con seguridad el serostatus propio y el de la pareja. Sin embargo, ello no incide en un cambio de estrategia, ni en hacerse sistemáticamente la prueba del VIH antes de tomar decisiones acerca del uso del preservativo con la misma.

*El único riesgo, no sé si será grande, ha sido mantener relaciones de riesgo con mi pareja estable sin condón porque, bueno, podría haberme contagiado algo, o que él me hubiera ocultado alguna cosa. Bueno, de practicar sexo sin condón no me arrepiento: creo que había confianza y, bueno, así ha sido hasta ahora (Santiago 1)*

De hecho, 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, generando un círculo vicioso que parece difícil de romper. Tanto el uso del preservativo como dejar de usarlo están vehiculando valores y sentidos fundamentales para estos sujetos.

*Si sigo usando el preservativo con la pareja por mucho tiempo, sobre todo si es cerrada, implica como un punto de desconfianza, o sea, previendo que se va a romper, pero dejar de utilizarlo es un signo de querer quedarse en la pareja, de estar con ella y comprometerse a estar en ella cerrada (Ismael, GDI)*

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

El **ser seropositivo** coloca a los sujetos fuera de los límites del grupo, y les supone un problema extraordinario de cara a su entorno familiar. Un resultado positivo amenaza no sólo la relación con la pareja, sino la totalidad de la identidad social, por lo que un diagnóstico de seropositividad se les presenta como profundamente inasumible.

*Andrés- Y volviendo con lo de los sentimientos, pues, yo cuando me hice la prueba, pues, tuve antes un estrés terrible, ¿no?, y cuando te la hacen, es como las películas, te lo van sacando poco a poco (el informe del sobre)... Mi tipo de sangre es Rh positivo y yo, cuando vi "Positivo", me di un susto tremendo, pero era el tipo de sangre positivo y salió negativo todo, pero antes de eso ya piensas: "si estoy contagiado, pues, aunque haya tratamiento, ante todo es una enfermedad que te crea rechazo, no sé, socialmente y todo. Aparte, mi familia no sabía (que era homosexual), y si lo tengo, pensé en llegar hasta suicidarme. ..*

*Joaquín- Es que yo creo que, por ejemplo, de cara al tema laboral, de cara a tus amigos, es algo que es mas fácil ocultar, pero con las personas que tú convives y tienes que tomar un tratamiento cada ocho horas, si tu vives con tu padre o con tu pareja, van a ver que cada ocho horas te tomas una pastilla. (Andrés y Joaquín, GDI)*

De igual modo, incluso reconociendo que sería incorrecto discriminar a un seropositivo, no tendrían relaciones sexuales con él y, menos aún, lo considerarían como posible pareja.

*Andrés- No yo no lo haría (tener relaciones con un seropositivo). Aunque tome todas las precauciones, pero tienes ese temor. No lo haría, aunque tome todas las precauciones...*

*Lucas- (...) Si estoy con una persona seropositiva, también se me puede romper el condón y puede haber probabilidad de contagio, aunque lo esté utilizando. O sea, el riesgo sigue existiendo, no lo consigues eliminar.*

*Ismael: Voy a plantear una cosa. Por ejemplo, tú no sabes que la persona es seropositiva..., o sea, se ha roto el preservativo y tú no sabes que esa persona es seropositiva y, en realidad, lo es, entonces, el riesgo es exactamente el mismo...*

*Javier- Pues, si ya tienes dudas y miedos sin saberlo, si lo sabes, ese miedo, esa duda, se multiplica, aunque el riesgo sea el mismo y las posibilidades sean las mismas..*

(Andrés, Lucas, Ismael y Javier, GDI)

En los casos en que se realizan **la prueba** del VIH al iniciar una relación de pareja, está vigente la misma lógica centrada en la confianza, pero proyectada hacia el futuro: ahora lo que está en juego es la confianza en la fidelidad futura de la pareja.

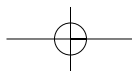
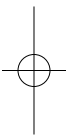
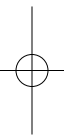
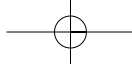
*Yo planteé el dejar de usar preservativo, y hacérsela (la prueba del VIH) como una forma de certificado entre comillas. Bueno, empezamos y hoy estamos, entre comillas, limpios. (Ismael, GDI)*

La prueba representa así un "certificado", una garantía de compromiso, que permite hacer un 'borrón y cuenta nueva' simbólico que es altamente valorado. Una vez rota la pareja, la percepción de riesgo aflora con fuerza. Se hace consciente la posibilidad real de haberse infectado, que es también la de haber sido engañado.

*Con parejas esporádicas no he tenido ninguna práctica de riesgo, pero con una pareja estable, después de un tiempo dejamos de usar protección porque yo confiaba (en) que esta persona era seronegativa. Me había dicho que no había tenido nunca prácticas de riesgo, pero (...) me ha podido engañar; entonces, debería hacerme la prueba, ¿no? (...) Entonces, es como que tienes que ir, pero siempre: "dentro de un mes, dentro de..., ¡ya iré!", ¿no? (Lucas GDI)*

Los mensajes dirigidos a este colectivo deberían desmontar el par confianza/desconfianza, subrayando la limitación que supone para la capacidad de decisión y autonomía del sujeto. 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.

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.



### 1.5 Racionalidad de “los supervivientes”

Grupo interclasista compuesto por sujetos de avanzada edad que se relacionan con otros HSH en torno a la característica común de ser usuarios de la prostitución. Se encuentran doblemente excluidos: ante la sociedad normativa, en la medida en que asumen y reproducen el estigma de la homosexualidad; y ante la sociedad gay, por falta de afinidad con el estilo de vida de los jóvenes que la componen, ante los que carecerían de atractivo físico y sexual. Comparten una experiencia generacional y concepciones acerca de la relación sexual entre varones (en términos de *vicio* y prostitución, de sexualidad *desviada* o *anormal*, y construidas a partir de la subordinación a los valores de la normatividad heterosexual), así como las formas de gestionar su visibilidad como homosexuales (que va desde la inhibición de la expresividad corporal hasta el ocultamiento de la orientación sexual). Han incorporado valores que podemos describir como situados en un eje masculinidad/feminidad, relacionados -como no parece estarlo en los restantes grupos- con la actividad/pasividad en la relación sexual.

Las desigualdades en términos de poder que estructuran las relaciones sociosexuales entre estos sujetos, marcan también sus **prácticas preventivas**. En el caso de identificación con roles masculinos, prescindir del preservativo puede señalar la posición de poder, articulando sentidos de independencia y superioridad frente al compañero sexual.

*Uno (un trabajador sexual) me dijo que me pusiera el preservativo y digo ‘Si yo me pongo el preservativo, va a ser el preservativo el que te va a pagar, porque no me la chupas a mí, lo que estás chupando es una goma’.* (Leonardo 2)

Para quienes se identifican con valores femeninos, se observa 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 pasivo tiene el riesgo de que se le corra. El activo no, el activo lo que hace es dejar la semillita, pero no la recoge.* (Valentín 2)

El **riesgo** se asocia a estilos de vida ajenos, así como a las relaciones con ciertas personas moralmente reprobables o a entornos y lugares percibidos como de baja condición, más que a las prácticas de riesgo mismas. En concordancia con ello, las relaciones sexuales seguras se convierten a sus ojos en signos de distinción/educación. En especial, el *ambiente* gay 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.

*Una persona que esté bien educada se va a echar un polvo, hablando en castellano, y lo primero que se le ocurre es eso, lo del condón...* (Julián, GDIII)

*Mis amigos se han muerto todos. Yo cuando venían, no hacía lo que ellos. (...) ;Yo no lo hacía!, porque yo tenía un horario; entonces, llegaba una hora de los pubs, y yo me iba para mi casa. Ellos tenían que meterse a la sauna.* (Marcelino, GDIII)

Desde la identificación con valores ‘femeninos’, la protección y el cuidado de



La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

sí son muy apreciados y, por el contrario, asumir riesgos algo innecesario e inaceptable, salvo en circunstancias no percibidas como arriesgadas o altamente satisfactorias.

*Ya me encargo yo de ponerlo. No estoy esperando a que me lo pongan, me lo pongo yo siempre (...). Igual que una mujer para no quedarse embarazada, o lo controla ella o... (Valentín 2)*

En cuanto a la percepción del **seropositivo**, se combinan dos órdenes de cuestiones: por una parte, el carácter instrumental y limitado de las relaciones que mantienen con sus pares HSH; por otra, el empleo de una serie de estrategias simbólicas para situar a los seropositivos en zonas y estilos de vida ajenos a los propios.

*Yo creo que hay varios factores (de contagio): que la persona tenga una genética más bien débil, que haya muchísima promiscuidad, que haya un desmadre en el tema, digamos, de quemar la vida, en el tema drogas, alterne, trasnochar, y sobre todo promiscuidad. (Enrique 2)*

De ello se deriva que, a pesar de haber estado próximos a personas que han muerto a causa del SIDA, el seropositivo no resulte una figura real, ni tenga valor de amenaza cierta la posibilidad de serlo uno mismo. A ello se unen, como justificación al reconocimiento de una infección posible, representaciones sobre la predestinación de las trayectorias vi-

tales combinada con una percepción de propia invulnerabilidad, acentuada por el hecho de que, al menos hasta el momento, han resultado seronegativos.

*Yo, ahora, ya no le doy tanta importancia. Igual que te puede venir eso, te puede venir un cáncer (...) Y yo creo que es un poco la rueda de la fortuna. (Enrique 1)*

La realización de la **prueba** del VIH se relaciona con los roles de género, el riesgo y las prácticas más seguras. Desde posiciones 'masculinas', poseer un cuerpo saludable, sin signos visibles de enfermedad, así como el bajo riesgo asociado a la penetración activa, hacen de factores desmotivadores. Existe el peligro –como vimos en otros grupos– de que un resultado negativo confirme este conjunto de significados y convicciones.

*No me como el coco, no estoy todos los días pensando en que estás mal. Cuando comes bien, duermes bien, no tienes fiebre, tienes buena tensión, ¡eh!, oye, no se puede uno estar amargando. (Enrique 3)*

Desde posiciones de 'feminidad', la prueba del VIH se inscribe en las rutinas de cuidado de la salud, y parece ser más frecuente que en el caso anterior. Insistimos en que un resultado negativo refuerza los sentidos desde los que se interpretan e incorporan los mensajes de prevención.

Dado que son personas difícilmente accesibles desde las instituciones gays, 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.

Por más que idealmente la estrategia más eficaz pudiera ser la de trabajar sobre los valores de género, nuestra recomendación sería acomodar los mensajes 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.

## 2. Resumen de las problemáticas específicas relacionadas con la prueba y las distintas racionalidades

A continuación presentamos una síntesis de los principales resultados correspondientes a las distintas racionalidades estudiadas, prestando especial atención al hecho de que bajo una misma problemática con relación a la prueba del VIH subyacen diferentes lógicas y procesos sociales que le dan sentido:

**2.1. Personas que no se han hecho la prueba teniendo la posibilidad objetiva de haber estado expuestos al VIH.** Estas son: a) HSH que ponen en cuestión haber estado en riesgo en un intento de alejarse de una eventualidad que les resulta atemorizadora, y b) HSH que saben que han estado en riesgo pero que anteponen la gestión de la incertidumbre a la realización de la prueba. Tras estas estrategias de distanciamiento hemos detectado diferentes racionalidades:

- La que se presenta especial, pero no exclusivamente, entre los HSH más jóvenes que han tenido relaciones de penetración anal sin preservativo en un contexto de “confianza” sin conocer con certeza el sero-estatus de la pareja. Son aducidas consecuentemente razones que tienen que ver con las características de las parejas (‘era joven’, ‘conocía a las personas con las que se había acostado antes’) y con la naturaleza de la relación (‘hay confianza’, ‘somos fieles’). Es común que, en estos casos, se realice la prueba una vez rota la relación.

- La de los ‘gays centrales’, en un despliegue que tiende a salvaguardar su autonomía y su inclusión en el grupo de pares, puestas en peligro por un resultado positivo.
- La de las personas aisladas, según una racionalidad algo distinta: un posible resultado positivo no sólo tendría repercusiones en su aislamiento con relación a otros HSH, sino que igualmente tendría graves consecuencias de cara a garantizar las bases de su subsistencia.
- Y la de las personas mayores que hacen uso de la prostitución. Se trata de alejar la inquietud que genera la incertidumbre, bien atribuyendo el riesgo a otros, calificados por criterios morales no aplicables a sus propias prácticas, bien aludiendo a un buen estado de salud entendido en términos de potencia física.

Siempre que se contacte con estos sujetos, hay que aprovechar la oportunidad de efectuar el counseling preventivo encaminado a facilitar estrategias de cambio hacia prácticas más seguras y para promover la realización de la prueba.

**2.2. Personas que se realizan la prueba del VIH después de haberlo diferido por un tiempo más o menos prolongado.** Cambios en las circunstancias sociales y familiares de los sujetos, tales como el entrar en una relación de pareja, el romper una relación de este tipo, la presión de los amigos o la aparición de un problema de salud en un contexto de preocupación por la posi-

bilidad de ser seropositivo, son otros tantos motivos que pueden llevar a los sujetos a hacerse la prueba.

**2.3. Personas que se realizan la prueba del VIH con cierta regularidad porque tienen asimismo prácticas de riesgo con alguna frecuencia.** Algunas de ellas –tal como se apuntó en páginas precedentes– pueden estar utilizando la prueba como modo de confirmar que sus estrategias de prevención son correctas y/o suficientes cuando, en realidad, pueden estar exponiéndoles al VIH. Hemos encontrado casos extremos de esta lógica entre:

- Sujetos de clases medias y altas que se identifican con la comunidad gay y que, como vimos, se inscriben en un contexto de valoración de la sexualidad y de la experimentación sexual como ámbito de expresión de la autonomía personal.
- Sujetos de edades avanzadas entre los que el no-uso del preservativo vehicula sentidos asociados a la construcción de la identidad masculina y al manejo del estigma que pesa sobre la homosexualidad: en un extremo, se asume riesgos como signo de virilidad, se vincula la potencia física con la invulnerabilidad a la infección y/o no se usa el preservativo como signifiante de dominio; y en otro extremo, el no usarlo o, más bien, el no pedir su uso pasa a significar entrega, afecto e incluso humillación.

Sin embargo, –como se ha indicado– ello no quiere decir que elementos de

la misma lógica no estén presentes en otros sujetos. En realidad, parece que un resultado negativo puede condonar simbólicamente lo que es percibido como una ‘falta’ o como una práctica que expone a la infección. Se puede señalar como caso límite el de los entrevistados más jóvenes que, habiendo cesado en el uso del preservativo con la pareja, se hicieron la prueba a posteriori, esto es, al romperse la relación, y habiendo resultado seronegativos reforzaron sus ideas acerca de que sus prácticas pasadas se habían basado en asunciones correctas.

Conviene no perder de vista que se trata de prácticas y actitudes ante la prueba del VIH que, desde otro punto de vista, son estrategias de autoatención con las que los sujetos tratan de hacer compatibles prioridades diversas, haciéndose comprensibles en los contextos y desde las determinaciones desde las que actúan, de modo que los agentes de intervención deben aceptar que, en algunos casos, los sujetos van a correr riesgos, por lo que las líneas de actuación más fundamentadas son las encaminadas a minimizarlos más que a eliminarlos. Así, una vez revelado que se está dando un uso de la prueba que es inadecuado desde el punto de vista de la eliminación de riesgos, la intervención debería ir encaminada a encontrar un equilibrio entre, por una parte, el intento de hacer conscientes en el sujeto las bases de su percepción del riesgo con mensajes y tácticas modeladas en función de su racionalidad subyacente y, por otra parte, una buena comprensión de sus estrategias sociales, incluidas las que

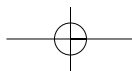
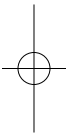
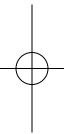
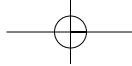
orienta a negociar cierto grado de riesgo. Fundamentamos esta sugerencia en el hecho señalado más atrás de que esas bases no siempre son conscientemente asumidas, de forma que los sujetos también pueden estar actuando bajo condiciones socioculturales que les restan autonomía, por más que se deban respetar y comprender las necesidades que sus estrategias sociales satisfacen. Esta reflexión implica, desde luego, una trasgresión de algunos presupuestos básicos del modelo médico “tradicional”, que puede aceptar mal una solución que no es la óptima más que desde la perspectiva de los propios HSH. Ello debería tenerse en cuenta en la formación de los distintos profesionales tanto en counseling en el contexto de realización de la prueba como, en general, en counseling preventivo.

Es preciso subrayar que, entre los sujetos de los que hemos hablado hasta el momento, cuando acuden a hacerse la prueba, se encuentran con una disposición y receptividad excelentes para tratar con toda franqueza aquello que les ha llevado a exponerse a la infección por VIH.

**2.4. Personas sin prácticas de riesgo que se realizan la prueba del VIH regularmente.** Se trata sobre todo de los HSH que incorporan la identidad gay desde valores distintos a los dominantes y no se identifican con los modos

de socialización del ambiente, es decir, principalmente de los anteriormente denominados preventivistas. Su rasgo diferenciador no es tanto el no haber encontrado un entorno humano en el que socializarse como gays, sino el haber roto con su medio social de origen. Individualistas, su estrategia de construcción de la identidad pasa –como vimos– por la prevención del VIH en la medida en que el sexo legitimado es el sexo seguro. Es una estrategia precaria que puede tener bastante que ver con factores contextuales, como el mantener una trayectoria social ascendente.

En lo que atañe a estos sujetos, la tarea de los agentes de prevención (especialmente de los médicos de Atención Primaria y de los centros de ITS) debería consistir básicamente en reforzarles, no en disuadirles de que se hagan la prueba, porque es probable que requieran ese refuerzo y que no sea inútil proporcionárselo, incluso en los casos en que no declaren prácticas de riesgo o no existan motivos clínicos que hagan recomendable su realización: estos sujetos –como los demás– son inestables, de modo que a largo plazo no pueden excluirse situaciones en las que caigan en depresión o, simplemente, en desánimo. Por otra parte, también ellos suelen entender un resultado negativo de la prueba como una confirmación de lo correcto de sus estrategias de prevención del VIH.



### 3. Aspectos transversales a las diferentes racionalidades

Pasamos a referir algunas cuestiones de interés que han aparecido de modo transversal a los diferentes tipos de racionalidad, tanto en los discursos de los entrevistados como los grupos de discusión y las sesiones de observación.

#### 3.1 Imagen del seropositivo y la seropositividad.

Las representaciones en torno a la figura de la persona seropositiva o enferma, y las que el sujeto elabora sobre las consecuencias de un resultado positivo en la prueba del VIH, resultan de una gran importancia en la comprensión de las actitudes y prácticas que pueden llevar al retraso de la prueba. A pesar de las campañas dirigidas a evitar la discriminación de las personas que viven con el VIH, estas representaciones continúan marcadas por una potente carga simbólica negativa, incluso entre los sujetos que no se realizan la prueba a pesar de haber tenido prácticas de riesgo.

*Un día en la sauna... pues llegaron los del X. (seropositivos vinculados a una asociación gay), llegaron como veinte, y yo me salí. Yo de los dos conocidos me hice el sueco, como que no les vi, y enseguida me duché y me marché. Lo que no me gusta..., yo lo tolero, yo no digo nada a nadie. ¡Allá cada cual, que con su vida haga lo que le dé la gana!, ¡pero llegar como veinte personas del X. a mariconear a una sauna, a estar 10, 12..., todos juntos, con esos sidas...! , porque, claro, conocía a dos, pero conozco a todos de vista, entonces, el que más y el que menos, aun siendo homosexuales, huimos de todo eso. Entonces, ¡dime tú a mí esa gente! No sé si se ponen preservativo..., en el caso de los que yo conozco sí, tienen cuidado, llevan muchos años con sida, pero habrá algunos que no se pongan ni preservativo. (Marcelino, GDIII)*

Asimismo, puede estar incidiendo en la predisposición a prácticas que pueden exponer al VIH, en la medida en que pedir el uso del preservativo parece implicar una insinuación de que la pareja sexual es seropositiva. Cuando se quiere estrechar la relación con otra persona, se desencadenan procesos que pueden restar a ciertos sujetos capacidad de negociación llegado el momento de decidir acerca del uso del preservativo. En este sentido, se presenta como necesario reiniciar las campañas de normalización de la situación de seropositividad.

#### 3.2 Percepción de la prueba como punto final

No como inicio de una etapa. Especialmente entre los sujetos que no se realizan la prueba, un diagnóstico de seropositividad implica, en cierto sentido, la muerte social, la puesta en riesgo de una identidad social ganada a menudo con esfuerzo. También se pone en peligro el sentido de pertenencia a un grupo que continúa manteniendo una relación de exclusión con los HSH seropositivos.

*Ciro: Mucho miedo (le produce pensar en ser seropositivo). Pero no a la enfermedad en sí, porque ahora mismo, ¿sabes?, si lo pillan a tiempo, lo puedes controlar con tratamientos, (...) pero es más el miedo a decírselo a tu familia, decírselo a tus amigos...*

*Lucas: Yo no veo que con tratamiento te vayan a solucionar el tema. A mí me da mucho miedo, que si te contagias y luego tienes un tratamiento, luego las medicinas las rechazas o, como los virus mutan, ¡vete a saber tú si el virus muta dentro de un tiempo!, (...) y, a lo mejor, piensas que el tratamiento dentro de un tiempo ya no será efectivo.*

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

Joaquín: *A mí, desde luego, no me relaja nada (saber que existe una terapia antirretroviral), o sea, si estoy infectado, estoy infectado con todas las consecuencias: que se me puede desarrollar la enfermedad, el rechazo de la gente.., o sea, todo.*

Ismael: *Se te trastoca toda la vida, o sea, aunque funcione la medicación, causa muchos inconvenientes y efectos secundarios. Mira, yo soy malísimo para mantener el régimen de un tratamiento y tener una constancia, o sea, si al cabo de cada ocho horas tengo que tomar una pastilla -y en este caso se exige mucha fidelidad al tratamiento-, una de las cosas que me he planteado es cómo podría yo estar a base de pastillas y de medicamentos a un ritmo preciso si soy incapaz de tomarme un jarabe cada ocho horas.*

Lucas: *A mi otra cosa que me da por pensar a veces es la financiación económica del Estado a los tratamientos. Piensas que el Estado ahora te lo subvenciona pero, a lo mejor, el día de mañana ocurre cualquier catástrofe y se hunde la economía, y el gobierno ya no tiene para dártelo, y te mueres sin ello aunque esté ahí.*

(Ciro, Lucas, Ismael y Joaquín, GDI)

Ello está relacionado con el punto anterior, puesto que esa asociación seropositividad-ostracismo es tanto más firme cuanto más mistificada está la figura del seropositivo (amenaza desencarnada). De ahí se deriva la necesidad de remarcar en los mensajes de prevención las posibilidades de acción que se abren a partir de un diagnóstico positivo. No se trata de lanzar mensajes que banalicen las consecuencias de la infección por VIH en términos de pronóstico médico, sino de hacer asumible la condición de seropositivo en términos sociales y de estilo de vida en el trabajo individual con los sujetos.

### 3. 3 Información suficiente.

No se ha visto que la carencia de información, tanto respecto a prácti-

cas de riesgo como a cuestiones prácticas relacionadas con la prueba, tenga una incidencia en la intención de hacerse ésta. De hecho, llama la atención el grado de sofisticación de los conocimientos que manifiestan poseer los sujetos entrevistados. Cabe puntualizar que siguen generando incertidumbre el sexo oral no protegido y la duración del 'periodo ventana', indudablemente porque se han recibido informaciones contradictorias al respecto.

[E- ¿Por qué le tienes tanto miedo a la prueba? Decías que tenías pánico...] *Sí, pero supongo que también (es) por hiponcondríaco, es decir, a lo mejor tenía sexo oral con un chico y me mordía el labio sin querer y me hacía una heridita, pues, ya... Claro, porque leía en el periódico 'El sexo oral no es práctica de riesgo', y al año leía en el periódico que habían experimentado con ratas y que el sexo oral, pues, sí podía ser práctica de riesgo; entonces, no sabía muy bien a qué atenerme. Hay cosas que es evidente que son prácticas de riesgo, pero hay otras que no. No se define de forma clara-clara-clara qué es práctica de riesgo; entonces, no sé a qué atenerme, porque no sé si he hecho práctica de riesgo o no he hecho práctica de riesgo. Por ejemplo, hacer yo sexo oral a un chico, evidentemente no estamos hablando de eyaculación en la boca en ningún momento, solamente de sexo oral, a mí eso, por cosas que he leído, en ningún momento me ha quedado claro si es práctica de riesgo, si puede llegar a serlo. (Juan Carlos)*

Una cuestión diferente es el modo en que los sujetos incorporan esas informaciones a sus propias estrategias identitarias, lo cual sí que puede incidir determinadamente en los aspectos señalados. Así, la forma en que se manejan estas incertidumbres dependerá —como se verá— de las estrategias de confrontación del riesgo y de protección frente a la infección.

### 3.4 Ausencia de percepción de barreras para el acceso a la prueba.

La práctica de la prueba no es presentada como problemática para los sujetos ni en lo que respecta al tiempo de espera ni a los horarios ni a la específica interacción con el personal sanitario, salvo en lo que se refiere a la confidencialidad (ver siguiente punto). Por otro lado, las diferentes opciones existentes para practicarse la prueba del VIH, en particular los centros públicos donde se realiza de forma anónima y gratuita, son bien conocidos por quienes llevan un cierto tiempo socializándose como gays. Sin embargo, no es así entre los que están en proceso de definición de su identidad sexual, bastantes de los cuales desconocen su existencia. Las declaraciones de la mayoría de los sujetos estudiados ponen de manifiesto que los canales para dar a conocer estos centros son suficientes; ahora bien, no por ello deja de haber algunas personas que los desconocen, por lo cual no estaría de más mantener en los folletos de información general menciones a los mismos, así como en otros canales, como los teléfonos informativos.

*Mira, muy importante no debe ser el centro ése de Sandoval porque yo ni me he enterado de que existía. Ni me he enterado. Yo, como todos y como mucha gente, tenemos experiencias, tenemos relaciones y ahora me he enterado de que hay ese centro de Sandoval. [E- ¿Te estás enterando ahora?] Ahora. ¿Por qué me he enterado ahora, haciendo esto (la entrevista)? Hay mucha gente que no se enteró porque..., porque no se enteró. No lo saben porque no tratan el tema con las amistades, porque no es un tema que trates con los amigos. (Jaime 1)*

Entrando en el tema de la interacción que se produce entre usuario y profe-

sional, hay que comentar que si bien algunos HSH manifiestan una cierta incomodidad con la necesidad de hacer explícitas cuestiones que se perciben como íntimas, no por ello han dejado de hacerse la prueba ni muestran que ello suponga un obstáculo considerable. Esto se debe -a nuestro entender- a que el encuentro terapéutico se identifica como contexto adecuado para la realización de la misma, por extensión o porque se la realizan efectivamente a sugerencia de su médico. Un contexto que se caracteriza habitualmente por ser universal, en el sentido de que no admite variaciones basadas en las circunstancias particulares de médico y usuarios; por una trasposición un tanto mecánica del modelo del diagnóstico clínico, en el que -por analogía- las prácticas de riesgo serían los síntomas, y la información, el tratamiento; y por ser asimétrico en cuanto a las posiciones relativas de los actores sociales, es decir, en el sentido de que el médico “sabe” y el otro “debe ser informado”. Para poder ahondar en esto se precisaría una investigación más amplia que la que hemos realizado; no obstante, el análisis de los relatos de los sujetos estudiados nos permiten intuir que una relación de este tipo tiene ventajas en algunos casos, pero también inconvenientes. Entre las primeras está el hecho de que la realización de la prueba tiene lugar en una situación que se mantiene dentro del orden de las “situaciones familiares”, conocidas y reconocidas, lo que la hace menos amenazante. Pero no puede olvidarse que, en ese encuentro terapéutico, se está dando curso a informaciones que pueden ser delicadas, de modo que en la consulta es especialmen-



te importante garantizar la confidencialidad y el anonimato, así como que el médico subraye este hecho de cara a tranquilizar al usuario y resolver las dudas que pueda tener aunque no las explicita. Por otra parte, uno de los inconvenientes más evidentes de esa relación, en especial de su asimetría, consiste en que los usuarios, aunque no entiendan –por ejemplo- la finalidad de algunos de sus aspectos, como la que pudiera tener el cuestionario que se les pide contestar en los centros donde se efectúa la prueba de forma anónima y gratuita, lo respondan sin más aunque sólo sea porque sobrentienden que de ello depende que se la realicen o no. En nuestra opinión, y con respecto a este tipo de cuestionarios, esa finalidad debería ser mejor explicada, incluyéndose la posibilidad de no contestarlos y dejando claro que sus resultados no van a tener incidencia en que la prueba se autorice, para hacer frente así a la creencia extendida de que podría tener tal consecuencia.

*[E-¿Quién te atendió en Sandoval?]. Un doctor me hizo un cuestionario..., el tema de las pruebas me las sacó un señor mayor, y los resultados de las pruebas me los dio un doctor... Me pareció muy mal el cuestionario. No me ofendía ninguna pregunta, pero sí me sorprendió que el cuestionario fuera así. Me imaginaba que el cuestionario iba a ser mucho más discreto, pero no, te preguntaban directamente '¿Has penetrado o te han penetrado?', o cosas de ese estilo (Juan Carlos)*

Por otro lado, la percepción que los entrevistados tienen es que dicho encuentro sigue la siguiente secuencia: se les pregunta intensivamente por sus hábitos y prácticas, después se entre-

saca -de entre éstos- los incorrectos, y finalmente se les informa de lo que han de hacer para mejorarlos. El esquema, como se ve, es el de la consulta “tradicional”, pero también el del examen escolar: el paciente/alumno expresa sus conocimientos, éstos son retraducidos como síntomas/identificación de falsas percepciones, mitos o errores, y de ello se concluye una terapia/mensajes de prevención. Insistimos en que no conciben dicha situación como problemática, pero –desde nuestro punto de vista- esta forma de implementar el counseling no tiene en cuenta ni siquiera los aspectos positivos de la revisión más reciente del modelo propuesto por los CDC. Con todo, vemos razones de peso para sugerir más a menudo y más generalizadamente que se recomiende la posibilidad de hacerse la prueba en la consulta de Atención Primaria, y que las autoridades sanitarias se impliquen: para los sujetos que puedan estar pensando en ello (en general, todo el que ha tenido prácticas de riesgo), una sugerencia del/de la médico puede ser decisiva, y la asimetría de la situación constituiría en este caso una ventaja. En definitiva, aunque no nos parece evidente que la prueba del VIH tenga que ser realizada exclusivamente por médicos o personal sanitario, pensamos que la realización de la misma en un contexto que entañe la relación médico-paciente puede ser un momento especialmente apropiado para intervenir en los sujetos más indecisos cuando finalmente toman la decisión, tal como confirman los estudios internacionales.

### 3.5 El anonimato y la confidencialidad continúan siendo un tema de preocupación para los sujetos.

Aunque por distintas razones. Entre los más jóvenes esto es comprensible desde la preocupación de ver revelada su condición sexual en su entorno familiar, frente al cual mantienen estrategias precarias de manejo de la visibilidad como gays. Es ésta una cuestión que se muestra aún más acuciante en el caso de la Atención Primaria, puesto que es frecuente que los sujetos compartan médico con otras personas significativas, particularmente la familia, ante la cual –como se ha indicado– tienen interés en manejar con discreción la visibilidad de su condición de HSH.

*Pues, yo ese miedo reverencial al médico no lo tengo. Yo tengo una médica, que me cambié porque yo prefiero tener una mujer. Me da mas confianza y, en concreto, la que tengo yo es muy maja y, bueno, le cuento todos mis problemas cuando voy, que no es una relación de médico.. (...) Que cuando tenía médico hombre era bastante antipático y era así muy especial. Y yo sí tengo claro que si me voy a hacer la prueba va a ser por esa médica, pero el problema no está en ir al médico. El problema está en decirle a mi madre. Me pregunta “¿a dónde vas?”, y ¿qué le dices?. Y le digo “al médico”, y pregunta “¿para qué?, ¿acaso estás enfermo?, ¿te pasa algo?”. A mí me da más miedo eso que el médico en sí. No sólo el médico, también si hubiera ido a Sandoval, también. (Joaquín, GDI)*

En general, recalcan la discreción y el comportamiento moralmente neutral de los médicos a este respecto; con todo, no deja de relatarse alguna que otra situación en que las cosas no han sido así:

*Yo cuando me hice la prueba fue muy curioso, porque fui al médico maxilofacial, porque tenía proble-*

*mas con las encías y estaba con mi madre al lado y dice “es que su hijo o tiene hepatitis o tiene sida, [risas] que se haga las pruebas”, y yo dije “¿pero qué me está contando?”(...) Bueno, desde entonces no he ido nuevamente al mismo médico maxilofacial pero, vamos, fue una odisea. Ya ves, ¡esa confidencialidad aquí guay, entre el médico y el paciente!. No, no, no, en serio, porque no estaba la familia entera aquí, ¡que si no...! (Héctor, GDI)*

Entre los de mediana edad, la existencia de centros donde se realiza la prueba del VIH anónimamente es garantía de que un resultado positivo no será utilizado por las autoridades, empleadores, etc. de una manera que escape a su control, una cuestión que preocupa incluso desde una perspectiva politizada. Entre los más mayores esto se entiende mejor como desconfianza hacia cualquier forma de control que provenga de instancias oficiales, que es el resultado de una trayectoria de exclusión e incluso abuso por parte de la sociedad normativa.

*Ernesto- La Seguridad Social tiene una base de datos de todas las personas seropositivas. Sabes que la medicación la administra la Seguridad Social... y, entonces, claro, tú vas al hospital a por la medicación, tienes que presentar tu tarjeta sanitaria, tienen todos tus datos. Ahora en los hospitales hay carteles -como ese cuadro de grandes- con el derecho que tenemos todo ciudadano a la confidencialidad de datos, pero si la Seguridad Social tiene una base de datos con todas las personas seropositivas, para mí no existe esa confidencialidad, porque yo te puedo decir que empleados del Ministerio saben de gente, como empleados ¡eh!..., saben de gente que es seropositivo sólo por esa base de datos.*

*Miguel- ¿Es decir que es pública dentro de la Administración?*

*Ernesto- No pública: chivata, chivata, porque si tú trabajas en el Ministerio de Sanidad, tú te metes en esa base de datos y, a lo mejor, mira, si tienes duda de tu vecino del quinto, miras y te has enterado que tu vecino del quinto...*

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

Miguel- *Pero tienen que tener informatizados esos datos, yo lo comprendo. No tienen otra forma de hacerlo.*

Ernesto- *¡Cómo que no!*

Víctor- *El gobierno español está obligado a comunicarlo a la OMS.*

Ernesto- *Pero una cosa es estadísticas con números, y otra cosa es estadísticas con edades, con domicilios, con números de afiliación a la Seguridad Social...*

Pablo- *Pues, eso debería estar prohibido.*

Ernesto- *Todos sabemos que hace años en el momento en que una persona salía seropositiva la despedían del trabajo, y la marginaban en el trabajo, en la familia..., y no sólo en el entorno familiar, sino en el entorno de amigos, etc., etc. (Ernesto, Miguel, Víctor y Pablo, GDIII)*

En definitiva, no parece estar de más mantener en las informaciones difundidas una referencia clara y explícita a las garantías de confidencialidad que ofrecen los diferentes centros e instituciones en las que se realiza la prueba.

### **3.6 Otras estrategias para realizarse la prueba del VIH**

Señalar, por último, la frecuencia con que se emplean otras estrategias para realizarse la prueba del VIH más allá de solicitársela al médico de Atención Primaria o acudir a centros en los que se practica anónima y gratuitamente, como pueden ser el hacerse donante de sangre, el aprovechar las pruebas médicas ligadas a la práctica de un deporte o a las intervenciones quirúrgicas, etc.

*[E- ¿Te has hecho alguna vez la prueba del VIH? Yo..., yo soy donante de sangre, pero no soy donante voluntario. Yo soy donante de sangre porque me hacen las pruebas. Llegas para allá, tú te haces las pruebas al donar sangre y, a x tiempo, te mandan una carta diciendo la sangre que tú tengas y... [E- ¿Te hiciste donante expresamente para eso?] No, al principio lo hice (de forma) bastante más altruista, pero después ya me di cuenta de que, bueno, de que aparte de ser altruista, lo puedes saber por ahí. (Jaime 1)*

## UTILIDAD DEL MODELO DE ANÁLISIS CARA A LA INTERVENCIÓN

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 y/o 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<sup>13</sup>. 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 es-

<sup>13</sup> La preferencia por el concepto de “racionalidad” sobre el otro posible de “estrategias personales y sociales” obedece, ante todo, a que consideramos que el primero nos permite contrastar en mayor medida la diversidad de prácticas y representaciones desplegadas por los HSH con la imagen de homogeneidad que, de facto, las instituciones y los agentes de intervención manejan sobre ellos. Pensamos también que el concepto de “racionalidad” abre mayores posibilidades que aquél otro para que se produzcan cambios en las formas de intervención, toda vez que, p.ej., se puede aceptar que los HSH despliegan “estrategias personales y sociales” sin por ello dejar de enfocarlo como “irracional” y, por tanto, sin sentir la necesidad de variar dichas formas. Por otro lado, 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 acuden a una imagen estereotipada de la misma que alcanza a constreñir la diversidad de los comportamientos y de la vida de los gays.

tán 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 tendrá necesariamente una eficacia relativa, 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, adaptados a 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 las de la prevención 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 con vistas a hacer compatibles 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, el dar materialidad a un compromiso con una persona, la búsqueda de intimidad y reconocimiento, el expresar la propia

identidad o cualquier otra que no haya aparecido en el estudio. Esto debe traducirse en organizar y orientar la intervención 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 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 realizaran o no la prueba del VIH<sup>14</sup>. 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<sup>15</sup>.

---

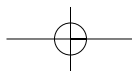
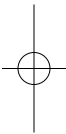
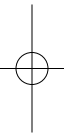
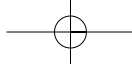
<sup>14</sup> En principio se definieron dos modos y cinco tipos de enfrentamiento de la prueba, desde la perspectiva de sus consecuencias: / Un primer modo, en el que agrupamos los tipos no problemáticos desde un punto de vista sociosanitario, incluimos: (1) el no uso o realización de la prueba sin haberse producido prácticas de riesgo; y (2) el uso de la prueba antes de los seis meses siguientes a la última práctica de riesgo, en la medida que no implica retraso. Los tipos problemáticos desde un punto de vista sociosanitario serían: (3) No uso de la prueba habiendo tenido prácticas de riesgo, esporádicas o frecuentes, antes de los últimos seis meses; (4) Uso repetido de la prueba sin prácticas de riesgo; y (5) Uso repetido de la prueba con prácticas frecuentes de riesgo./ Definimos como "prácticas sexuales de riesgo" aquellas que implican la posibilidad de exposición al VIH: sexo anal sin preservativo, con o sin eyaculación, y sexo oral con eyaculación en la boca, no conociendo con certeza (no se sabe o no se ha hecho la prueba o no se conocen sus resultados) el serostatus propio y/o de la pareja, o estando uno de los componentes infectado por el VIH.

<sup>15</sup> Esto fue posible constatarlo empíricamente 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.

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, elaborados desde una racionalidad

prevencionista, 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.



## REFLEXIONES FINALES

### 1. Preámbulo

Nos parece necesario insistir, una vez más, en el modo en que los resultados expuestos deben ser comprendidos y utilizados para esbozar líneas de intervención. Las racionalidades antes descritas no tienen que ser entendidas como una identificación de 'perfiles de riesgo', traduciendo lo que son procesos sociales en factores o variables independientes que fuese posible aplicar de modo universal y *a priori* a la población de HSH, para identificar entre ellos a quienes es preciso proponerles la realización de la prueba u ofrecerles determinados mensajes estandarizados y prefijados. En el ámbito de las intervenciones individuales y en pequeños grupos (counseling preventivo con atención a los contextos sociales de los sujetos), no puede ser prefijado de antemano el *momento* adecuado, con respecto a la trayectoria vital del asesorado, para ofertar la

prueba; tampoco pueden serlo los aspectos concretos que deben ser trabajados, puesto que los límites que constriñen al sujeto y los recursos de todo tipo de que dispone no sólo no pueden pre-establecerse, sino que han de ser determinados en el propio proceso de counseling preventivo. Además, tienden a variar en el tiempo, incluso si pensamos en sujetos cuyas prácticas y representaciones ante la prueba o la prevención puedan relacionarse con alguna de las racionalidades descritas.

Somos conscientes del riesgo corrido al tratar de delinear racionalidades comunes a ciertos sujetos en lugar de exponer casos particulares; los sujetos - de una forma u otra- siempre integran de una manera idiosincrásica y única en la propia trayectoria y posición social los diferentes elementos identificados como relevantes *a la hora de definir racionalidades grupales*, por más que sea evidente que las integraciones



La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

específicas nunca son ajenas al contexto social en que se generan. El esfuerzo de generalización en que consiste todo trabajo en ciencias sociales no debe ser confundido, dicho en términos muy simples, con una lógica de protocolo de actuación que no sustenta ni la metodología empleada ni los resultados obtenidos ni las reflexiones que éstos autorizan. Esperamos, eso sí, que los agentes de prevención puedan integrar los resultados de esta investigación en la delineación de estrategias de intervención individual, grupal y/o comunitaria más acordes con la realidad compleja del universo de hombres que tienen relaciones sociosexuales con otros hombres.

En lo que sigue se propondrán algunas reflexiones referidas a las conclusiones transversales que se han obtenido en este estudio y que están encaminadas a la mejora de las estrategias de promoción de la prueba y de prácticas más seguras frente a la infección por VIH. Pretenden ser útiles para elaborar los mensajes de promoción de la salud u otras estrategias de prevención dirigidos tanto a población de HSH como a la población general. Para redactar las presentes reflexiones nos basamos asimismo en una revisión, ya expuesta en parte, de las propuestas de 'mejores prácticas' elaboradas por UNAIDS y el CDC-NCHSTP-DHAP (*National Center for HIV, STD and TB Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention*)

## **2. Líneas de reflexión sobre los aspectos transversales identificados en este estudio**

### **2.1. Campañas dirigidas a un público amplio.**

Es necesario trabajar la imagen social de la condición de seropositivo, lo que compete ante todo, aunque no de manera exclusiva, a las autoridades de Salud Pública y a las ONG's que son activas en prevención. A este respecto, pensamos que no es utópico tratar de modificar esa imagen lanzando mensajes en los que lo que se proteja no sea el individuo, sino el grupo y en los que la protección se realice no tanto frente a las personas seropositivas como frente al virus.

Ello implica, entre otras cosas, mostrar a más de una persona y más de un serostatus. Además, habría que presentar la posibilidad de haber mantenido (o de mantener) relaciones sexuales y/o afectivas con un seropositivo no como algo aterrador, sino simplemente como algo probable si uno está en el mundo<sup>16</sup>. En todo caso, es significativo que normalizar la presencia de los seropositivos en la sociedad siga siendo una tarea pendiente y necesaria, incluso dentro del propio colectivo gay.

Por otra parte, no es sólo cuestión de cambiar percepciones, no pudiéndose olvidar que los riesgos sociales asociados a un diagnóstico de VIH son muy reales. En este sentido, es necesario instar a las autoridades de Salud Pública y a las organizaciones de gays y lesbianas a que mantengan la vigilancia ante cualquier vulneración de los derechos civiles de las

---

<sup>16</sup> Esto es así no necesariamente sólo con relación al colectivo de HSH, aunque otras variables estén en juego en las relaciones heterosexuales.

personas seropositivas. Cualquier política de promoción de la prueba estaría sometida a una severa limitación si no incluyera entre los obstáculos aquéllos que resultan del trato discriminatorio a las personas que reciben un test positivo.

## **2.2. Estrategias de movilización comunitaria.**

Estas estrategias, acerca de cuya eficacia existe suficiente evidencia y cuya relevancia en las prácticas relacionadas con el sexo más seguro y la realización de la prueba ha sido puesta de manifiesto a lo largo del presente estudio, parecen especialmente eficaces a la hora de identificar e intervenir en el nivel de las representaciones grupales. También se destaca su capacidad de maximización de los resultados, en términos de eficacia de la intervención y de extensión de la población que resulta apelada. En este contexto, no son sólo las instituciones públicas las que se encuentran implicadas en la tarea de fomentar cambios en la norma grupal respecto a la prevención del VIH, la prueba, el riesgo y la seropositividad, sino que a las organizaciones de gays y lesbianas también les corresponde un papel relevante, así como a otros agentes de la comunidad gay, en especial a los medios de comunicación y a los gerentes y propietarios de bares de socialización y encuentro. Los espacios de encuentro, ya se utilicen con fines prioritarios de socialización o de relación sexual, son, en todo caso, agentes y/o contextos privilegiados para la intervención preventiva de la infección por VIH, de ma-

nera que resulta altamente recomendable el diseño de estrategias novedosas de colaboración con los propietarios y gerentes que tengan como foco de la intervención el propio local.

No obstante, dada la notable diversidad encontrada al seno del colectivo de HSH en una gran ciudad como Madrid, no está de más recordar que tanto los locales como los lugares de encuentro con fines sexuales son también un punto de contacto primordial entre las actividades de prevención y el público heterogéneo al que deben ir específicamente dirigidas.

Ninguno de los locales de ambiente gay debería quedar al margen del trabajo de calle de las organizaciones, ya que ningún grupo está carente de prácticas de riesgo y de dificultades específicas con respecto a la prueba. Además, en los lugares de encuentro con fines prioritariamente sexuales es donde es posible contactar a los sujetos “aislados”; contacto que se recomienda como un objetivo prioritario de las intervenciones. Es preciso tener presente que los objetivos no deben imponer un determinado modelo de sociabilidad (“identidad gay”) o de vivencia de la sexualidad, ni una única racionalidad frente al VIH. Se trata de abrir, para este grupo, espacios de encuentro con otros gays con los que se puedan identificar, esto es, con los que no se sientan excluidos, fomentando así que establezcan sus propias vías de expresión. Insistimos en que una estrategia de intervención debe pasar por la oferta de espacios alternativos de socialización.

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

### **2.3. Counseling preventivo individual y en pequeños grupos.**

La estrategia de trabajo individual para la promoción de la prueba del VIH y para la promoción del sexo más seguro que consideramos más recomendable es la parte correspondiente al counseling incluida en la guía de HIV CTR, tal como recomiendan los CDC.

Sin embargo, como se discutió anteriormente, proponemos tomar también en consideración la dimensión social de la problemática implicada, esto es, tanto los determinantes socio-estructurales como los procesos interaccionales implicados en las prácticas de riesgo, de prevención, en el retraso de la prueba que acaece tras la posibilidad de exposición al VIH, etc. Ello supone tener en cuenta en el trabajo con sujetos concretos, al menos, los siguientes aspectos que, además, han de ser entendidos como constricciones y como potencialidades o, en otros términos, como determinaciones de las estrategias desplegadas por los sujetos pero también como oportunidades de cambio:

- Las representaciones manejadas sobre la homosexualidad, el VIH, la seropositividad, la pareja y el sexo anónimo.
- Las prácticas concretas de los sujetos (relaciones primarias con otros HSH, vinculación con la identidad gay, con el ambiente, con la sociedad normativa...).

- La trayectoria laboral, la situación laboral actual, el nivel socioeducativo y el grado de independencia económica.

Es precisa la integración del counseling preventivo y de la prueba del VIH en el diseño de estrategias de intervención de las organizaciones comunitarias y en la prestación de servicios sociosanitarios. Si partimos de la consideración de sujetos en contexto, prevenir el VIH no puede ser entendido sólo como evitar prácticas de riesgo sin considerar simultánea e integradamente las razones para hacerse o no la prueba. Recomendar la prueba, desde ese mismo punto de vista, no debe tener como único objetivo la detección precoz de la infección por VIH, sino que debería articularse en la comprensión del conjunto de prácticas sociales referidas a la salud de los sujetos y al modo en el que se posicionan en el mundo. Ello por dos razones:

- (1) Como parte de una estrategia de atención integral a la problemática del VIH en el colectivo de HSH, el papel del counseling preventivo en el marco de la realización de la prueba del VIH es crucial tanto si el resultado es positivo como negativo. En el primer caso, porque permite tomar decisiones respecto al tratamiento, facilita hacer las reacomodaciones inevitables y, en mayor o menor medida, tomar conciencia de la necesidad de protegerse de ITS's y de proteger a las posibles parejas sexuales. En caso de un resultado negativo, es un momento idóneo para ofrecer un

seguimiento y apoyo, así como para detectar necesidades y recursos. La prueba debería ir ligada de forma sistemática al counseling, y éste a las estrategias de prevención de la transmisión del VIH que se vengán implementando.

- (2) Por otra parte, el counseling preventivo tiene sentido independientemente de su inserción en un contexto de realización de la prueba. Además de por los motivos que se han ido exponiendo más atrás, la eficacia del counseling preventivo como estrategia de intervención está ampliamente demostrada y, según muestran los resultados de esta investigación, parece una estrategia adecuada para acceder a sujetos que tengan prácticas de riesgo y/o retrasen la prueba.

La relación entre un asesor y su asesorado debe ser simétrica y horizontal. Además, el counseling preventivo, con las modificaciones que hemos recomendado precedentemente, se articula en torno a sesiones cuyo número y duración no deben ser preestablecidos. Si lo que se pretende con éste es, como paso imprescindible, conseguir una relación de confianza entre asesor y asesorado y que el espacio sea percibido por el segundo como seguro, la duración de la relación y la intensidad del intercambio entre ellos es fundamental. El asesor debe identificar posibles determinaciones sociales de los comportamientos de riesgo (redes sociales, relaciones familiares, situación laboral, posibles situaciones de dependencia económica o afectiva, situaciones de abuso homofóbico...),

tratar de establecer cuáles son los recursos con los que cuenta el asesorado, así como los programas y recursos sociosanitarios existentes que puedan serle de utilidad. Además, es posible que, al menos en algunos casos, el asesorado en ese momento no se encuentre receptivo a la posibilidad de cambios en sus prácticas sexuales, o que no se considere (por buenas razones, como hemos visto) capacitado para ello, por lo que los contactos entre asesor y asesorado necesitarán prolongarse.

Sería conveniente que el personal sanitario de Atención Primaria tuviera presente, en el contexto del counseling, algunas cuestiones prácticas. Especialmente con los más jóvenes y los más mayores, tiene que tener en cuenta que puede darse un cierto temor y desconfianza si el médico trata a la familia, por lo que debería insistir en la confidencialidad de la situación. Así mismo, el personal sanitario debe estar preparado a encontrar resistencias entre sujetos que no estén dispuestos a poner al descubierto cuestiones sobre las que no desean tratar (su identidad sexual, o sus prácticas sexuales concretas...), lo que es particularmente frecuente en aquellos que no se identifican como gays, ya sea por sus circunstancias personales, ya sea porque son mayores, ya sea por encontrarse –principalmente los más jóvenes– en proceso de elaboración de sus estrategias de visibilización de su orientación/identidad sexual. Es preciso que, en estos casos, el personal sanitario se proponga tomarse el tiempo necesario para generar un clima de

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

confianza, y/o para remitir al sujeto a otros agentes, como las ONG's que trabajan con HSH. La realización de la historia sexual puede ser un instrumento que, más allá de su finalidad estrictamente sanitaria, se muestre válido para normalizar estas cuestiones y transmitir al paciente la disponibilidad de su médico para tocar estos temas.

El trabajo de counseling en grupo parece imprescindible para el caso de los jóvenes puesto que las intervenciones con ellos deben comenzar, como paso ineludible, con la promoción de cambios en las normas y los valores grupales. Debería consistir precisamente en confrontar a los jóvenes con las contradicciones de sus discursos y prácticas, subrayando los aspectos de esas normas y valores que les restan autonomía y capacidad de decisión, pero respetando, al mismo tiempo, sus necesidades profundamente sentidas de afiliación, reconocimiento y afecto. A más largo plazo, no estaría de más rea-

brir el debate en torno a las estrategias de sexo más seguro y sus implícitos menos defendibles. Finalmente, las intervenciones en pequeños grupos son apropiadas cuando se aplican a los jóvenes porque, para motivarles a modificar sus prácticas, es preciso que los sujetos se sientan respaldados por un grupo que comparta un discurso que –en estos casos– no es generalizado. Entre los aislados es asimismo recomendable esta modalidad de intervención porque puede favorecer la constitución de ese discurso grupal del que carecen, además de proveer el recurso a una red social de soporte.

Por último, es preciso insistir en la vía –que sabemos que ya se ha implementado– de reunir a personas de diferentes serostatus para compartir y también confrontar expectativas y dificultades, ampliándola y refinándola mediante diseños específicos para sujetos con diferentes situaciones vitales (jóvenes, aislados, mayores...).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros y artículos científicos

Anderson, T., D. Atkins, C. Baker-Cirac, *et al* (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, 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, Yves Souteyrand (orgs.), *Les Homosexuels Face a Sida : Rationalités et Gestions des Risques*, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Collection Sciences Sociales et Sida.

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, no 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*

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

*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.

Grmek, M.D. (1989), *Histoire du sida*. Paris, Payot.

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 counseling 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, 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, 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 cols. (2000), *Homosexualitat a l'inici del segle XXI*, Barcelona, Editorial Claret.

Rader, Melissa, G. Marks, G. Mansergh, N. Crepaz, L. Miller, P. Appleby, 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.

Shilts, Randy (1987), *And the Band Played on: Politics, People, and the AIDS Epidemic*. New York: St. Martin's Press.

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, 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.

Strauss, A. Y J. Corbin (1990) ***Basics of qualitative research: grounded***

***theory procedures and techniques***, Newbury Park (Calif.), London.

Spielberg, Freya, 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, pp. 318-327.

Summers, T., F. Spielberg, C. Collins, y T. Coates (2000), "Voluntary counseling, testing and referral for HIV: new technologies, research findings create dynamic opportunities", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25 (2), S128-S135.

Villaamil, Fernando (2004), *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.



La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

### Documentos electrónicos

Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid/Servicio de Epidemiología (2002), *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid: Vigilancia Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid Hasta Diciembre de 2001*, 7 (8).

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/JULIO2002.PDF>

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 Diciembre de 2002*, 8 (9).

*ción por VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid Hasta 21 de Diciembre de 2002*, 5 (9) <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](http://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](http://www.msc.es/sida) (septiembre, 2003).



## COLECCIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

- |      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| Nº 1 | Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.                                      | Nº 10 | Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.       |
| Nº 2 | Sida y Escuela.  | Nº 11 | Discurso del personal sanitario de la Comunidad.   |
| Nº 3 | La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid.          | Nº 12 | Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.   |
| Nº 4 | El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco.          | Nº 13 | Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid. |
| Nº 5 | Alcohol y Salud.   | Nº 14 | Manual de Inmunizaciones.  |
| Nº 6 | Actualizaciones sobre Tabaco y Salud.  | Nº 15 | Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.                       |
| Nº 7 | Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.           | Nº 16 | La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.   |
| Nº 8 | Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico. | Nº 17 | Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.  |
| Nº 9 | La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.              |       |  |

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

- Nº 18 Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
- Nº 19 La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 20 Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
- Nº 21 Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
- Nº 22 Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
- Nº 23 Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
- Nº 24 Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
- Nº 25 Guía para la realización de Auditorías medioambientales en las empresas.
- Nº 26 Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 27 La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
- Nº 28 Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994.
- Nº 29 II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
- Nº 30 Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
- Nº 31 Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos.
- Nº 32 Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
- Nº 33 El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
- Nº 34 La actividad física en la población adulta de Madrid.
- Nº 35 Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
- Nº 36 Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid.
- Nº 37 La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid.
- Nº 38 Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
- Nº 39 La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
- Nº 40 Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
- Nº 41 La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos socio-sanitarios.
- Nº 42 Dietas mágicas.

- Nº 43 Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
- Nº 44 Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis.
- Nº 45 Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
- Nº 46 Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 47 Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid.
- Nº 48 Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 49 Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
- Nº 50 Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
- Nº 51 Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 52 La infestación por piojos.
- Nº 53 Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
- Nº 54 Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación.
- Nº 55 La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
- Nº 56 Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
- Nº 57 La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
- Nº 58 Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.
- Nº 59 Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica.
- Nº 60 Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo.
- Nº 61 La enfermedad celíaca
- Nº 62 Programas de Salud Pública 2.000
- Nº 63 Memoria 1.999. Programas de Salud Pública
- Nº 64 Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2.000-2.003
- Nº 65 Memoria 1.996-1.999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

- |  |  |
|--|--|
| Nº 66 Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid   | Nº 79 Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerequisites en las empresas alimentarias  |
| Nº 67 Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid | Nº 80 Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3  |
| Nº 68 Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid  | Nº 81 Control sanitario del Transporte de Alimentos  |
| Nº 69 Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria   | Nº 82 Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid   |
| Nº 70 Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid  | Nº 83 Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid   |
| Nº 71 El farmacéutico agente de salud  | Nº 84 Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid  |
| Nº 72 Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres                             | Nº 85 Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid                         |
| Nº 73 Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid  | Nº 86 La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas |
| Nº 74 Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal   | Nº 87 Memoria 2.002. Programas de Salud Pública  |
| Nº 75 Tratamiento de la pediculosis de la cabeza   | Nº 88 La promoción de la salud en el medio rural: Necesidades y demandas expresadas por las mujeres  |
| Nº 76 Programas de Salud Pública 2.002   | Nº 89 Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2.000.   |
| Nº 77 Mortalidad en Vallecas   |  |
| Nº 78 Planes y Programas de Salud Pública 2.003  |  |

- Sistema de Información sobre salud de carácter sociocultural
- Comunidad de Madrid 2.006-2.007
- Nº 90 Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid
- Nº 91 Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante
- Nº 92 La Violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud. Informe del estudio cualitativo
- Nº 93 Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Informe 2.004. Volumen I: Discurso sobre la Salud y la Enfermedad
- Nº 94 Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Informe 2.004. Volumen II: Prácticas y Comportamientos relativos a los hábitos saludables
- Nº 95 Estructura de la Industria Alimentaria y las tendencias del consumo en la Comunidad de Madrid: Base para la realización de estudios sectoriales
- Nº 96 Situación actual del mercado lácteo en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
- Nº 97 Situación actual del sector cárnico en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
- Nº 98 Detección precoz de hipoacusias en recién nacidos.
- Nº 99 Actuaciones en Bioseguridad para prevenir las inoculaciones accidentales en el personal sanitario de la Comunidad de Madrid. Estudio piloto: Informe de resultados
- Nº 100 La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención
- COLECCIÓN NUTRICIÓN Y SALUD**
- Nº 1 La dieta equilibrada, prudente o saludable
- Nº 2 El desayuno saludable
- Nº 3 Nuevos alimentos para nuevas necesidades
- Nº 4 El agua en la alimentación (próxima publicación)
- Nº 5 La alergia a los alimentos
- Nº 6 El pescado en la dieta
- Nº 7 El aceite de oliva y la dieta mediterránea
- Nº 8 Frutas y verduras, fuentes de salud
- COLECCIÓN DOCUMENTOS DE SANIDAD AMBIENTAL**
- Manual para el autocontrol y gestión de abastecimientos de agua de consumo público

La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH):  
hacia un modelo complejo de investigación e intervención

---

- Control del riesgo químico de sustancias y preparados peligrosos. Manual de buenas prácticas
- Guía para la prevención de la Legionelosis en instalaciones riesgo
- Campos electromagnéticos: I Telefonía y Salud Pública (próxima publicación)
- Variables Meteorológicas y Salud

### COLECCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

- Nº 1 Dormir bien: Programa para la mejora del sueño
- Nº 2 La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo
- Nº 3 Salud mental en el anciano: Identificación y cuidados de los principales trastornos

- Nº 4 El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud
- Nº 5 Prevención y promoción de salud del anciano institucionalizado: La residencia como espacio de convivencia y de salud
- Nº 6 La salud bucodental en los mayores: Prevención y cuidados para una atención integral
- Nº 7 Guía de higiene integral en residencias de personas mayores
- Nº 8 Derecho a una visión en los mayores: Evitar la ceguera evitable. Prevención y cuidados para una atención integral
- Nº 9 Actividad física y ejercicio en los mayores. Hacia un envejecimiento activo

Páginas web:  
[www.publicaciones-isp.org](http://www.publicaciones-isp.org)  
[www.madrid.org](http://www.madrid.org)