

**VULNERABILIDAD AL VIH E ITS  
EN POBLACIÓN JOVEN MASCULINA  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**Vulnerabilidad al VIH e ITS  
en población joven masculina  
de la Comunidad de Madrid**



**Biblioteca  
virtual**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[www.madrid.org/publicamadrid](http://www.madrid.org/publicamadrid)

Dirección y supervisión

**Servicio de Promoción de la Salud**

**Mónica Morán Arribas  
Juan Rico Bermejo  
Sara Collado González  
Milagros Ramasco Gutierrez  
Sonsoles Garabato González  
Juan Carlos Diezma Criado  
Ramón Aguirre Martín-Gil**

Realización

**IMOP  
Fernando Conde Gutiérrez del Álamo  
Pablo Santoro Domingo**

Edición electrónica:

**Dirección General de Atención Primaria  
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención**

**Madrid, 2014**

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	8
1.1.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
1.2.	ESTRUCTURA DEL INFORME .....	10
2.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
2.1.	METODOLOGÍA EMPLEADA .....	12
2.2.	FORMAS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	13
2.3.	MUESTRA DEL ESTUDIO.....	14
2.4.	MARCO DE LECTURA Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	16
3.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
3.1.	DATOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE USO DE PRESERVATIVO, VIH Y OTRAS ITS ENTRE LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....	18
3.1.1	Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).....	20
3.1.2	Población de origen extranjero .....	22
3.2.	PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO: FACTORES, DISCURSOS Y RACIONALIDADES.....	25
3.3.	ANTROPOLOGÍA, ESPACIO Y SEXUALIDAD: EL GIRO HACIA LA COMPRENSIÓN DE "REDES"Y "CULTURAS" SEXUALES.....	28
3.4.	MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN: UNA LECTURA SOCIO-ESPACIAL DE LA SOCIABILIDAD SEXUAL .....	31
4.	LOS CAMBIOS RECIENTES EN LA SOCIALIZACIÓN SEXUAL DE LOS JÓVENES .....	34
4.1.	LA APERTURA SOCIAL HACIA NUEVAS FORMAS DE VIVIR LA SEXUALIDAD Y LAS OPCIONES AFECTIVAS Y SEXUALES .....	36

4.2. LOS CAMBIOS EN LA HOMOSEXUALIDAD Y LA COMUNIDAD GAY EN MADRID. ....	40
4.2.1. Notas sobre los cambios históricos de la comunidad gay en España .....	41
4.2.2. Los referentes e hitos más recientes de las identidades gays .....	52
4.3. LA DIGITALIZACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA.....	61
4.3.1. Las nuevas apps de contactos gays: Grindr y Bender .....	63
4.4. LAS FUENTES DE EDUCACIÓN SEXUAL .....	68
5. LOS ESPACIOS DE SOCIABILIDAD Y DE DESARROLLO DE RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES ENTRE LOS JÓVENES VARONES MADRILEÑOS .....	70
5.1.- LOS PRINCIPALES ENTORNOS DE SOCIABILIDAD SEXUAL DE LOS JÓVENES.....	75
5.2. LOS MODELOS DE RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES DE LOS JÓVENES VARONES .....	82
5.2.1. Los modelos de relaciones afectivas y sexuales entre los jóvenes HSH.....	82
5.2.2. Los modelos de relación entre los chicos heterosexuales. ....	89
5.3. LOS CINCO GRANDES ESPACIOS DE SOCIABILIDAD SEXO-AFECTIVA DE LOS JÓVENES VARONES .....	95
SEGUNDA PARTE. LAS REPRESENTACIONES, IMÁGENES Y DISCURSOS SOBRE EL VIH/SIDA Y OTRAS ITS.....	102
6. LAS LÍNEAS PRINCIPALES DE CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN ACTUAL DEL VIH/SIDA ENTRE LOS JÓVENES .....	103
6.1. ¿MÁS ALLÁ DE LA IMAGEN TRADICIONAL DEL SIDA?.....	103
6.2. LOS RASGOS CENTRALES DEL IMAGINARIO ACTUAL DEL VIH/SIDA.....	105
6.3. LOS ESPACIOS DISCURSIVOS EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA EN LOS VARONES JÓVENES.....	116
6.4. ALGUNOS ASPECTOS MÁS CONCRETOS .....	119

6.4.1 DUDAS QUE PERSISTEN SOBRE EL VIH Y SU TRANSMISIÓN .....	119
6.4.2. EL CONOCIMIENTO DE LA CARGA VIRAL INDETECTABLE Y LA PROFILAXIS POST- EXPOSICIÓN .....	124
6.4.3. LAS VIVENCIAS DE LOS JÓVENES HSH CON VIH .....	126
7. LA IMAGEN Y REPRESENTACIÓN DE LAS ITS .....	137
8. LOS DISCURSOS SOBRE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO Y LA PROTECCIÓN .....	146
8.1. LA AMBIVALENCIA DEL PRESERVATIVO .....	146
8.2 ESPACIOS DE PRÁCTICAS DE RIESGO .....	148
9. LÓGICAS DE RELACIÓN CON LA PRUEBA DEL VIH.....	157
9.1. ASPECTOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA PRUEBA DEL VIH .....	158
9.2. LA PRUEBA PARA LOS DIFERENTES PERFILES.....	164
9.3. LOS LUGARES DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA Y LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO.....	170
9.4. DOS TENDENCIAS EN LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO Y LA PRUEBA DEL VIH .....	174
10. LOS JÓVENES VARONES INMIGRANTES Y EL VIH .....	176
10.1. LOS VARONES LATINOAMERICANOS ENTREVISTADOS PARA EL ESTUDIO.....	177
10.2. EL CASO DE LOS JÓVENES SUBSAHARIANOS .....	184
11. LAS PRINCIPALES DIMENSIONES DE VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH.....	188
11.1. ESTILOS DE VIDA Y REDES DE SOCIABILIDAD SEXUAL .....	194
11.2. DESCONOCIMIENTO, DESINFORMACIÓN E INVISIBILIDAD.....	196
11.3. LA HOMOFOBIA, EL ESTIGMA Y LA INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN DE LA COMUNIDAD GAY .....	197
11.4. LAS DROGAS: DEL USO INTENSIVO AL CONSUMO RECREATIVO .....	199

11.5. GRINDR Y LAS NUEVAS APPS GEOSOCIALES DESTINADAS AL PÚBLICO GAY.....	199
11.6. LA ASIMETRÍA EN LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES .....	200
11.7. LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA Y LAS PRIMERAS RELACIONES SEXUALES ENTRE HSH .....	208
11.8. LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA INMIGRACIÓN.....	210
11.9 LA EXCLUSIÓN SOCIAL .....	211
12. IMPLICACIONES PARA LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS .....	213
12.1. EL DESCENSO Y REPLIEGUE DE LAS INFORMACIONES Y CAMPAÑAS PREVENTIVAS.....	213
12.2. LA REACCIÓN DE LOS JÓVENES ENTREVISTADOS A ANTERIORES CAMPAÑAS PREVENTIVAS.....	215
12.3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y DE COMUNICACIÓN QUE SE DESPRENDEN DEL PRESENTE ESTUDIO .....	221
BIBLIOGRAFÍA .....	227

### 1. INTRODUCCIÓN

---

A pesar de los inmensos avances médicos, epidemiológicos y sociales experimentados durante las últimas dos décadas, la epidemia de VIH aún sigue constituyendo un significativo problema de salud pública en España y, particularmente, en la Comunidad de Madrid, región donde se concentran porcentajes más que significativos de entre los nuevos diagnósticos de VIH: el 32% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en 2011 y el 23% de 2012 corresponden a Madrid<sup>1</sup>.

Durante 2012, la lógica epidemiológica de los nuevos diagnósticos de VIH siguió en la Comunidad de Madrid las pautas generales de la epidemia a nivel nacional, sólo que de manera aún más marcada: **concentración en varones** (85% para los datos nacionales y 87% en Madrid) y especial protagonismo de los **menores de 29 años**; preeminencia de la transmisión en **Hombres que tienen Sexo con Hombres** (HSH), que supusieron un 51% de todos los nuevos diagnósticos a nivel nacional y que en Madrid llegaron a constituir el 62%; gran relevancia de **personas originarias de otros países** (casi el 50% de los diagnósticos en Madrid entre 2007 y 2012), particularmente varones de origen **latinoamericano** y, en menor medida, varones y mujeres originarios del África Subsahariana<sup>2</sup>. Nos encontramos, por tanto, con una situación epidemiológica por completo diferente a la que enfrentaban las autoridades sanitarias hace 10 años, en la que la vía de transmisión heterosexual y los UDI (usuarios de drogas intravenosas) todavía constituían el grueso de la epidemia, y en la que las personas con VIH nacidas fuera de España no llegaban apenas al 30% de los nuevos casos.

Según apuntan diversos análisis recientes, de forma correlativa a estos cambios epidemiológicos –y, en cierta manera, explicándolos– nos encontraríamos en un momento de aparición de **nuevas concepciones respecto del VIH, el sida y las ITS** que, entre otras cosas, estarían implicando una reducción de la adopción de medidas preventivas (esencialmente, del uso del preservativo). Más allá de las propias representaciones de salud que puedan estar influyendo en el descenso de las precauciones, el **colectivo de varones jóvenes** muestra una especial importancia en este tema por diferentes cuestiones: las dificultades que encuentran a la hora de gestionar su salud; las relaciones más problemáticas que, en comparación con otros grupos de edad y sexo, establecen con el sistema

---

1 Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Actualización 30 de junio de 2013, Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH, Instituto de Salud Carlos II/Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Noviembre 2013.

2 Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España, op. cit. y Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 5. Volumen 19. Mayo 2013.

sanitario; la persistencia de concepciones “masculinas” tradicionales de la salud, que dificultan el autocuidado y las actitudes preventivas...

La presente investigación ha pretendido acercarse a esta problemática a través del propio discurso de los varones jóvenes que habitan en la Comunidad de Madrid, prestando una atención particular (pero no exclusiva) a los colectivos con especial protagonismo epidemiológico: HSH y varones originarios de otros países (esencialmente de origen latino y sub-sahariano). En las páginas que siguen presentamos los principales resultados del estudio que ha sido realizado entre noviembre de 2013 y febrero de 2014 y en el que han participado 40 chicos de entre 18 y 29 años de edad residentes en la Comunidad de Madrid, así como 10 profesionales de diferentes áreas y centros que atienden directamente a esta problemática.

## 1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general del estudio ha sido **explorar las percepciones y prácticas de los jóvenes varones de entre 18 y 29 años de la CM en situación de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS** y su vivencia de la sexualidad, así como los determinantes socioeconómicos, culturales y de género que pudieran ayudar a explicar los comportamientos de riesgo. El fin último de la investigación es ayudar al trabajo de prevención y promoción de la salud, al proporcionar líneas de abordaje mediante las cuales llegar a estos colectivos.

Objetivo general que se concreta en 4 grandes grupos de objetivos específicos:

### **A. Explorar los conceptos, percepciones, discursos y prácticas que los varones jóvenes de la CM particularmente vulnerables tienen sobre el VIH y otras ITS**

- Conocimiento y representaciones sobre el VIH y otras ITS: procesos, relevancia personal, cercanía, gravedad, estereotipos y representaciones...
- Conocimiento e imagen de los medios de transmisión del VIH y otras ITS.
- Conocimiento e imagen de los tratamientos antirretrovirales para el VIH y de los tratamientos para otras ITS.
- Imagen, percepción y vivencia del riesgo de contraer VIH y otras ITS.
- Estilos de vida y ocio de los jóvenes varones y papel de la sexualidad.
- Prácticas sexuales de riesgo: tipos, lugares, momentos, motivaciones...
- Percepción, imagen y uso del preservativo: barreras y facilitadores.
- Discursos sobre la prevención y la responsabilidad en el sexo.
- Lógicas de negociación de medidas de protección.
- Fuentes de información relevantes sobre sexualidad.
- El papel de Internet y los nuevos medios digitales en la información sobre sexualidad, VIH e ITS.
- Otros posibles aspectos relevantes respecto de las imágenes y prácticas de los jóvenes alrededor del VIH y otras ITS.

### **B. Aproximarse a las consecuencias e implicaciones del diagnóstico de VIH y de otras ITS en varones los jóvenes**

- Lógicas de realización de pruebas diagnósticas: lugares, momentos, facilitadores...
- Conocimiento e información sobre las pruebas rápidas.
- Efectos del diagnóstico de VIH y otras ITS entre los varones jóvenes.
- Procesos biográficos y reacciones típicas frente al diagnóstico.
- Modificación en la vida sexual y significado de las prácticas sexuales de riesgo.
- Lógicas de revelación del seroestatus a las parejas sexuales.
- Vivencia del estigma.
- Imagen, vivencia y relación con el tratamiento antirretroviral.
- Conocimiento e imagen del estado de "Carga Viral indetectable".
- Conocimiento e imagen de la profilaxis Pre- y Post-Exposición.
- Relación con el sistema sanitario.
- Relación con ONGs y asociaciones.

### **C.- Analizar otros condicionantes de relevancia para el diseño de estrategias preventivas frente al VIH y otras ITS**

- Elementos de relevancia para la prevención en torno a la vivencia más general de la sexualidad, las relaciones de pareja y la vida afectiva, incluyendo las dimensiones de género.
- Situaciones personales y socioeconómicas de especial vulnerabilidad.
- Canales de información y recursos de referencia para los jóvenes varones más vulnerables al VIH.
- Tipos de mensajes preventivos que puedan llegar a los jóvenes varones.
- Papel de las instituciones públicas, las instituciones sanitarias y las ONGs/sociedad civil.

### **D.- Explorar la tipología de jóvenes frente al VIH, las ITS y la sexualidad**

- Detallar todos los objetivos anteriores para cada uno de los tres colectivos que aborda de forma específica la investigación: HSH, jóvenes de origen inmigrante y varones con VIH.
- Recursos prioritarios, vías de acceso y mensajes para cada uno de estos colectivos.
- Diferencias culturales/nacionales dentro del colectivo inmigrante.

## **1.2. ESTRUCTURA DEL INFORME**

El informe sigue una estructura progresiva: tras la presentación de la metodología y ficha técnica específica, dedicamos el capítulo 3 a la discusión de la revisión bibliográfica realizada y del marco teórico propuesto. El resto del informe se ocupa de los resultados concretos de la investigación, mediante la organización en dos grandes partes. Los capítulos 4 y 5 –desde una perspectiva más global que nos servirá para enmarcar las concepciones del VIH, las ITS y las prácticas de riesgo dentro de un marco de comprensión más general– se acercan a los cambios recientes en la socialización sexual y a las actuales formas de sociabilidad sexual (entornos, modelos de relación...) de los jóvenes varones madrileños.

La segunda y más extensa parte del informe, que incluye desde el capítulo 6 al capítulo 11, está dedicada a las cuestiones específicas del estudio. Exponemos las representaciones e imaginarios del VIH y las ITS (capítulos 6 y 7), la concepción y espacios de prácticas sexuales de riesgo (capítulo 8) y las lógicas de relación con el sistema sanitario y la prueba del VIH (capítulo 9) que rigen hoy en día entre los jóvenes. A lo largo de esta parte dedicamos, además, un apartado específico a las experiencias actuales de los varones jóvenes que viven con VIH (dentro del capítulo 6) y a la situación de los varones inmigrantes en cuanto a su relación con el VIH (capítulo 10). Finalizamos el informe en su conjunto con una tercera parte compuesta por dos capítulos, que actúan a modo de conclusión: en el capítulo 11 se sintetizan y discuten los principales ejes de vulnerabilidad al VIH e ITS detectados en el estudio y, finalmente, el capítulo 12 plantea algunas implicaciones y líneas de reflexión para las estrategias preventivas que puedan llevarse a cabo desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

## 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

---

Dada la naturaleza de los objetivos que se planteaba la investigación, la metodología de investigación cualitativa aparecía como el enfoque más pertinente para acercarse a ellos. El empleo de la metodología cualitativa, en efecto, cuenta con una cada vez más arraigada tradición en el campo de la salud pública, al permitir acercarse a las experiencias de los sujetos dentro de su contexto social y desde sus propios marcos de referencia. Desde la metodología cualitativa “se estudia la salud no sólo como el resultado de determinadas intervenciones [biomédicas], sino explorándola desde el punto de vista de la concepción cultural y simbólica que la población tiene de la misma”<sup>3</sup>. Adicionalmente, tal como señalan Pernas, Román y Arévalo, “el enfoque cualitativo permite poner en relación las estructuras sociales –el género, la clase, la etnia, etc.– con la experiencia y la práctica de los sujetos. La comparación entre posiciones y discursos desvela la estructura social, que a su vez explica los comportamientos de los actores sociales, sus percepciones y sus decisiones”<sup>4</sup>. Es por esto que el presente estudio no podía plantearse más que desde una aproximación cualitativa.

### 2.1. METODOLOGÍA EMPLEADA

Además de la revisión bibliográfica realizada, las técnicas empleadas específicamente en la investigación han sido tres: los grupos de discusión triangulares, las entrevistas personales en profundidad y las entrevistas a informantes clave.

#### **Grupos de discusión**

En el contexto de las dinámicas grupales, se han llevado a cabo específicamente **grupos triangulares**, compuestos por 3-4 personas, en lugar de los grupos de discusión “canónicos” con 7-8 participantes. Se decidió recurrir a esta versión “reducida” puesto que, mientras que los grupos de discusión tradicionales, por su propia dinámica, tienden a centrar su discurso en las representaciones sociales generales, compartidas y más “abstractas” y a dejar de lado las experiencias personales y los comportamientos “encarnados”, los grupos triangulares posibilitan en mayor medida que los grupos de discusión la combinación de las experiencias y prácticas personales con las representaciones colectivas.

Se han realizado así **5 grupos triangulares de discusión** con diferentes perfiles (edad, origen, orientación sexual, estatus socioeconómico...), en los que han participado un total de **16 jóvenes**.

---

3 Conde, F y Pérez Andrés, C (1995) “La investigación cualitativa en Salud Pública”, Revista Española de Salud Pública, 1995; 69: 145-149.

4 Pernas, B, Román, M y Arévalo, E (2013) Mujeres con VIH/sida que están sometidas a Violencia de Género, Documentos Técnicos de Salud Pública, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid, pág. 17.

## **Entrevistas en profundidad**

Las **entrevistas personales en profundidad** se han llevado a cabo tanto con **jóvenes sin VIH** como con **jóvenes con VIH**, de modo que se pudiera abordar más a fondo las dimensiones biográficas de sus experiencias vitales en relación con los objetivos de la investigación. Las entrevistas procedieron mediante una dinámica abierta y semi-estructurada que, sin renunciar a la cobertura de los temas cardinales del estudio, permitiera la incorporación de los puntos de vista, marcos de interpretación y perspectivas propias de cada entrevistado.

Se ha entrevistado a un total de **24 jóvenes**, con las características que señalaremos a continuación en el cuadro muestral:

## **Entrevistas con informantes clave (profesionales y técnicos)**

De forma previa al trabajo de campo con los jóvenes se realizó un conjunto de **entrevistas a informantes expertos en el campo de la prevención del VIH** (encargados de pruebas rápidas, responsables de prevención en organizaciones, personal sanitario, mediadores de salud...). Este conjunto de entrevistas tenía un objetivo doble. Por un lado, recopilar información especializada sobre la situación de la epidemia de VIH entre los varones madrileños jóvenes, los cambios en las prácticas sexuales de riesgo, las concepciones del VIH y otras cuestiones pertinentes al estudio. Por otro lado, varios de los profesionales entrevistados colaboraron en el reclutamiento de participantes para la investigación. Sin su colaboración no hubiera sido posible la realización del estudio. Queremos por tanto agradecer a todos/as ellos/as su disposición y ayuda.

Se entrevistó a un total de **10 informantes clave**, buscando reflejar una suficiente variabilidad entre sus perfiles en lo referente a ámbitos de trabajo, población a la que atienden, relación con el sistema sanitario y el ámbito asociativo, etc.

## **2.2. FORMAS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

El reclutamiento de participantes para un estudio de estas características resulta un elemento central del propio proceso de investigación. Por ello, se han conjugado diferentes técnicas o "camino" para contactar con jóvenes. Así, si primordialmente se ha reclutado a participantes a partir de centros, organizaciones y asociaciones donde se realizan pruebas rápidas de VIH, se ha recurrido también a otras vías, de modo que la investigación no quedara ceñida únicamente al "circuito" de asociaciones y centros de salud donde se realizan las pruebas.

De modo que se ha contado finalmente con tres vías de reclutamiento:

- Reclutamiento mediante asociaciones, centros de salud y organizaciones.
- Contactación profesional para varios de los grupos de discusión.

- Estrategias de “bola de nieve” a partir de contactos personales y con otros participantes – técnica de “muestreo” que resultó especialmente pertinente para algunos perfiles más específicos y difíciles de alcanzar, como los inmigrantes subsaharianos.

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado y un acuerdo de confidencialidad. Se agradeció su participación mediante la entrega de 35 euros, para compensar su tiempo y gastos de desplazamiento. Todas las entrevistas menos una, que no dio permiso para ello, fueron grabadas en audio. Se transcribieron las entrevistas y grupos más representativos, trabajando el resto para el análisis a partir de la escucha de las grabaciones.

Deseamos expresar públicamente nuestro agradecimiento a los 40 jóvenes que participaron en grupos y entrevistas, en ocasiones exponiendo aspectos muy íntimos de sus vidas sexuales y afectivas. Su papel es el más importante en el presente estudio y confiamos que tanto el análisis de sus palabras como las propuestas estratégicas que se desprendan de él sirvan para mejorar la vida y la salud de otros jóvenes como ellos.

## 2.3. MUESTRA DEL ESTUDIO

Finalmente, como venimos señalando, la muestra de jóvenes del estudio consistió en 40 chicos –17 de ellos participantes en grupos de discusión y 23 entrevistados personalmente–. La caracterización más específica de la muestra sigue a continuación.

### **Grupos de Discusión**

- **Rg 1:** Heterosexuales autóctonos, 21-24 años, estudiantes universitarios, clases medias. La mitad con pareja, la otra mitad soltera (4 participantes).
- **Rg 2:** HSH autóctonos, 21-24 años, clases medias, la mitad del grupo estudiando, la otra mitad trabajando. Cercanía al movimiento gay asociativo. Dos participantes provenientes de otras Comunidades Autónomas (4 participantes).
- **Rg 3:** HSH autóctonos, 27-29 años, clases medias, trabajando. Grupo alejado tanto del “ambiente” como del mundo asociativo. Un participante originario de otra Comunidad (3 participantes).
- **Rg 4:** Heterosexuales de origen latinoamericano, clases medias-bajas, 18-19 años (3 participantes).
- **Rg 5:** HSH autóctonos, 20-21 años, clases medias-altas, estudiantes. Cercanos al “ambiente” y al ocio nocturno, pero alejados de las asociaciones gay (3 participantes).

## Entrevistas

### Jóvenes españoles sin VIH

- **E1: Pablo<sup>5</sup>**, HSH, 27 años, clase media-alta, ocupado. Entorno de sociabilidad primordialmente heterosexual.
- **E2: Oscar**, HSH, 23 años, clase media, ocupado, entorno del "ambiente" gay.
- **E3: Javier**, HSH, 21 años, clase medias-bajas, estudiante, originario de Sevilla. Relaciones sociales principalmente fuera del "ambiente".
- **E4: Alberto**, HSH, 22 años, clase media, estudiante, voluntario en asociación gay.
- **E5: Mario**, HSH, 19 años, clase media-alta, estudiante. Entorno de sociabilidad primordialmente heterosexual.
- **E6: Dani**, HSH, 28 años, clases medias-altas, ocupado en el entorno del ocio nocturno gay.
- **E7: Luis**, HSH, 26 años, clases medias, ocupado. Entorno de sociabilidad heterosexual y del "ambiente".
- **E8: Damián**, Heterosexual, 26 años, estudiante.

### Jóvenes españoles con VIH

- **E9: César**, HSH, 29 años, diagnosticado de VIH hace 3 años.
- **E10: Marcos**, HSH, 27 años, diagnosticado de VIH hace 2 años.
- **E11: Pedro**, HSH, 29 años, diagnosticado de VIH hace 6 meses.
- **E12: Ramón**, HSH, 26 años, diagnosticado de VIH hace 3 años.

### Inmigrantes latinoamericanos sin VIH

- **E13a y E13b: Juan y Raúl**, HSH, 28 y 29 años, matrimonio español-venezolano, entorno del "ambiente".
- **E14: Roberto**, HSH, 27 años, origen dominicano, voluntario de asociación.

### Inmigrantes latinoamericanos con VIH

- **E15: Estanis** HSH, 20 años, origen venezolano, en situación de residencia irregular. En paro. Diagnosticado de VIH hace 1 mes.
- **E16: Gustavo**, HSH, 28 años, origen venezolano. Diagnosticado de VIH hace 3 años.
- **E17: Edmar**, HSH, 21 años, origen colombiano pero en España desde los 5 años. Diagnosticado de VIH hace 3 años.
- **E18: Israel** HSH, 29 años, origen mejicano. Estudiante, clases altas. Diagnosticado de VIH hace 2 años.

### Inmigrantes africanos con/sin VIH

---

<sup>5</sup> En esta lista y a lo largo del informe se emplean nombres ficticios para proteger el anonimato de los entrevistados.

- **E19: Yossou** Heterosexual, 29 años, origen senegalés y en situación irregular. En paro/venta callejera.
- **E20: Pape**, Heterosexual, 20 años, origen senegalés y en situación irregular. En paro/venta callejera.
- **E21: Eric**, HSH, 26 años, origen guineano y en situación ilegal. Trabajos precarios e irregulares. Diagnosticado de VIH en Guinea hace 4 años.
- **E22a y E22b: Assaad y Pedro**, HSH/trans-género, ambos de origen marroquí, 20 y 22 años.

## 2.4. MARCO DE LECTURA Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el marco de los cambios profundos que se vienen produciendo durante los últimos años en la vivencia del VIH, la investigación se ha planteado – ya desde el propio diseño muestral, acordado con la Comunidad de Madrid – como un estudio de perspectiva general, que pretende acercarse ante todo a los discursos y representaciones sobre el VIH/sida y las ITS ampliamente compartidos entre los varones jóvenes. Representaciones, imaginarios y percepciones desde los cuales pueden hacerse comprensibles las experiencias concretas de “prácticas sexuales de riesgo”, así como las situaciones de vulnerabilidad y ejes de desigualdad que se proyectan sobre la posible exposición al VIH u otras ITS.

No se trata, por tanto, de un estudio específico de sub-poblaciones como tal y de sus comportamientos particulares, sino de la relación que se establece entre los discursos y las prácticas, entre las imágenes sociales y los comportamientos sexuales. El informe debe ser leído así como **una exploración del modo en el que los nuevos imaginarios y representaciones en torno al VIH/sida, pero también las nuevas tecnologías preventivas, terapéuticas y “sociales” (desde la prueba rápida del VIH al propio tratamiento antirretroviral, desde la Profilaxis Post-Exposición a las aplicaciones de móvil para el contacto sexual), están “reorganizando” los discursos y prácticas de los jóvenes varones madrileños.** Cualquier estrategia de prevención requiere conocer este entorno más amplio, de modo que pueda enmarcar sus acciones concretas en el contexto social, discursivo y simbólico donde hoy “habita” el VIH/sida.

El estudio toma como objeto central, tanto en el planteamiento de la muestra como en el desarrollo del análisis, al colectivo de **Hombres que tienen Sexo con Hombres** (HSH), dado su actual protagonismo epidemiológico en la enfermedad. En el estudio se ha hecho evidente cómo nos encontramos en un momento en el que se vienen produciendo transformaciones sociales muy significativas que afectan directamente a la vida de los varones homosexuales y a las relaciones entre personas del mismo sexo. Se discuten así algunas cuestiones, como los cambios en la vivencia de la homosexualidad o en la organización social de la comunidad gay, que, pudiendo tener aparentemente una importancia más secundaria respecto de la prevención del VIH, muestran no obstante un significativo impacto sobre las formas de establecer relaciones sexuales entre varones y de concebir la “protección” en el sexo.

Aunque los jóvenes HSH constituyen el “centro” del estudio, tanto a la propia muestra como al análisis se han incorporado también **el discurso de los jóvenes heterosexuales**, la **perspectiva peculiar de la inmigración** y **las experiencias de los jóvenes que viven con VIH**. La incorporación, aún parcial, de estos otros discursos ha permitido ampliar el alcance de la investigación sobre los constructos simbólicos y discursivos que rodean hoy al VIH/sida. Sin embargo, durante la lectura del informe es preciso tener en cuenta que las informaciones respecto de estos colectivos se basan en muestras más reducidas y tienen un carácter más exploratorio, por lo que se trata de resultados que habrían de ser ampliados y contrastados en posteriores estudios.

Como es inevitable en cualquier investigación compleja, el estudio presenta una serie de **limitaciones**. Más allá de la ya señalada presencia desigual de los diversos colectivos, la investigación parte de un tamaño limitado de la muestra. Por otra parte, las opciones de diseño que resultaba necesario tomar para acomodar la amplia diversidad de posiciones en una muestra forzosamente limitada, así como el propio muestreo realizado, han conducido a una menor presencia en la investigación de ciertos sectores sociales: particularmente de los ámbitos de la exclusión social y de los jóvenes HSH socialmente más aislados, menos “integrados” en la comunidad gay y más sujetos a entornos homófobos y represivos. Si bien las entrevistas a informantes-clave complementan en parte estas limitaciones muestrales, a lo largo de la lectura del informe conviene tener en cuenta que se da una cierta sobrerrepresentación de las posiciones más centrales y que es desde ellas desde dónde se propone el análisis. Dado el aprendizaje metodológico que supone la realización de cualquier estudio y de cara a posibles investigaciones futuras, nos permitimos recomendar tres estrategias que podrían mejorar la cobertura de estos perfiles. Por un lado, la incorporación entre los colaboradores para la contactación de otras asociaciones y ámbitos que, sin trabajar específicamente el tema del VIH, estén en contacto directo con las situaciones de exclusión. Por el otro, como se hará evidente en el informe, las ventajas que podría tener la utilización investigadora de las redes sociales como Badoo o – sobre todo – las apps de contactos como Grindr o Bender, que no sólo suponen un nuevo entorno para las relaciones sexuales de los jóvenes, sino que parecen constituir un entorno más diverso, con una mayor representación de todo tipo de perfiles y situaciones (incluida la de aquellos jóvenes HSH más estigmatizados y “armarizados”). Por último, desarrollar el trabajo a lo largo de un mayor plazo de tiempo que permita mediante la técnica de la “bola de nieve” entrar en contacto con este tipo de perfiles más cercanos a la exclusión a partir de los contactos que se van estableciendo en el propio desarrollo del trabajo de campo.

### 3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

---

Antes de pasar a los resultados concretos del estudio, es conveniente realizar un primer acercamiento general al tema de investigación – a la literatura existente sobre el VIH y otras ITS entre los varones jóvenes de la Comunidad de Madrid. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de la información disponible al respecto, con particular atención a las situaciones específicas de los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y a la población joven inmigrante, los dos colectivos con mayor protagonismo entre los nuevos diagnósticos de VIH. El presente capítulo tiene así como objeto hacer un recorrido sintético por tres fuentes, tres campos de conocimiento sobre la sexualidad y las prácticas sexuales de los jóvenes varones, que proporcionan, a nuestro parecer, interesantes “rutas de acceso” al problema: los datos epidemiológicos sobre VIH e ITS; los estudios cualitativos y de análisis del discurso de los jóvenes HSH sobre las prácticas de riesgo; y los estudios antropológicos y geográfico-sociales sobre la comunidad gay. Tras la revisión de esta literatura, presentaremos el marco conceptual de la presente investigación: la lectura “espacial” de la sociabilidad sexual que se utiliza en el informe como lógica analítica y cuya comprensión es necesaria para entender la lógica del informe.

#### 3.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE USO DE PRESERVATIVO, VIH Y OTRAS ITS ENTRE LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

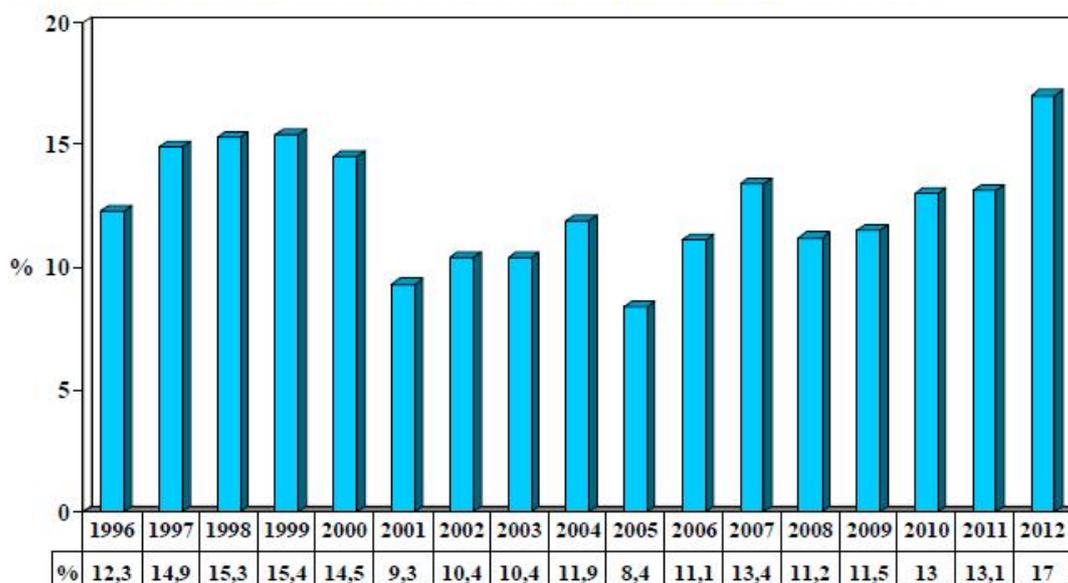
Resulta común en la literatura sociológica e epidemiológica señalar la existencia de un crecimiento de las prácticas sexuales de riesgo entre los jóvenes durante los últimos años. Si bien, como señala el sociólogo especializado en juventud y salud Domingo Comas, existe un cierto relato “estereotipado”, un lugar común que repiten periódicamente los medios de comunicación<sup>6</sup>, sí que es cierto que casi todas las encuestas longitudinales corroboran al menos un dato: el **descenso del uso del preservativo entre los jóvenes** respecto de los porcentajes de uso de hace 10-15 años. De acuerdo con el Informe Juventud 2008 –la última encuesta comprensiva realizada hasta el momento por el INJUVE con datos sobre prácticas sexuales y actitudes ante la sexualidad de los jóvenes españoles– más del 40% de los jóvenes españoles entre 15 y 29 años dejaron de utilizar alguna vez o no utilizaron nunca el preservativo en sus relaciones sexuales durante el último año. En el caso específico de los adolescentes madrileños (Gráfico 3.1), las fuentes de vigilancia epidemiológica (centradas en la población de 15 y 16 años) también

---

<sup>6</sup> “Se trata de un relato sustentado en unos pocos argumentos: el primero que los sucesivos grupos de personas jóvenes (ya que siempre son “las actuales personas jóvenes” de cualquier época), adoptan desde los 13/14 años (e incluso antes) un comportamiento sexual desaforado, en el que aparecen supuestas prácticas sexuales inéditas, que se van sustituyendo las unas a las otras (aunque son siempre las mismas), generalmente descritas con sucesivos neologismos, que sólo conocen los iniciados (que son obviamente todos los lectores)”, Domingo Comas, Informe Juventud 2008: Tomo 3: Estado de Salud de la Juventud , INJUVE, pág. 83.

muestran desde 2005 una tendencia de crecimiento en la proporción de jóvenes que no utilizan métodos anticonceptivos (preservativo y/o píldora anticonceptiva), cabiendo pensar que la mayor parte de ese crecimiento tiene que ver con el descenso del uso del preservativo:

**Gráfico 3.1. Jóvenes madrileños de 15 y 16 años que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces (preservativo y/o píldora anticonceptiva) en su última relación sexual.**



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

\*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

A este respecto, resulta de especial relevancia la **epidemia de VIH**, dado que como es sabido, España es uno de los países más afectados de la Unión Europea y Madrid es la comunidad autónoma que más casos presenta en el territorio nacional. Además, estarían apareciendo diagnósticos de infección por VIH en edades más tempranas que en el pasado reciente: de acuerdo con el sistema de Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid, un 30,2% de los nuevos diagnósticos entre 2007 y 2013 tenía entre 20 y 29 años. Igualmente sucede con otras **ITS**, como la sífilis o la infección gonocócica, que también estarían creciendo entre los jóvenes: la incidencia de sífilis en la franja de edad de 25-29 años, por ejemplo, se ha duplicado entre 2005 y 2009.

En cuanto a las lógicas de prevalencia del VIH y otras ITS en la CM, los datos no dejan lugar a dudas<sup>7</sup>:

- El 84,2% de los nuevos diagnósticos de VIH entre 2007 y 2013 son **varones**, porcentaje que además ha ido aumentando (88,8% en 2013), y

<sup>7</sup> "Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid, 2011", Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 5. Volumen 20. Mayo 2014.

que también se refleja en la población joven (84,4% de varones). Igual protagonismo masculino hay en la mayoría de casos de ITS.

- La **transmisión sexual**, y de forma más específica, la relacionada con prácticas sexuales por parte del colectivo de **HSH**, son actualmente el principal medio de transmisión tanto del VIH como de otras ITS.
- El 45,9% de los nuevos diagnósticos de VIH corresponde a **personas nacidas fuera de España**, porcentaje que aún aumenta ligeramente en el caso de los jóvenes de entre 20 y 29 años, donde llega al 50%. En el caso de otras ITS, la tasa de casos de jóvenes nacidos fuera de España oscila entre el 25-30%.

Si actualmente se habla de una suerte de "triple epidemia" de VIH en España, que habría fragmentado en diversas lógicas epidemiológicas la anterior "homogeneidad" de la epidemia<sup>8</sup>, en el caso de los jóvenes varones existen dos colectivos que han tendido a aumentar significativamente su protagonismo durante los últimos años entre los nuevos diagnósticos: HSH y población inmigrante.

### 3.1.1 Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)

Desde principios de la década de los 2000, el colectivo de HSH ha ido ganando protagonismo porcentual entre los nuevos diagnósticos de VIH en España hasta convertirse en el colectivo numéricamente central en la epidemia –53,4% de los nuevos diagnósticos para varones durante el año 2009–, en el cual todas las instancias preventivas (desde el Plan Nacional de Sida hasta las acciones más específicas de ONGs) recomiendan centrar las acciones de prevención del VIH/sida y de promoción de la salud sexual. Además, existe un importante solapamiento entre el VIH y otras ITS: en 2009, el 28% de los HSH diagnosticados de sífilis y el 15% de los enfermos de gonococia identificados en centros de ITS estaban coinfectados por el VIH<sup>9</sup>. En el caso más concreto de la Comunidad de Madrid, y entre los varones de menos de 29 años, la transmisión HSH es abrumadoramente mayoritaria, resultando casi el 90% de los nuevos casos (Gráfico 3.2):

Por otro lado, los datos existentes al respecto tienden a indicar que habrían venido creciendo las **conductas sexuales de riesgo** en este colectivo y de forma especial entre los HSH más jóvenes<sup>10</sup>. El incremento de las prácticas de riesgo se produce también entre los HSH que viven con VIH –algo que correlacionaría con el

---

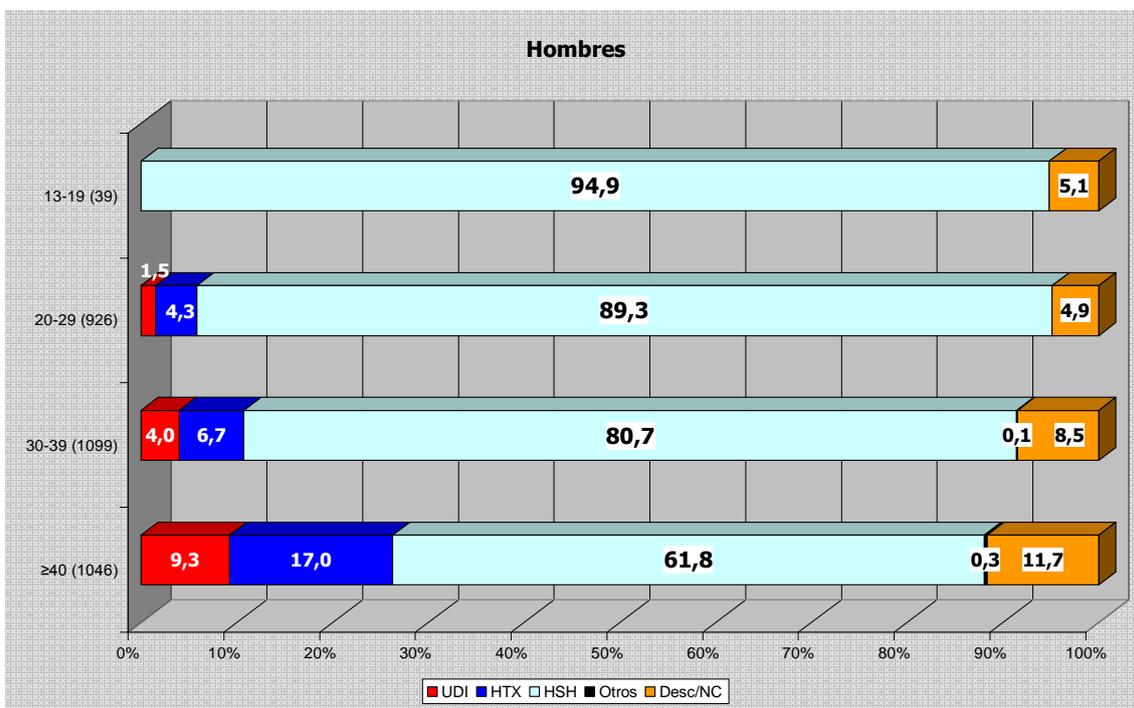
8 M. Díez et al. (2012) "Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009". Gaceta Sanitaria. 2012;26(2):107-115.

9 Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Situación epidemiológica de la infección por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.

10 Folch et al (2010) "Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña", Gac Sanit. 2010; 24(1):40-46.

crecimiento de otras ITS, como la sífilis, dentro del colectivo de varones con VIH<sup>11</sup>-.

**Gráfico 3.2: Nuevos diagnósticos de VIH en la CM 2007-2012 entre varones nacidos en España: distribución por edad al diagnóstico y mecanismo de transmisión**



Fuente: Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid, 2011

Un factor que destacan al respecto varios estudios es la relación entre las prácticas sexuales de riesgo del colectivo de HSH (particularmente la Penetración Anal sin Condón – PASC) con el **consumo de drogas**, tanto recreativas en general (alcohol, cocaína), que harían disminuir el control sobre la conducta sexual, como “drogas sexuales”, consumo de ambas que sería muy alto en HSH<sup>12</sup>. Consumo de drogas que habrá de ser puesto en relación, en la presente investigación, con la indagación más general en los **estilos de vida y formas de vivencia de la sexualidad** por parte del colectivo de HSH jóvenes.

En este sentido, la atención específica a los HSH más jóvenes se enmarca dentro de una cuestión más amplia, señalada en otros ámbitos geográficos pero menos estudiada en nuestro país, que resultaría crucial para la prevención del VIH y que apunta a una suerte de **“ruptura generacional”** dentro del colectivo de

11 Sánchez C, Plaza Z et al (2013) “Scaling up epidemics of acute hepatitis C and syphilis in HIV-infected men who have sex with men in Spain”, Liver Int. 2013 May 15. doi: 10.1111/liv.12212. [Epub ahead of print] .

12 EMIS 2010: The European Men-Who-Have- Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries, European Centre for Disease Prevention and Control.

HSH/gays<sup>13</sup>. Salto generacional, que haría que los HSH de edades más jóvenes mostraran comportamientos, actitudes y percepciones diferentes respecto de la salud sexual, el VIH y las ITS que los HSH más adultos, y que aconsejaría por tanto indagar en formas y discursos preventivos específicos.

Al respecto cabe señalar que, si bien se apunta a la mayor vulnerabilidad general de los HSH jóvenes frente al VIH y a esa supuesta “transición generacional”, generalmente se han estudiado aún poco las formas específicas de vivencia de los jóvenes HSH. En el contexto europeo y español existen algunas encuestas recientes que se han acercado específicamente al colectivo de HSH en su relación con el VIH (p.e el **estudio EMIS**, realizado en 38 países europeos<sup>14</sup>) pero siguen existiendo grandes lagunas respecto a la franja de edad más joven, entre otros factores, por la menor participación de HSH menores de 30 años en los procesos de investigación.

### 3.1.2. Población de origen extranjero

En el contexto específico del VIH en la Comunidad de Madrid se corrobora la tendencia general del país, en el sentido de que **ha venido creciendo el porcentaje de población de origen inmigrante entre los nuevos diagnósticos**. Según la vigilancia epidemiológica, el 46,5% de los nuevos diagnósticos de VIH en la CM entre 2007 y 2012 ha nacido fuera de España, siendo además más jóvenes al diagnóstico: la media de edad al diagnóstico es de 33 años en mujeres foráneas y de 34 en hombres foráneos, mientras que en autóctonos la media de edad es de 38 años en mujeres y de 36 en hombres. Así, casi la mitad de los nuevos diagnósticos entre jóvenes de 20 a 24 años de la CM (el 49,6%) han nacido fuera de España.

En cuanto a la proveniencia geográfica del colectivo, de las infecciones de VIH diagnosticadas entre 2007 y 2012 en Madrid entre personas nacidas fuera de España, la amplia mayoría habían nacido en **América Latina** (28,4%), seguido a amplia distancia del **África Subsahariana** (8,8%), América del Norte (0,4%), Europa del Este (3,4%) y Norte de África (0,9%) (Gráfico 3.3). La centralidad del colectivo, por tanto, se encuentra ante todo en población originaria de **América Latina y el Caribe** y del **África Subsahariana**<sup>15</sup>.

---

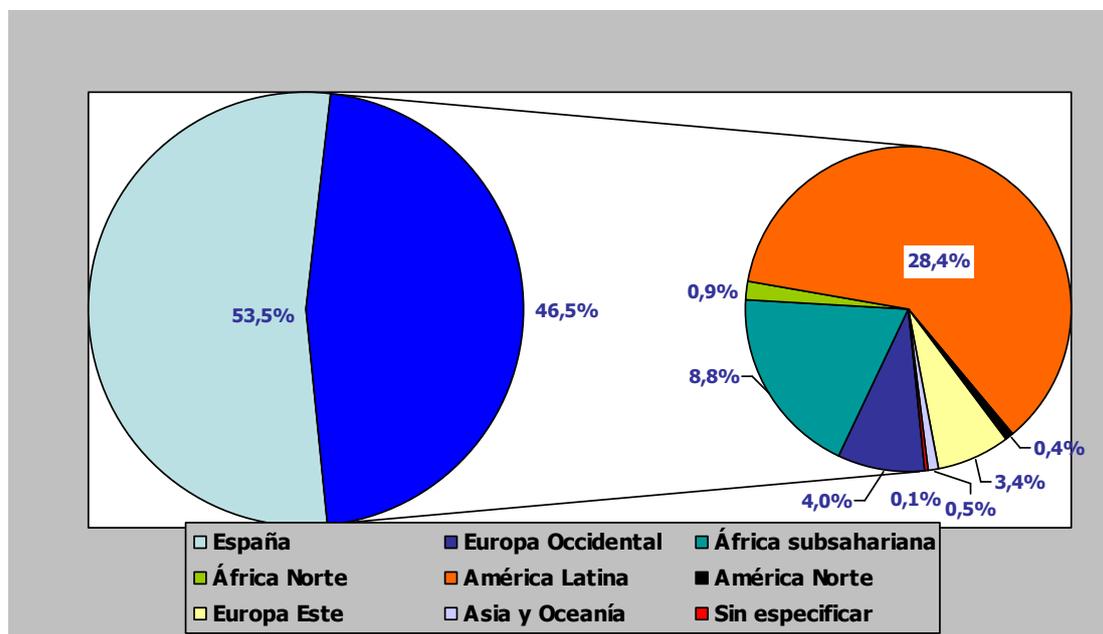
13 Newman et al. (2010) “HIV generations? Generational discourse in interviews with Australian general practitioners and their HIV positive gay male patients”, Soc Sci Med. 2010; 70(11):1721-7.

14 EMIS 2010: The European Men-Who-Have- Sex-With-Men Internet Survey, . op. cit.

15 A tenor de algunas estadísticas adelantadas antes de su publicación por parte de la Comunidad de Madrid para el equipo del presente estudio, el peso de la población subsahariana entre los nuevos diagnósticos habría caído de forma radical en los años 2012-2013, muy particularmente entre los menores de 29 años, de tal modo que estas cifras se han relativizado ampliamente. Habría aquí dos posibles interpretaciones. Por un lado, desde un acercamiento optimista, cabe pensar, dado el retraso diagnóstico del colectivo, que la mayor parte de las infecciones de este grupo se habrían producido en sus países de origen, y sería por tanto la caída en la llegada de inmigrantes durante estos últimos tres años la que habría hecho descender significativamente su porcentaje entre los nuevos diagnósticos. Una lectura más crítica habría de tener en cuenta los efectos de la “exclusión sanitaria” a la que desde 2012 se enfrentan las personas no residentes y que, de acuerdo con algunos

Hay algunas otras particularidades del colectivo inmigrante en lo que tiene que ver con el VIH y las ITS que también es preciso tener en cuenta:

**Gráfico 3.3: Nuevos diagnósticos de VIH en la CM 2007-2012: distribución por lugar de nacimiento**



Fuente: Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid, 2011

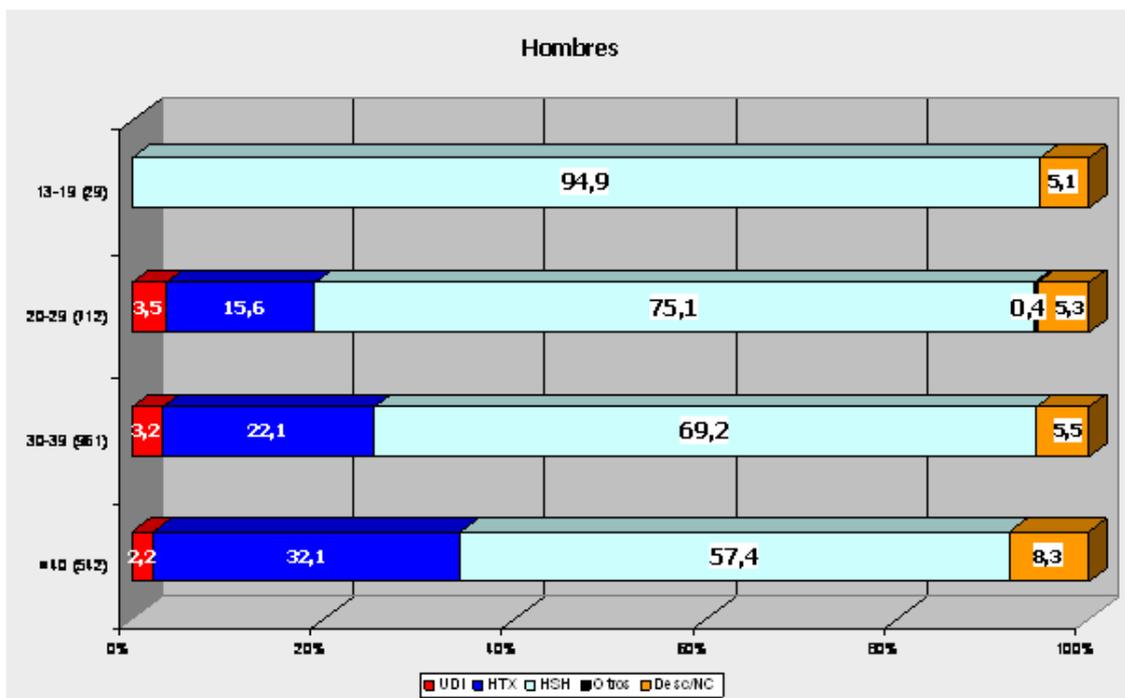
- **También entre los jóvenes varones inmigrantes domina la transmisión sexual entre HSH**, pero hay una mayor presencia de mecanismo de transmisión heterosexual que en población autóctona (Gráfico 3.4). Aunque no contamos con los datos desagregados en detalle para los varones, parecería que la mayor parte de estos casos de transmisión heterosexual se produce en personas del África Subsahariana (el 94% de este colectivo ha tenido como vía la transmisión heterosexual).
- **Menor información sobre el VIH y las ITS:** tanto los inmigrantes de origen latino como los africanos parecen, según todas las encuestas realizadas, contar como colectivo con mucha menor información sobre el VIH, las ITS y sus modos de transmisión y prevención<sup>16</sup>.
- Dentro del colectivo parece clave la situación económica/profesional, y en particular, las **situaciones de precariedad vital y cercanía a la exclusión social** en relación clara con la posesión o no de permiso de residencia en

estudios, ha supuesto la pérdida del derecho a la atención sanitaria para 873.000 personas (Legido-Quigley et al, "Erosion of universal health coverage in Spain", The Lancet, 382 (9909), p. 1977, 14 December 2013) .

16 Ríos, E., Ferrer, L. et al (2009) "Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña", Gac Sanit.2009;23(6):533-538; Castro, A., Bermúdez, M.P y Buela-Casal, G. (2009): "Variables relacionadas con la infección por VIH en adolescentes inmigrantes latinoamericanos: una revisión", Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18, 227-240; Bermúdez, Castro y Buela.Casal, (2010) "Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España", International Journal of Clinical and Health Psychology 10, 89-103; Domingo Comas, Informe Juventud 2008, op. cit.

nuestro país. Y ya no sólo por las dificultades de acceso a la atención sanitaria a la que se ven abocadas estas personas, sino porque incluso, en algunos estudios sobre el tema<sup>17</sup>, tener o no trabajo aparece como la variable central que sirve para diferenciar internamente al colectivo inmigrante en cuanto a su conocimiento del VIH/sida.

**Gráfico 3.4: Nuevos diagnósticos de VIH en la CM 2007-2012 en varones nacidos fuera de España: distribución por edad al diagnóstico y mecanismo de transmisión**



Fuente: Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid, 2011

- Un último aspecto a resaltar es el mayor **retraso diagnóstico** del colectivo de personas con VIH nacidas fuera de España, lo cual indica un menor acceso y una menor frecuencia de realización de la prueba diagnóstica, como también destacan otros análisis dedicados específicamente al colectivo<sup>18</sup>. En el caso específico de la Comunidad de Madrid, el diagnóstico tardío (es decir, recuentos de CD4 inferiores a 350 células/microlitro) es especialmente grave entre pacientes con origen en el África Subsahariana, donde ha llegado a ser del 65,4% en los casos diagnosticados entre 2007 y 2013<sup>19</sup>.

17 Ríos et al, "Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña", op. cit.

18 "Situación Epidemiológica del VIH/sida en inmigrantes", Secretaría del Plan Nacional sobre el sida / Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

19 Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida. Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Mayo 2014. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 5. Volumen 20. Mayo 2014.

### 3.2. PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO: FACTORES, DISCURSOS Y RACIONALIDADES

En cuanto a las prácticas sexuales de riesgo, lo cierto que contamos con escasa información cuantitativa centralizada para el caso específico de la Comunidad de Madrid. Datos de otros ámbitos indican, sobre todo, una alta presencia de relaciones de riesgo en el **colectivo de HSH**, sobre todo debido a la PASC (penetración anal sin condón). La encuesta EMIS, por ejemplo, recogió un 58% de HSH europeos que reportaban al menos un caso de PASC durante el último año<sup>20</sup>. Igualmente, los datos disponibles para Cataluña indican cómo el uso consistente del preservativo en la penetración anal con parejas ocasionales descendió del 72,9% al 58,7% en los menores de 30 años entre 1995 y 2006<sup>21</sup>. Por otro lado, entre el colectivo latino (mayoría en los nuevos diagnósticos dentro de la población extranjera) también domina el mecanismo de transmisión homosexual, presumiblemente con exposiciones similares (o superiores<sup>22</sup>) al riesgo. Algunos estudios internacionales han efectuado revisiones y/o metanálisis de los **factores asociados al riesgo sexual entre los HSH jóvenes**. Los principales factores que se suelen asociar con las conductas sexuales de riesgo en este colectivo son los siguientes<sup>23</sup>:

- Uso de drogas y alcohol.
- Rasgos de personalidad (impulsividad, búsqueda de sensaciones fuertes...).
- Salud mental y situaciones de no estabilidad personal.
- Abandono del preservativo con la pareja primaria.
- Factores familiares (rechazo, dificultad de "salir del armario"...).
- Presencia de abuso sexual en la infancia.
- Socialización en contextos con alta incidencia de prácticas de riesgo (p.e. saunas, locales de sexo...).
- Menor conexión con la comunidad gay.
- Búsqueda de compañeros sexuales a través de Internet.
- Trabajo sexual y exclusión social.

Si bien esta explotación de los datos epidemiológicos resulta útil en un sentido general, también es cierto que, respecto de la anterior lista de "factores", se echan en falta "motivos", es decir, razones, discursos, vivencias, etc. que sólo se pueden captar desde una perspectiva cualitativa. Acercarnos a las vivencias del riesgo no puede hacerse desde una comprensión puramente racional de la conducta, dado que "los sujetos sociales nunca se comportan según criterios de racionalidad definidos externamente siguiendo criterios exclusivamente técnicos.

---

20 Encuesta EMIS, op. Cit.

21 Folch et al (2010) "Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña", op. cit.

22 Algunos detectan una menor utilización del preservativo por parte de los adolescentes de origen latinoamericano: Bermúdez, Castro y Buela.Casal, (2010) "Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España", International Journal of Clinical and Health Psychology 10, 89-103.

23 Mustanski et al (2011) "HIV in young men who have sex with men: a review of epidemiology, risk and protective factors, and interventions", J Sex Res. 2011 Mar;48(2-3):218-53.

Abordar a los sujetos desde sus propios marcos de sentido y contextos sociales significa tener presentes los modos específicos de comprender las relaciones sociales, la sexualidad y el riesgo que están detrás de sus acciones, para captar realmente los porqués de sus decisiones”<sup>24</sup>.

¿Qué nos dicen, pues, los estudios que recogen la visión de los propios jóvenes HSH? En España, y desde una perspectiva cualitativa, las fuentes más relevantes a este respecto son los estudios de Percy Fernández Dávila<sup>25</sup>, que señalan toda una serie de **motivos “no sexuales” para implicarse en prácticas de riesgo** con parejas ocasionales: la búsqueda de conexión e intimidad; la reafirmación del sentido de valía personal y del propio atractivo físico; la compensación de carencias afectivas y sentimientos de soledad; el enamoramiento; la conversión del riesgo en placer por lo prohibido (“morbo”); o el deseo por rebelarse contra las normas establecidas. Otros estudios enfocados desde la perspectiva de la teoría *queer* o el psicoanálisis también exponen motivaciones profundas, implícitas y complejas, por ejemplo entre los individuos que participan de la sub-cultura *bareback* (la búsqueda deliberada de sexo sin protección)<sup>26</sup>.

Hay dos cuestiones transversales que recogen muchos de los estudios cualitativos respecto de las prácticas sexuales de riesgo entre jóvenes HSH y que, dado el protagonismo que han tenido en la presente investigación, queríamos destacar. La primera se refiere al **optimismo frente al VIH y el logro de la cronicidad**. Una de las principales explicaciones para el crecimiento en el número de infecciones y prácticas de riesgo entre HSH que viene detectándose desde finales de la década de los 90 es la tesis del “optimismo frente al VIH”<sup>27</sup>. Esta hipótesis propone que, tras la introducción de tratamientos más efectivos, los HSH habrían perdido la sensación de urgencia y amenaza que rodeaba al VIH y habrían “retornado” a prácticas sexuales no seguras. La imagen de que el VIH es ahora una enfermedad crónica – con, incluso, en ocasiones, una visión muy atenuada de la misma entre quienes cuentan con más información, que en otro lado se ha llamado “cronicidad débil”<sup>28</sup>– llevaría en parte a “perderle el miedo”. Incluso las noticias sobre VIH en los medios de comunicación “destacan continuamente el descenso en el ritmo de expansión del VIH y la mortalidad a causa del sida y otras enfermedades

---

24 Villaamil, Jociles y Lores, “La concepción del sujeto en los estudios sobre el riesgo y la prueba del VIH”, Revista Internacional de Sociología, N 42, Septiembre-Diciembre, 2005, pp.69-99.

25 Fernández Dávila, P. (2007) «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo”, Gac Sanit v.21 n.6 nov.-dic. 2007; Fernandez-Dávila, P. (2009) “Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo”, Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 10, No 2, 2009; Fernández Dávila, P. y Zaragoza Lorca, K. (2011) “Trust and Sexual Interaction: The Significance of the Internet on the Sex life and Sexual Risk Behaviors Of Gay and Bisexual Men in Spain”, International Journal of Sex Health, 23/2, 2011; Fernández Dávila, P. y Morales Carmona, A. (2013) “Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-Positivos que tienen sexo con hombres”, Rev. Esp. Salud Publica vol.87 no.4 Madrid jul.-ago. 2013.

26 Dean, T (2009) Unlimited Intimacy. Reflections on the Subculture of Barebacking, The University of Chicago Press.

27 Adam, B, “AIDS Optimism, Condom Fatigue or Self-Esteem? Explaining Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men”, The Journal of Sex Research, Vol 42, Number 3.

28 Conde F, Santoro P y Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de Seisida, “Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo”, Rev. Esp. Salud Publica 2012, 86(2), 139-152.

asociadas al VIH, gracias al aumento del diagnóstico y los tratamientos disponibles<sup>29</sup> contribuyendo, en cierta medida, también a que se “baje la guardia”.

La relación entre este “optimismo” y prácticas de riesgo no es sin embargo tan evidente en los estudios existentes: mientras que algunos análisis conceden gran importancia a este factor<sup>30</sup>, otros cuestionan una relación automática<sup>31,32</sup>. Otros estudios recientes también sugieren que esta hipótesis no puede servirnos como explicación única y definitiva de las conductas sexuales de riesgo, sino que ha de ser tomada como un elemento más dentro de un complejo conjunto de significados, discursos y motivaciones<sup>33,34</sup>.

En segundo lugar, igualmente relevante resulta el proceso que algunos teóricos llaman la “digitalización de la subcultura gay”<sup>35</sup>, y que se refiere al **protagonismo de Internet** en el establecimiento de contactos sexuales entre HSH, y a la relación que pueda tener el establecimiento de lazos “virtuales” con las prácticas de riesgo. La introducción de Internet en el proceso de búsqueda de compañeros sexuales se ha asociado con el aumento del número de parejas sexuales<sup>36</sup> y con una mayor apertura a experimentación sexual<sup>37</sup>, etc. que a veces se ha vinculado con situaciones de adicción e impulsividad sexual. Si bien es un tema que tiene una extensa bibliografía<sup>38</sup> es algo menos estudiado en nuestro país. Menos estudiado aún resulta el impacto de la aparición más reciente de **nuevas aplicaciones móviles** (Grindr, Bender, Scruff...) que hacen uso de la geolocalización para facilitar la socialización y los encuentros sexuales entre HSH y que en la presente investigación han resultado capitales. Grindr, la app más popular de entre ellas, tiene más de 7 millones de usuarios mundiales en 2013, y en España más de 260.000 (siendo el sexto país en número de usuarios)<sup>39</sup>.

---

29 Fundación Vila-Casas, “La Comunicación Pública en torno al sida y el VIH. Informe Quiral 2012”, Fundación Vila-Casas y Observatorio de Comunicación Científica Universitat Pompeu i Fabra, 2013 .

30 Folch, C. et al “Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña” op. cit.

31 Elford J, Bolding G, Sherr L. “High-risk sexual behaviour increases among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of HIV optimism?” AIDS 2002, 16(11):1537-1544.

32 Miller ML, Schilder A J, Buchner C S, Martindale S L, Chan K, Craib K J P, O’Shaughnessy M V, Hogg R S, Spittal P “Reflections on the concept of HIV treatment optimism by young gay men (YGM) in the context of rising HIV incidence”, Canadian Journal of Infectious Diseases, 13 (Supplement A), 70.

33 Fernandez-Davila, P (2012) “Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo”, op. cit.

34 Prestage G, Down IA, Bradley J, McCann PD, Brown G, Jin F, Hurley M “Is optimism enough? Gay men's beliefs about HIV and their perspectives on risk and pleasure” Sexually Transmitted Diseases 2012 Mar;39(3):167-72.

35 Mowlabocus, S. (2010) Gaydar Culture, Gay Men, Technology and Embodiment in the Digital Age, Ashgate.

36 Weatherburn P, Hickson F and Reid D (2003) Net Benefits: Gay Men’s Use of the Internet and Other Settings Where HIV Prevention Occurs. London: Sigma Research.

37 Nuno Nodin, Alex Carballo-Diéguez and Isabel MP Leal (2013) “Sexual use of the internet: Perceived impact on MSM's views of self and others”, New Media & Society, Published online before print June 7, 2013, doi: 10.1177/1461444813489508.

38 Berg R (2008) “Barebacking among MSM internet users”. AIDS and Behavior 12(5): 822-833;

Adam PCG, Murphy DA and De Wit JBF (2011) “When do online sexual fantasies become reality? The contribution of erotic chatting via the internet to sexual risk-taking in gay and other men who have sex with men” Health Education Research 26(3): 506-515.

39 Jamie Woo, Meet Grindr: How One App Changed the Way We Connect, 2013.

¿Implica el uso de Internet y de estas nuevas aplicaciones móviles una mayor frecuencia de prácticas de riesgo? Los datos no son concluyentes y la variedad de razones por las que los HSH dicen emplear estas herramientas (p.ej. evitar el estigma o formar las primeras parejas en entornos con menor visibilidad homosexual<sup>40</sup>) aconseja una valoración matizada. Sin embargo algunos indicios así lo afirman. Dentro de una encuesta offline y online realizada en el año 2006 a HSH de Madrid, Barcelona y Bilbao/San Sebastián, una significativa mayoría de encuestados (76%) usaba Internet para buscar parejas sexuales, y se evidenciaba cómo con dichas parejas los encuestados declaraban más prácticas de penetración anal sin condón que con parejas conocidas en lugares de ambiente<sup>41</sup>. Similar protagonismo de las prácticas de riesgo en relaciones sexuales iniciadas en Internet mostraba una encuesta reciente realizada por la organización Community Health Network, que reclutó respuestas de 725 HSH que utilizan apps con geolocalización para tener sexo y que mostraba como un 46% de los encuestados tenía sexo sin protección al menos en algunas ocasiones<sup>42</sup>. Otros estudios recientes, sin embargo, asocian el encuentro con parejas ocasionales a través de Grindr con una mayor presencia de la discusión del seroestatus y con un mayor recurso al preservativo<sup>43</sup>, por lo cual es un tema que aún no está resuelto en la literatura. Sin ofrecer tampoco una lectura concluyente, el presente estudio tendería a alinearse más bien con la primera posición, dado que, como veremos más adelante, muchos de los jóvenes entrevistados tienden a relacionar Grindr con un espacio de mayor presencia y, sobre todo, "legitimidad" de las prácticas de riesgo.

### **3.3. ANTROPOLOGÍA, ESPACIO Y SEXUALIDAD: EL GIRO HACIA LA COMPREENSIÓN DE "REDES" Y "CULTURAS" SEXUALES**

La mayor parte de lo que venimos señalando hasta el momento sitúa el foco al nivel de los individuos, al nivel del sujeto aislado que individualmente "decide" en el campo sexual. Sin embargo, en línea con una creciente presencia de las ciencias sociales en el ámbito del VIH, la prevención y el análisis epidemiológico de la infección han ido virando en los últimos años hacia una comprensión más comunitaria de la problemática (p.ej. mediante el recurso a la noción de Carga Viral de la Comunidad<sup>44</sup>). En efecto, para entender los comportamientos sexuales y sanitarios de las personas no basta con acercarse al individuo aislado, autónomo, sino que es preciso entender las lógicas sociales y comunitarias que le

---

40 Bolding et al (2007) "Where Young MSM meet their first sexual partner: the role of the Internet", AIDS Behav 11: 522-526.

41 Percy Fernández-Dávila, Kati Zaragoza Lorca (2009), "Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres", Gac Sanit.2009;23:380-7 - Vol. 23 Núm.5.

42 Community Healthcare Network, "Zero Feet Away. Perspective on HIV/AIDS and Unprotected Sex in Men Who Have Sex with Men Utilizing Location-based Mobile Apps", January 2013.

43 Rice E et al (2012) "Sex Risk among Young Men who have Sex with Men who use Grindr, a Smartphone Geosocial Networking Application", J AIDS Clinic Res 2012, S4:005.

44 Das et al (2010) Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco, PLoS One. 2010 Jun 10;5(6):e11068.

rodean y le condicionan. Y más aún, como debiera resultar obvio, en un campo como el del VIH, donde la presencia del estigma, por un lado, y la organización comunitaria de la "sub-cultura" gay han tenido un rol directo en la evolución de la epidemia. Para el enfoque que adoptaremos en nuestro estudio hay dos literaturas especializadas que muestran una especial relevancia, al acercarse a esa vivencia comunitaria desde una perspectiva más sociológica, que trata de comprender los comportamientos y prácticas sexuales siempre dentro de "redes sexuales"<sup>45</sup>.

La **literatura antropológica**, en particular, ha aportado algunos estudios valiosos al respecto. Para el caso madrileño, la línea de investigación del grupo en torno a Fernando Villaamil, en la Universidad Complutense de Madrid, es particularmente útil al aproximarse al VIH, las prácticas de riesgo y la realización de la prueba desde una concepción de la comunidad gay como cultura<sup>46</sup>. Encontramos entre estos autores u otros que siguen una perspectiva similar, algunos estudios de tipo etnográfico sobre los locales comerciales de encuentro sexual<sup>47</sup>, sobre la práctica del *cruising* –intercambio sexual anónimo en lugares públicos<sup>48</sup>- o sobre los espacios de sociabilidad sexual y las "economías sexuales" entre hombres en un sentido más amplio<sup>49</sup>, que aportan claves relevantes y que, en cierta manera, continúan las investigaciones pioneras en nuestro país que realizó el antropólogo catalán Oscar Guasch, cuyo texto *La Sociedad Rosa* (1991) continúa siendo un libro fundamental para aproximarse a esas dimensiones comunitarias de la identidad homosexual<sup>50</sup>.

En el plano general, todos estos estudios destacan **la relación entre el modo de encarar y vivir el VIH y el momento socio-histórico de las "culturas sexuales"**, y en particular de la comunidad gay, que además estaría en los últimos tiempos viviendo cambios muy profundos – cambios que, como señala Adam, "dan forma a la experiencia de generaciones enteras e intersectan con el desarrollo personal de los individuos dentro de las culturas en movimiento en las que participan"<sup>51</sup>. Fernando Villaamil destaca la interrelación entre la **conformación socio-política del colectivo gay durante los años 80 y 90**, la construcción de una **identidad gay hegemónica** y la invención de **formas de afrontar la epidemia de VIH** – a través del sexo (más) seguro y la lucha contra el estigma: "Los gays se han constituido como colectivo en la arena de lo público al mismo tiempo que se disponían a convivir con el VIH. Identidad gay,

---

45 Thornton, R. *Unimagined Communities: Sex, Networks and AIDS in Africa*, London, 2008.

46 Villaamil, F. (2005) *La transformación de la identidad gay en España*. La Catarata.

47 Villaamil, F y Jociles, M I (2008) "Diferencias y desigualdades entre los HSH usuarios de locales comerciales de encuentro sexual: algunas contribuciones a las estrategias comunitarias de prevención del Vih", *Etnográfica* 12(2): 285-321; Villaamil, F y Jociles, M I (2011), "Risk and community: The impact of HIV among gays in Madrid. The case of sex clubs", *Sexualities* 14(5): 580-596.

48 Langarita Adiego, Jose Antonio (2013): "Sexo sin palabras. La función del silencio en el intercambio sexual anónimo entre hombres", *Revista de Antropología Social*, 22, 313-333.

49 Lores Massip, F. *Deseo y Peligro. Anotaciones antropológicas a una teoría de la contaminación y de los cuidados sexuales*, Tesis Doctoral, Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid, 2012.

50 Guasch, O. (1991) *La Sociedad Rosa*, Anagrama, Barcelona.

51 Adam. B A "Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention", *J Int AIDS Soc.* 2011; 14(Suppl 2): S2.

prevención del VIH y convivencia con los seropositivos gays son fenómenos simultáneos e interrelacionados<sup>52</sup>. Desde esta perspectiva, por tanto, no sólo resultan relevantes los grandes cambios legislativos, culturales y sociales que han experimentado las **concepciones de la familia y la homosexualidad**<sup>53</sup>, sino que también es de crucial importancia la historia del propio **activismo LGTB contra el VIH** y sus efectos identitarios y políticos sobre la comunidad gay<sup>54</sup>.

En línea con estos presupuestos teóricos, en 2005 Fernando Villaamil, María Isabel Jociles y Fernando Lores realizaron para la Comunidad de Madrid un estudio sobre la realización de la prueba del VIH entre HSH<sup>55</sup>. El estudio resulta especialmente útil al proponer **una tipología de "racionalidades" HSH vinculadas no sólo a la prueba en sí, sino también a la visión del sexo, la disposición a prácticas de riesgo y a la representación del VIH**. Los autores describían así cinco racionalidades: la racionalidad "preventivista", la racionalidad de los "aislados", la racionalidad "gay central", la racionalidad de la "confianza" y la racionalidad de los "supervivientes". Si bien no adoptaremos tal cual estas denominaciones ni la estructura de tipificación subyacente, sí que recuperaremos la voluntad de contemplar al colectivo HSH como un entorno de sociabilidad diversa, no monolítico, en el cual existe una pluralidad de discursos y racionalidades.

Desde otra tradición distinta pero convergente, la **geografía** ha producido algunos estudios de los comportamientos espaciales de los colectivos homosexuales, en particular alrededor de las pautas de interacción urbana y la **formación y transformación de los vecindarios gays en las grandes ciudades**. Los estudios de este cariz, centrados especialmente en ciudades occidentales con barrios gays fuertes como Nueva York, San Francisco o, dentro de España, el barrio de Chueca en Madrid o el "Gayxample" en Barcelona<sup>56</sup>, indican una relación clara con el propio devenir de la comunidad gay y su identidad política –la visibilidad, la integración de la comunidad...-. Es destacable la posición particular de la ciudad de Madrid a este respecto, en tanto que es el lugar en España con una *visibilidad* gay más *amplia* y una "escena" gay más *compleja*, en la que los espacios de sociabilidad y encuentro sexual se

---

52 Villaamil, F. (2005) La transformación... op.cit. pág. 61.

53 Para un análisis tanto de los cambios como de las continuidades que han experimentado las concepciones de la familia desde la legalización del matrimonio homosexual, ver Pichardo Galán, J I, "(Homo)sexualidad y familia: cambios y continuidades al inicio del tercer milenio", *Política y Sociedad*, 2009, 46 (1/2): 143-160.

54 Un recorrido por la historia del activismo LGTB contra el sida durante los años 80 y 90, escrito desde una perspectiva queer y radical, puede encontrarse en Carrascosa S y Vila Nuñez, F, "Geografías Víricas: hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias", en VV.AA. *El Eje del Mal es Heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas Queer*, Traficantes de Sueños, 2005.

55 Villaamil, F, Jociles, M I, Lores, F (2006) La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención, *Documentos Técnicos de Salud Pública* 100, Instituto de Salud Pública/Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid.

56 Fernández Salinas, V (2008): "¿Un planeta fuera del armario? La visibilidad gay como objeto de estudio geográfico", *X Coloquio Internacional de Geocrítica: Diez años de cambios en el mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008*, Barcelona, 26 - 30 de mayo de 2008, Universidad de Barcelona; Santos Solla X M (2002) "Espacios disidentes en los procesos de ordenación territorial", *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 40, 69-104; García Escalona (2000) "Del armario al barrio": aproximación a un nuevo espacio urbano, *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 20: 437-449.

complementan con otro extenso conjunto de servicios dirigidos al colectivo homosexual (comerciales, profesionales, servicios de apoyo institucional...)57. Chueca, específicamente, aparece aquí como barrio significativo, símbolo de reivindicación gay.

### 3.4. MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN: UNA LECTURA "SOCIO-ESPACIAL" DE LA SOCIABILIDAD SEXUAL

Así pues, estas tres grandes líneas –factores epidemiológicos frente al VIH y las prácticas sexuales de riesgo; motivos, discursos y cambios sociales en relación con el VIH y el uso/no uso del preservativo; la modificación en las "culturas sexuales"– nos señalan los datos de partida y las herramientas teóricas desde donde la presente investigación pretende acercarse a las concepciones del VIH entre los jóvenes.

La investigación se planteaba como objetivo, como habíamos recogido anteriormente, analizar la "vulnerabilidad" al VIH e ITS de la población de varones jóvenes de la Comunidad de Madrid, aproximándose al análisis más en profundidad de dicha vulnerabilidad en los jóvenes varones HSH, ya sean autóctonos como inmigrantes y, en segundo lugar, en los jóvenes varones heterosexuales, ya sean autóctonos como inmigrantes. La cobertura de dicho objetivo exigía, pues, una aproximación que teniendo su punto central en el análisis de los jóvenes HSH, permitiera integrar en la misma, aunque fuera de forma secundaria, las experiencias y las discusiones de los jóvenes heterosexuales en relación con el conjunto de objetivos de la investigación.

La aproximación que propone la investigación parte de una lectura "socio-espacial" de la sociabilidad sexual, que no accede "desde" la preferencia/orientación sexual, desde la "identidad", sino que privilegia en cambio los entornos sociales donde se sitúan las sexualidades de los jóvenes. El análisis se elabora así en torno a una comprensión "socio-espacial" del concepto de **sociabilidad sexual**, esto es, de los lugares sociales, territorios vitales, zonas de interacción, de comunicación, de trato, de juego, de ocio, dónde tienen lugar, con códigos y significados determinados, los encuentros sexuales.

El acercamiento propuesto tiene así un cierto parentesco con el "**acercamiento topográfico**" que proponen Pernas, Román y Arévalo en su estudio de la experiencia de mujeres con VIH que sufren violencia de género: "la sociedad aparece, gracias a las biografías relatadas, como un territorio o un mapa, donde las personas se sitúan en posiciones y son el centro de relaciones específicas. Su experiencia está determinada en gran medida por esas posiciones. Existen zonas más estables y protegidas socialmente, y zonas de mayor riesgo o fractura: bien por corresponderse con tránsitos temporales (como la adolescencia) o espaciales

---

57 Fernandez Salinas (2007): "Visibilidad y escena gay masculina en la ciudad española", Doc. Anàl. Geogr. 49, 2007 139-160.

(como la emigración), bien por ser zonas donde conviven culturas no hegemónicas o sometidas a discriminación (como sucede con la población gitana)<sup>58</sup>. En la perspectiva más general del presente estudio, que busca entender la vulnerabilidad desde la relación con los discursos y las prácticas, nuestra aproximación trata de ampliar esa concepción topográfica, para entender los espacios de sociabilidad sexual como espacios discursivos en relación con la vivencia de la sexualidad y los afectos, como posiciones relativas que se dan en trayectorias a la vez biográficas y espaciales, como espacios enclavados en entornos concretos donde tienden a regir discursos que sustentan prácticas sexuales y socio-afectivas diversas.

La aproximación propuesta presenta **varias ventajas para la reflexión epidemiológica**. Además de permitir el engarce en la misma lógica de análisis de los jóvenes homosexuales y heterosexuales, el acercamiento a la sociedad como un conjunto de espacios, con sus puntos de intersección y de frontera, de fricción e influencia mutua, quiere alejarse de las lecturas más identitarias y tipologizantes. Es decir, no hablaremos a lo largo del informe de grupos "opacos", de "identidades" fuertes y fijadas de una vez por todas: la biografía sexual y afectiva de cada persona se mueve por los diversos espacios y modelos, cambiando a lo largo del tiempo y reelaborándose en parte en cada nueva relación sexual y afectiva. Se quiere aceptar así la multiplicidad y no fijación cerrada de las identidades, la construcción de los sujetos en trayectorias sociales y biográficas... Esta comprensión también quiere superar la posible lectura estigmatizante de la categoría de "grupos de riesgo": como señalan también Pernas, Román y Arévalo, "es inevitable que la expresión *grupo de riesgo* cosifique de alguna forma a quien forma parte de él. A veces se produce un deslizamiento hacia la idea de grupos peligrosos, y hacia una vigilancia particular que los separa, simbólicamente, de la población general. La idea de situar el foco de atención en los contextos sociales donde se concentra el riesgo, permite identificar realmente el peso de las desigualdades sociales acumuladas sin estigmatizar a determinados grupos"<sup>59</sup>.

Por otro lado, y al igual que señalan este grupo de autoras, la propuesta espacial "permite orientar la intervención pública", al indicar "espacios sociales que necesitan acercamientos o estrategias particulares", en lugar de centrarse en "tipos de personas" a las que hay que abordar específicamente<sup>60</sup>. El planteamiento de los entornos donde tienen lugar las diversas prácticas de sociabilidad sexual puede dar pistas sobre dónde enfocar prioritariamente las intervenciones y campañas.

En el presente estudio se ha recurrido al propio "decir" de los sujetos para plantear esta lectura espacial o topográfica a partir sobre todo, como se irá viendo, de dos dimensiones: los **entornos** y los **modelos de relación**. La construcción de las identidades y las relaciones afectivas-sexuales se expresan en ese marco y por tanto, como volveremos a señalar en el capítulo dedicado a las

---

58 Pernas, Román y Arévalo, (2013) Mujeres con VIH/sida que están sometidas a Violencia de Género, op. cit, pág. 20.

59 Pernas, Román y Arévalo, (2013) Mujeres con VIH/sida que están sometidas a Violencia de Género, op. cit, pág. 73

60 Ibid, págs.. 73-74.

dimensiones de vulnerabilidad, las situaciones de riesgo frente al VIH que tienen relación con estos aspectos han centrado la línea de análisis propuesta al entenderlos como elementos de expresión y de condensación de los determinantes sociales de la salud en su sentido más amplio sobre los que puede desarrollarse una intervención de prevención y promoción de la salud más pertinente y efectiva.

Por entornos de sociabilidad sexual entenderemos los espacios físicos donde tienen su origen y se forman las relaciones afectivas y sexuales y, en un sentido más general, los ámbitos de sociabilidad donde los jóvenes desarrollan su vida. El concepto de modelos de relación hace referencia, por el contrario, a las formas "ideales" de concebir y practicar la propia sexualidad y el juego de los afectos, de enmarcar la relación sexual dentro de conceptos como pareja, experimentación, fidelidad, etc. El cruce de ambas dimensiones nos servirá para proponer un conjunto de "espacios de sociabilidad sexual" desde los cuales se interpretarán los imaginarios y representaciones del VIH/sida y las otras ITS, así como la comprensión de las prácticas de riesgo.

Pero antes de pasar al planteamiento específico de los espacios de sociabilidad, queríamos comenzar a exponer los resultados del estudio desde una dimensión más global y más histórica, que nos permita situarnos en el momento actual. Empezaremos así afrontando los cambios recientes que más se han mencionado en la investigación en cuanto a los actuales procesos de socialización sexual de los jóvenes y sus diferencias con el pasado reciente, esto es, cómo habría cambiado el "panorama" social en el que los varones jóvenes, y particularmente los jóvenes gays, enfrentan su entrada y vivencia de la sexualidad.

## 4. LOS CAMBIOS RECIENTES EN LA SOCIALIZACIÓN SEXUAL DE LOS JÓVENES

---

Entender lo que el VIH, las ITS y las prácticas de "riesgo" suponen para los chicos jóvenes que actualmente viven, aman y tienen sexo en la Comunidad de Madrid no es posible sin contextualizarlos en los cambios sociales e históricos que se han producido en las últimas décadas en todo lo que tiene que ver con la sexualidad. Es decir, sin entender las tendencias que se expresan en lo que podríamos llamar su socialización sexual en función del nuevo contexto social y cultural que les ha tocado vivir. En el caso más concreto de los HSH, foco principal de la presente investigación, cabría decir que se observa un intenso proceso de cambio y de transformación de las lógicas de socialización sexual de los jóvenes HSH, de los referentes de la identidad gay, de las propias formas de vivir la homosexualidad y de practicar el sexo con otros hombres, de la "salida del armario", etc. Proceso de cambio que también alcanza a los jóvenes heterosexuales, tanto por la modificación que genera en el modo de relacionarse con sus compañeros gays, como por la participación en una misma corriente ideológica de cambio en relación con la sexualidad.

Ya en el 2004, Fernando Villaamil señalaba que se estaba "produciendo una incuestionable negociación de las fronteras de lo vergonzante y de lo representable, lo anormal y lo normal, en relación con la homosexualidad y en un entorno de cambio generalizado de los roles de género y de sexualidad". Hoy, cerca de 10 años después, dicho proceso de cambio está ya fuertemente encarnado en las nuevas generaciones de jóvenes, y particularmente entre los jóvenes HSH representados en la investigación.

Evidentemente, existen continuidades con la institucionalidad normativa heterosexual aún dominante en nuestra sociedad, tal como señala Jose Ignacio Pichardo. El "cuestionamiento de la heteronormatividad"<sup>61</sup>, como también sucede con la crisis del patriarcado tradicional en lo que tiene que ver con el género, no equivale a su demolición. Pero también es indudable que los propios jóvenes entrevistados expresan una sensación de cambio acelerado durante los últimos años. Los chicos gays son especialmente conscientes de los cambios en su entorno y en los propios procesos de socialización de los más jóvenes a raíz, sobre todo, de las reformas legales vividas desde el año 2000, y particularmente de la legalización del matrimonio homosexual en 2005, vivida ya como una conquista irrenunciable:

*"Creo que el hecho de legislar se traduce en un cambio en el comportamiento social, y creo que se han reducido los niveles de homofobia y la opinión social... Porque el hecho de legislar implica que se habla en los medios, y eso llega a las casas y genera debate. Y al final, si*

---

<sup>61</sup> Pichardo, J.I., *op. cit.*

*ese debate se resuelve de manera positiva... que hay más libertad, etc... eso hace que la gente cambie su mentalidad. Porque estamos muy acostumbrados al: "esto es así porque lo pone la ley", y entonces, en ese momento, como que sus argumentos homofóbicos se ven restringidos. Porque la ley ya no les ampara. Entonces se callan porque saben que está mal. Es ilegal lo que están diciendo. Entonces sí que coarta esa libertad de expresión en ese sentido.... Y eso se traduce en que los chavales reciben que su padre, o su madre, que solía hacer comentarios bestiales... ya no los hace. Se reserva la opinión. Luego son muy homófobos y eso te lo encuentras en el día a día, pero que esa opinión.*

**COMO QUE SE HA DESLEGITIMADO, ¿NO?**

*Sí... Y aparte, al ponerse de moda el tema, hace que eso se quiera reflejar no sólo en los informativos, sino en toda la televisión. Entonces los presentadores homosexuales se ponen de moda y todas las cadenas quieren uno, el homosexual que sale en todas las series es imprescindible... Bueno, sólo uno. Uno y chico y con pluma (risas). Pero bueno, ya hace que la gente lo intente integrar un poco más en su vida cotidiana. Entonces, claro, no es lo mismo yo que un chico de 12 años de ahora, que en períodos muy cortos de tiempo yo noto la diferencia. En mi época, con 12 años, jamás habrías salido del armario en el instituto, era un suicidio. Y ahora yo me encuentro a chavales y chavalas que han salido del armario con 12, 13 años, y son aceptados en su clase, no tienen ningún tipo de problema. Y de hecho, si tienen algún tipo de problema, la mayor parte de la clase les ampara en lugar de ponerse en su contra, que recriminan al agresor..." (Alberto, HSH, 22 años).*

En este contexto de transformación, en la investigación se ha expresado una serie de cambios que resultan de relevancia para acercarse a los procesos de socialización sexual de los varones más jóvenes (no sólo de los chicos gais), y que trataremos a lo largo de este capítulo: la apertura social hacia nuevas formas de vivir la sexualidad, los afectos y las opciones sexuales; los cambios en la experiencia social de la homosexualidad y en la comunidad gay; la introducción de Internet en la vida afectiva y sexual; y las nuevas fuentes de educación sexual.

#### 4.1. LA APERTURA SOCIAL HACIA NUEVAS FORMAS DE VIVIR LA SEXUALIDAD Y LAS OPCIONES AFECTIVAS Y SEXUALES

A nivel social general conviene destacar **la creciente coexistencia legítima en la sociedad española de diversos modelos de convivencia, de diversas formas familiares, de diversas opciones sexuales y afectivas** que rebajan, si se nos permite la expresión, la norma más tradicional de la "familia nuclear". A este respecto, por ejemplo, resulta indicativa la encuesta realizada por el INJUVE-CIS en el año 2010 (Estudio 2854) sobre los "jóvenes ante la diversidad sexual": en ella, más del 80% de los entrevistados señalaba que si su mejor amigo les dijera que es homosexual "lo aceptaría como otra opción sexual y no cambiaría nada", casi el 90% de los entrevistados declaraba que las personas homosexuales, transexuales y bisexuales "deberían poder hablar con naturalidad en público de su orientación sexual, al igual que las personas heterosexuales" y más del 60% consideraba que "parejas del mismo sexo con hijos constituyen una familia".

En la presente investigación se ha puesto de manifiesto que la existencia de estas corrientes de cambio en relación con lo que se entiende como "familia" se complementa con una apertura hacia otras formas de institucionalización de la vida afectiva y sexual. Incluso entre las personas heterosexuales el modelo de pareja monógama, para toda la vida, fiel, etc. sería menos dominante, o al menos habría cambiado de carácter:

*"¿ENTONCES ESA IMAGEN DE LA JUVENTUD ALOCADA?"*

*Hombre, yo creo que hay de todo como antiguamente también había de todo también... Lo que pasa es que ahora se ve más. Ahora, yo creo que todo se ve más. Todo... por redes sociales, por TV... Se está liberando todo, no es como antiguamente, que se hacía pero no se veía...*

*Y que las parejas tenían que ser para toda la vida...*

*Se supone, porque luego tampoco eran para toda la vida. Muchas veces se hacía todo por la espalda... Había más tabúes sociales, yo creo, y tú decías que tu pareja de toda la vida pero muchas veces estabas picando por ahí flores, ¿sabes?" (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

En este sentido, puede hablarse de un proceso de **apertura social hacia la diversidad de formas de vivir la sexualidad y las opciones afectivas y sexuales**. Sigue rigiendo una normatividad y un juicio moral (que los jóvenes tienden a percibir más en sus padres y en los adultos que entre ellos mismos), pero se experimenta una mayor libertad para expresar el sexo en formas diversas, en identidades más múltiples, sin que rijan en tanta medida "tabúes" tradicionales relacionados con los roles de género, con la condena moral del sexo, con la orientación sexual...

*"Ciertas actitudes que podíamos decir que antes eran gays... de ser más directo, de buscar ya... pues ahora los heteros lo hacen. Lo han incorporado, y tías y todo... Que yo hablo con amigas y a veces también flipo. Y que ya era hora [...] Yo creo que es un poco el zeitgeist de nuestro tiempo: que todos somos a veces marido y mujer... y a veces guarros. Porque a lo mejor dicen: pues si estos lo hacen, ¿por qué yo no? Y joder, lo de los perfiles y esto, que antes sólo lo teníamos los gays, ahora lo tienen también los heteros, de Badoo y tal... Y hasta en los bares las tías son mucho más lanzadas y... (Pedro, HSH, 29 años).*

*\*\*\**

*Yo creo que en estos tiempos que vivimos, ¿no? La gente se ha soltado más a la hora de... pues yo qué sé, cómo decirlo...*

*Hay más oportunidades...*

*Somos más promiscuos... entre comillas... Si cada fin de semana que sales puedes conocer a una persona distinta, ¿por qué no lo vas a hacer?... Si puedes... Ahora mismo, nadie te va a decir nada. Si estás soltero, nadie te rinde cuentas, nadie te va a decir ¿oye, qué has hecho el fin de semana?, ¿por qué has estado con esta persona y no has estado conmigo? O sea, te lo puede decir tu madre, si se lo cuentas: "¡Hijo, esto está muy mal". Pero si no se lo cuentas... Lo puedes hacer, lo puedes probar y no necesariamente tienes que sentirte mal de hacer algo así, no, porque eres libre de hacer lo que quieras, con tal de que uses la precauciones... de... (risas)... para no pillar nada, pues, ¡adelante! O puedes tener la otra mentalidad, ¿para qué quieres estar con 100 mujeres, pudiendo estar con una que es maravillosa? Pero claro, eso ya..." (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Dentro de esa apertura social, **la "des-estigmatización" de la homosexualidad y la legitimidad social de las relaciones entre personas del mismo sexo** (con todos los matices que podamos indicar) se expresan, con la piedra de toque que supone la legalización del "matrimonio" homosexual en 2005, como un punto de inflexión irreversible en este proceso de transformación. Un cambio central a este respecto se hallaría en la modificación de las lógicas de "salida del armario" de las generaciones más jóvenes. Se genera una mayor facilidad y adelantamiento de la "salida del armario" que también supondría, a diferencia de lo que sucedía en épocas pasadas, un adelantamiento de la edad de inicio de las relaciones sexuales entre varones gays, sobre lo que hablaremos en la siguiente sección.

*"¿CUANDO DICES "EMPECÉ TARDE"...?"*

*Con lo que se supone que es...*

*Ahora con 12 y 13 ya están...*

*Ahora a los 18, parece que llevan ya 20 años... pero vamos, yo no diría tanto pero sí a lo mejor 15 ó 16..." (Juan y Raúl, 28 y 29 años).*

Hay que precisar que **este proceso de apertura social es desigual y se da con menor fuerza en determinados entornos**. En la investigación se ha expresado repetidamente la diferencia que, aunque atenuada, continúa existiendo entre Madrid u otras “grandes ciudades” y otros ámbitos geográficos (especialmente cuanto más reducidos y menos “modernizados” sean), o la desigual aceptación en diferentes entornos sociales (aún persisten muchos entornos más tradicionales y “homófobos”). Los datos de la citada encuesta del CIS, en coincidencia con lo señalado en la propia investigación cualitativa, apuntan a una mayor aceptación en los ámbitos más urbanos que en los ámbitos rurales o más reducidos (Tabla 4.1):

**Tabla 4.1. Aceptabilidad de las relaciones sexuales entre hombres según tamaño poblacional.**

Población	Son aceptables	Son inaceptables	NS/NC
Menor o igual a 2000 habitantes	80,3%	10,6%	9%
De 2001 a 10000	75,7%	20,4%	3,9%
De 10001 a 50000	82,9%	14,3%	2,8%
De 50001 a 100000	79%	18,8%	2,3%
De 100001 a 400000	84,6%	13,1%	2,3%
De 400001 a 1000000	85,1%	10,9%	4%
Más de 1000000	82,1%	15,7%	2,2%
Total (Madrid)	81,7%	15,2%	3,1%

Fuente: CIS 2010

Aceptación muy mayoritaria que, en todo caso y desde la perspectiva de la investigación cualitativa, parece apuntar también a un diferente nivel de aceptación en función de que este tipo de relaciones se produzcan y desarrollen en el seno de una “**pareja estable**”, lo que parecería contar con un mayor nivel de legitimidad, o que se desarrollan de una forma más plural y abierta con **múltiples compañeros sexuales**, algo que encuentra un menor nivel de legitimidad social. La pareja, en efecto, persiste como “vara” de normalidad social.

*"Yo por ejemplo mis padres todavía no lo saben [que soy gay]. A ver: hubo una época que me decía: "lo tengo que hablar". Pero luego con el tiempo he dicho: "¿pero y por qué?". ¿Por qué tengo que hablarlo? Lo hablaré cuando me apetezca hablarlo...*

*Yo creo que cuando él tenga pareja-pareja sí que lo dirá.*

*Es que es más fácil decirlo cuando... Es más fácil porque suena como más...*

*Estás más formal.*

*Estás más centrado (risas).*

*Lo otro es como...*

*Aunque tengas una pareja súper abierta.*

*Eso lo dices después (risas)” (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

Diferenciación en el grado de aceptación de uno y otro tipo de relaciones sexuales entre hombres que, como veremos más adelante, constituye una de las tensiones básicas en el discurso de los jóvenes gays entrevistados a este respecto, y que en opinión de alguno de los profesionales entrevistados, podría estar siendo una especie de resultado “indeseado” de la aprobación de la mencionada Ley y de las reacciones ante la misma de un cierto sector dentro del propio colectivo gay.

*“El sexo, si lo haces libremente, lo hagas mucho o lo hagas poco, es sexo. Entonces, el concebir que la gente que le gusta el sexo, que puede practicar el sexo con múltiples parejas no es lo correcto.... Pues eso a la hora del VIH pues... produce vergüenza, culpa y todos esos sentimientos... pues los estamos fomentando incluso desde dentro del colectivo por este cambio de percepción... de ser tan normales, que queremos ya ser tan normales en las cosas que no... que se debería arreglar en todos los aspectos.*

*¿EL ESTIGMA ESTARÍA ENTONCES AHORA EN LA GENTE QUE NO ESTÁ EN PAREJA?*

*Efectivamente”. (Entrevista asociación).*

Más allá de esta valoración más crítica de estos posibles efectos de la “normalización”, el hecho es que en Madrid se ha reforzado la legitimidad creciente de las relaciones sexuales entre los hombres y se ha dejado más directamente en la decisión de éstos, sin la presión y represión judicial de las situaciones legislativas anteriores, la decisión de mantener uno u otro tipo de relaciones sexuales con otros hombres y de decidir más libremente el tipo de formalización e institucionalización con el que quieren desarrollarlas, con el paso adelante que ello supone, tal como reconocen los jóvenes madrileños entrevistados.

## 4.2. LOS CAMBIOS EN LA HOMOSEXUALIDAD Y LA COMUNIDAD GAY EN MADRID.

La apertura que venimos señalando, sancionada institucionalmente por la legalización del matrimonio homosexual en 2005, indica que se estaría produciendo un cambio fundamental en la vivencia y en la experiencia de la homosexualidad, dado que los adultos homosexuales de generaciones anteriores tuvieron que configurar su identidad en un medio hostil y más represivo y con una orientación social homófoba mucho más marcada que la existente en la actualidad. Esto no implica, sin embargo, que la socialización de los jóvenes gays o HSH se produzca hoy de forma idéntica a la de los heterosexuales. La **construcción positiva de una identidad personal en consistencia con la preferencia sexual** aún tiene que configurarse interpelando y cuestionando, de **forma personal y socialmente conflictiva**, los valores y la cultura social dominante a este respecto, la **normatividad heterosexual dominante**.

Como subraya Villaamil (2004:69) a este respecto, *"el discurso gay, la representación que los gays hacen de sí mismos, las prácticas que las materializan y las instituciones que las fijan son básicamente prácticas subordinadas, que no se entienden si no se sitúan en la matriz de interacciones con la sociedad normativa. Es en las constantes transacciones entre la hegemonía heterosexual y la minoría gay que se van conformando las prácticas de la comunidad y las diferentes identidades"*.

En plena coincidencia con esta línea de análisis, en la investigación se ha evidenciado cómo entre los jóvenes gays entrevistados, los valores y la cultura heterosexual dominante siguen constituyendo un "referente" clave con el que hay que lidiar, ya sea para defenderlo, ya sea para cuestionarlo, para configurar las más íntimas y singulares opciones afectivas y sexuales y las posibles escalas de valores asociadas.

*"Desde pequeñitos, nos están vendiendo: "¡Tienes que tener una pareja cerrada!". Además, si eres chico con una chica. Lo vemos en los dibujitos, lo vemos en las películas, lo vemos en el cine, lo vemos en todas partes. En el colegio, nuestros padres nos lo dicen. Además tiene que ser una relación totalmente monógama, donde no puede intervenir nadie más... (...)...Y es que depende también del concepto que tú tengas. Si tú asocias que la afectividad, o sea que la sexualidad, solo puedes tener relaciones sexuales con las personas de las que estás enamorado... Pues evidentemente no vas a concebir una pareja abierta. Ahora bien, si tú crees que la sexualidad es diferente a la afectividad... Y yo puedo estar muy enamorado de una persona y tener relaciones sexuales con esa persona, pero eso no me impide que pueda tener relaciones sexuales con otras personas sin que necesariamente me enamore de esas personas. Ahí sí que concibes las parejas abiertas" (Rg, HSH, 21-25 años).*

Frente a este patrón normativo y heterosexual dominante que llega a inscribirse, como señala alguno de los entrevistados, en el propio "inconsciente" personal de

todos y de cada uno/a de nosotros/as, los propios entrevistados han destacado la relevancia positiva y la importancia material y simbólica, política y cultural, de ocio y de trabajo, de unos **entornos de socialización** más propios de la **comunidad gay** que han conseguido generar sus propios valores y códigos y que se han convertido en un **referente positivo** para la afirmación y el desarrollo personal y comunitario de una "identidad gay" más fuerte y segura de sí misma y con unas mayores dosis de libertad y de expresión pública.

Es por ello que creemos que puede ayudar a la comprensión de los objetivos de la investigación el realizar un **breve recorrido histórico** de cómo se han ido desplegando en las últimas décadas las interacciones entre los espacios y normas "heterosexuales" hegemónicas, como dice Villaamil (2004), y las emergentes, aunque subordinadas normas de las comunidades gay, de cuáles han sido los procesos y los principales "hitos" que han ayudado a configurar el conjunto de "ambientes" gay, de "escenas" gay en los que se desarrolla una gran parte de la vida social y sexual de los jóvenes HSH madrileños y de cómo se han ido constituyendo, a lo largo de esta historia, el conjunto de las imágenes referenciales a la hora de construir las identidades gay (o heterosexuales, o bisexuales...).

No se trata en lo que sigue de "resumir" la historia de la comunidad gay, sino de señalar solamente algunas cuestiones que resultan relevantes de cara al presente estudio, al ayudar a entender el contraste entre la socialización sexual de los HSH de anteriores momentos históricos de la que experimentan hoy los más jóvenes, atendiendo especialmente a tres grandes "hitos" o "referencias" que tienen influencia sobre la actual vivencia de la identidad gay y de la sexualidad entre varones: la existencia creciente de espacios de socialización compartida entre homosexuales y heterosexuales; el adelantamiento de la "salida del armario"; y la "privatización" de la sexualidad entre hombres y la menor fuerza comunitaria del "ambiente".

#### **4.2.1. Notas sobre los cambios históricos de la comunidad gay en España**

Los cambios observados durante las últimas décadas en la consideración social y la experiencia individual de la homosexualidad resultan profundos: desde la persecución social y legal que rigió durante todo el franquismo hasta la actual sanción legal de las uniones entre personas del mismo sexo; desde la identificación de la homosexualidad masculina con lo femenino que regía en el "modelo pre-gay" (y que encontraba en el "mariquita" su figura tradicional, presente en la vida popular de muchas zonas de España) hasta la redefinición "masculina" y más viril del "modelo gay" de los años 80-90 (Guasch, 1991); desde la invisibilidad difusa de los encuentros tradicionales "para iniciados" en lugares públicos (lavabos, parques, estaciones...) hasta la consolidación de una escena y "ambiente" gay que actúa como referencia ineludible para cualquier joven madrileño gay de la actualidad.

#### **La construcción del "modelo gay" durante los años 80 y 90.**

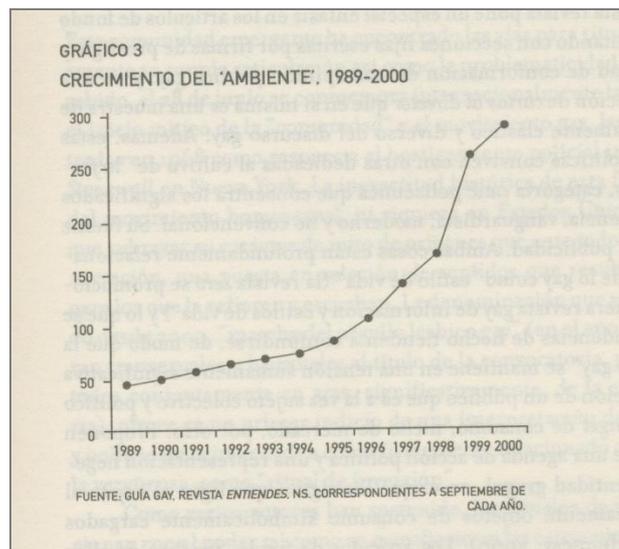
Las generaciones inmediatamente anteriores a las más jóvenes representadas en la investigación, se socializaron sexualmente en un entorno donde se desarrollaban procesos complejos y contradictorios, en los que convergían dinámicas de cambio social, cultural y de valores (algunos de ellos muy directamente relacionados con la sexualidad), como el proceso general de **democratización de la sociedad** española, la **modernización social** y el desarrollo del **consumo como signo de identidad**, la organización de los **movimientos de reivindicación gay** o la propia **aparición del VIH/sida** y su fuerte asociación con los **heroinómanos** y con los **homosexuales**, con la consiguiente y **ambivalente visibilización** de ambas figuras sociales en nuestro país.

En este contexto más general, en los últimos años ochenta y primeros noventa y en el caso concreto de la Comunidad de Madrid se desarrollan varios procesos claves e interrelacionados de clara trascendencia en el tema que nos ocupa.

En primer lugar, la **creación de Chueca** como espacio emblemático de sociabilidad gay (con la generación de las primeras instituciones “propias” y “privadas” –bares, discotecas, saunas...– para el encuentro homosexual) y como “referente simbólico” de la comunidad gay (Villaamil 2004); y el salto de la invisibilización forzosa y total de la homosexualidad en el territorio urbano a **una emergente visibilidad gay más institucionalizada y localizada** (García Escalona 2000; Fernández Salinas, 2007).

Importancia y centralidad física y simbólica de Chueca y de la paralela visibilización de la “comunidad gay” en la Comunidad de Madrid que experimenta un salto cualitativo en la segunda mitad de los noventa, tal como puede observarse en el gráfico adjunto extraído de la obra de Villaamil (2004) referido al crecimiento de los locales de ocio orientados a un público gay.

#### Gráfico 4.1. Número de locales comerciales orientados al público gay 1989-2000



Fuente: Fernando Villamil, *La transformación...*, op.cit.

De esta forma, y siempre en el marco de unas relaciones de conflicto y subordinación con respecto al discurso hegemónico en la sociedad española con respecto a la homosexualidad, el movimiento gay, como destaca Villaamil (2004), ha conseguido generar un cierto "referente" expresivo de lo "gay" que tiene en Chueca y en el "ambiente" (Fernández Salinas 2007) existente en este barrio su referente de identificación más fuerte, de forma equiparable a lo que podía ocurrir en los espacios existentes en EEUU o Europa ya desde los setenta.

En segundo lugar, las **organizaciones del movimiento gay**, que en los primeros años de la democracia habían centrado sus luchas en reivindicaciones más directamente políticas, con importantes triunfos iniciales como el haber conseguido derogar la Ley de Peligrosidad Social (Villaamil 2004), y que a lo largo de los años 80 habían caído en "una situación de parálisis" y habían expresado un planteamiento "hostil" ante el tipo de visibilización más institucional y comercial del "ambiente gay" (Villaamil 2004), a partir de la **segunda mitad de los 90** y en paralelo a la explosión del "sida" en España, renuevan su protagonismo y capacidad de influencia y convocatoria pública, como se puede observar en el apoyo creciente de las convocatorias del 28 de Junio, del Día del Orgullo Gay, hoy Orgullo LGTB, al mismo tiempo que van transformando su propio perfil reivindicativo desde una dimensión más "alternativa" a otra más crecientemente institucional.

Un tercer factor de no menos importante incidencia en la visibilización del colectivo gay en España y en la configuración de algunos de los rasgos más característicos en relación con los objetivos de la investigación, fue la **irrupción del VIH-SIDA en la segunda mitad de los ochenta y primeros años**

**noventa** y su repercusión en la comunidad gay de la época. En la línea de análisis del texto y en directa relación con los objetivos de la investigación, la irrupción del VIH-SIDA en la España de aquellos años, en relación con la homosexualidad y con la configuración de la comunidad gay, tuvo una importancia decisiva, al menos, en los siguientes planos:

- Hacer de la **sexualidad**, de la heterosexualidad y de la homosexualidad, un **tema de debate público** ayudando a reducir el "tabú" que tradicionalmente rodeaba el abordaje público de esta dimensión de la vida humana.
- Refuerzo "**ambivalente**" de la **visibilización** de la **homosexualidad** en la medida que, por un lado, reforzaba su **presencia pública** pero, por otro lado, reforzaba su **estigma** a partir de la fuerte asociación de la homosexualidad con la transmisión del VIH.
- Refuerzo **ambivalente**, entre los homosexuales, de sus **procesos de identificación** con una "**comunidad gay**" marcada social y mediáticamente por su asociación con la transmisión del VIH-SIDA.
- Refuerzo de las **organizaciones** y **movimientos gay** como **interlocutores** de las administraciones públicas en la lucha contra el SIDA y, por ende, como interlocutores más generales en la problemática de los derechos de los homosexuales y refuerzo de la **institucionalización** y transformación de las organizaciones y del propio movimiento gay. Como recuerda un profesional entrevistado:

*"El VIH ha hecho mogollón por este colectivo, ¿no? Porque somos... Sobre todo en España que no había colectivos... el colectivo LGTB nos hemos fundado... El colectivo LGTB se ha fundado y se ha asentado a raíz del VIH y de las personas con VIH, que fueron las primeras en luchar por los derechos". (Entrevista Asociación).*

La consecuencia de todo ello parece clara: en la segunda mitad de los noventa se produce lo que podríamos caracterizar como una **segunda más amplia y potente oleada de visibilización de la "comunidad gay" en torno a esta ambivalente relación con el VIH-SIDA** de forma que, por un lado, cristaliza una **imagen social negativa** de dicha "comunidad" al asociarla con la posible transmisión del VIH pero, por otro lado, ayuda a **legitimar socialmente a la propia comunidad gay** a partir de su imagen como **luchadora activa contra la epidemia** y de su proyección de la figura del "gay campeón de la lucha contra el SIDA" (Villaamil, 2004), que puede ser considerada una de las primeras figuras sociales positivas asociadas con el universo gay en nuestro país.

La evolución de este conjunto de factores en la segunda mitad de los noventa se van a traducir en la emergencia de nuevas formas de construir y desarrollar las identidades gays que se van a expresar progresivamente en dos cuestiones de interés en el marco de la investigación:

- El desarrollo de ciertas normas de expresión y de representación social de la "**comunidad gay**" a partir de la evolución mesocrática de **Chueca** y su progresiva "normalización" social.

- El desarrollo paralelo de unas prácticas sexuales entre hombres que pasan por la promoción del "**sexo seguro**" y por cierta transformación del marco en el que se desarrollan las relaciones sexuales.

En lo que se refiere a las normas de expresión y representación social que se van afirmando en Chueca por estos años, cabe señalar que las mismas van evolucionando hacia un mayor grado de "normalización" social y de transformación de los códigos más tradicionales, en el sentido de que el referente expresivo de lo "gay" va a estar progresivamente más relacionado con **las normas y códigos de presentación social de las clases medias** dominantes en dicho barrio y con las prácticas de inclusión y exclusión social asociados (Guasch 2006: Lores, 2013; Langarita 2013), que con las más tradicionales construcciones de género y de preferencia sexual que habían configurado en el pasado más inmediato el imaginario social sobre la homosexualidad.

En el segundo ámbito, la incidencia del VIH/sida se tradujo durante los años 90, especialmente durante sus primeros años, en la configuración de un **nuevo discurso social** sobre lo que podríamos llamar **las relaciones sexuales más "legítimas"** ya sea en el ámbito heterosexual como, especialmente, en el ámbito homosexual:

*"Creo que es un poco la euforia de los años 80 que (...) en los 80 se vive un boom de que podemos hacernos un poco más visibles,... tenemos sexo pero no procreamos... Entonces se tiene mucho sexo y, de repente, surge el sida y corta el rollo." (Entrevista asociación).*

De este modo, frente a la progresiva tendencia en los años anteriores al VIH/sida a unas prácticas más abiertas y plurales de relaciones sexuales como resultado del relativo movimiento de liberación sexual desarrollado en los primeros años de la democracia en España, la aparición del VIH-SIDA va a significar un importante conjunto de transformaciones.

- **Privatización** creciente de las relaciones sexuales con un cierto abandono de las prácticas sexuales en los mencionados espacios públicos.
- Creciente **contención del abanico potencial de "partenaires sexuales"** en la medida que la llamada "promiscuidad" se convierte en un posible vector que refuerza las probabilidades de transmisión del VIH.
- **Incremento del número de parejas "cerradas"** como estrategia de prevención ante el desarrollo del VIH.
- **Instauración del "preservativo"** como elemento imprescindible en las prácticas de sexo seguro, como elemento asociado a una **nueva "norma" de comportamiento gay** como respuesta a la aparición del VIH-SIDA.

### **Los primeros años del siglo XXI**

Los mayores de entre nuestros entrevistados, aquellos que tienen más de 25 años, comenzaron su socialización sexual en un entorno, pues, caracterizado por el desarrollo de los aspectos que venimos señalando, y que en los primeros años del nuevo siglo iban tomando formas nuevas. Nos parecen especialmente

destacables tres procesos que, en relación con los objetivos de la investigación, se desarrollaron por aquellos años de principios de siglo y que, en diferente medida, continúan estando presentes en las lógicas actuales de las sociabilidades gay:

- Un nuevo canon ético y estético de la masculinidad gay.
- La dimensión de sociabilidad de clases medias que parece marcar el ambiente de Chueca.
- Una cierta recuperación de prácticas sexuales “no seguras” como resultado de una cierta dilución de la asociación “comunidad gay=SIDA”.

#### - **El nuevo canon ético y estético de la masculinidad gay**

En los primeros años del siglo XXI se da un paso adelante en la renovación de los patrones de masculinidad que se habían ido construyendo como referentes de una identidad gay más canónica, en línea del desarrollo de un nuevo tipo de masculinidad capaz tanto de inscribirse en las preferencias de los gays como en las normas heterosexuales dominantes en la sociedad, como de adaptarse a las normas de consumo y estética corporal que se iban desarrollando por aquellos años en relación con la configuración del cuerpo masculino.

El renovado modelo gay más canónico se expresaba en unos “**estilos masculinos**” que han llegado a caracterizarse como “homonormativos”, por su fuerza hegemónica, y como “identidad gay transnacional” (Enguix 2012) por su uniformidad y extensión en los países occidentales. Modelo que podría ser interpretado como el resultado, como el sedimento cristalizado, de una combinación singular de los dos sistemas de clasificación de género y de preferencia sexual, en el sentido de que el nuevo “canon” ético y estético dominante de ser “gay” se expresaba en un **modelo corporal**, en una construcción **atlética** del cuerpo claramente **masculina** -pero de una masculinidad algo más contenida y menos “subversiva” que en los modelos *leather* y *bear*<sup>62</sup>- y, por otro lado, debía proyectarse como un modelo hasta cierto punto “híbrido”, de ahí el éxito del canon modal de la metrosexualidad por aquellos años que podría ser, en última instancia, “casi” reconocido como heterosexual u homosexual por los “no iniciados”, para los que “no entienden”, que diría Guasch (1991).

Canon ético y estético de un “ideal” gay asociado con claros elementos de masculinidad y de no afeminamiento que puede llevar, al igual que ocurre con la construcción de otros cánones y patrones hegemónicos, a generar situaciones de preferencia y también de exclusión sexual. Así, como destaca Fernández Dávila (2009), en tanto la elección de una pareja para encuentros sexuales ocasionales depende de factores como “ser masculino (no ser afeminado, no tener “pluma”), no ser feo, no ser viejo, no ser gordo”... los excluidos de estos criterios –los HSH

---

<sup>62</sup> Saéz, J. (2005) “Excesos de la masculinidad: la cultura leather y la cultura de los osos”, en VV.AA. *El Eje del Mal es Heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas Queer*, Traficantes de Sueños, 2005

que no reúnen los "requisitos" de este ideal deseado por otros HSH, porque tienen pluma, no son guapos, no tienen cuerpo armoniosos o pasa de los 40 se colocará en una situación vulnerable- mostrarán una mayor probabilidad de exposición al riesgo de mantener dichas relaciones sin protección si su compañero sexual no la demanda":

*"Como que me desaté y al principio fue como una avalancha. Todos los días... y tal.*

*Y AHÍ, POR LO QUE COMENTABAS, EN ESE PRIMER MOMENTO TÚ NO USABAS PROTECCIÓN O A VECES...*

*A veces sí. A veces sí y a veces no. Dependiendo del chico. Si era un chico que me gustaba mucho, pues no, decía: "me apetece hacerlo sin protección". Si en ese día... si ese día me sentía responsable, pues decía: "hoy lo voy a usar, porque hoy me siento responsable". Pero con 18 años, como que no piensas mucho en las consecuencias de tus actos." (Edmar, HSH, VIH+, 21 años).*

En consistencia con este análisis, en la investigación se ha expresado estos fenómenos de aceptación/rechazo del compañero en función de la mayor/menor proximidad a este modelo más canónico en una doble dirección de edad y de género. En cuanto a la edad, alguno de los profesionales entrevistados ha señalado cómo gays de más de 40 años, se sentían "desplazados" de la comunidad gay y de sus posibilidades de tener relaciones afectivas y sexuales con personas más jóvenes y que, por ello, reducían sus exigencias e incrementaban su vulnerabilidad ante el desarrollo de posibles prácticas de relaciones sexuales sin protección.

Sin embargo, dado el perfil joven de la muestra de menos de 30 años, los discursos y los movimientos de aceptación/rechazo del "otro" en función de su mayor/menor proximidad a dicho canon que se han expresado en la investigación, han estado más cargados por la dimensión de género en el sentido de que **lo "aceptado" ha ido asociado no sólo a la belleza, sino también a la masculinidad**, y lo rechazado, casi independientemente de la belleza, ha tendido a estar más asociado con el componente "femenino":

*"Al ser un hombre homosexual... te gustan los hombres... Por lo menos en mi caso, mi hombre ideal es jodidamente masculino... pero gay... y eso no es muy usual verlo.*

*¿Qué dices? Si Madrid está lleno... Son todos casi heteros. Es que no parecen... maricones." (Rg 5, HSH, 21-25 años).*

#### - **La dimensión social y territorial**

Los primeros años del siglo XXI vieron asentarse definitivamente en Madrid el barrio de Chueca y su orientación cada vez más abierta como espacio comercial y de ocio, como espacio de sociabilidad crecientemente abierto a las personas

heterosexuales en línea con lo que parecería estar ocurriendo en otros barrios "gays" de los países occidentales (Santos Solla 2006). De hecho, **Chueca** en los primeros años de este siglo llega a significar el 15% del total de lugares destinados a un público gay de toda España con una importante orientación comercial y de mercado, como se expresa en la siguiente tabla de caracterización de los lugares "gay" de Chueca extraído de Fernández Salinas (2007).

**Tabla 4.2. Caracterización de los lugares gays (Madrid y España)**

	Total España	Total Madrid
<b>Espacios de satisfacción sexual</b>	39,06%	15,37%
<b>Espacios de sociabilidad</b>	33,77%	35,53%
<b>Locales comerciales y profesionales</b>	17,84%	42,32%
<b>Alojamientos turísticos</b>	4,62%	4,39%
<b>Locales de asociaciones y servicios lucrativos</b>	4,71%	2,39%

Fuente: Elaboración de Fernández Salinas (2007).

La tabla 4.2 muestra que la principal "diferencia" de Madrid (Chueca) con respecto al resto de ciudades españolas está en los "**espacios de satisfacción sexual**" y "**locales comerciales y profesionales**", invirtiéndose prácticamente los porcentajes y evidenciando la fuerte orientación comercial que ha tenido el desarrollo de la "escena gay" en Madrid.

Por otro lado, en los primeros años del siglo XXI se observa una creciente pérdida de los "límites" tradicionales del barrio en un doble sentido: una mayor difusión de los locales gays fuera del barrio hacia zonas más o menos próximas, y una creciente presencia de los "heterosexuales" en Chueca.

Este proceso de transformación de Chueca durante los primeros años 2000 se vio reforzado por la presencia, todavía incipiente entonces pero muy intensa después, como analizamos más adelante, de **Internet**, de las primeras páginas de contactos que posibilitan el encuentro y el desarrollo de las relaciones sexuales entre hombres sin necesidad de ir, de acudir a los lugares del ambiente de modo que, como subraya Santos Solla (2006), "el espacio físico de encuentro alterna y se complementa con el virtual".

En la línea de análisis del informe cabe destacar que en estos primeros años del siglo XXI el citado proceso de cambios en "Chueca" refuerza ciertos procesos de evolución de importancia en el contexto de la investigación:

- El peso creciente de las "dimensiones" sociales y de clase media como los signos de la identidad gay más emblemática de Chueca.
- La mayor importancia de las dimensiones sociales y de consumo en los procesos de integración/exclusión de la escena y del ambiente gay con una progresiva diversificación interna entre "tribus", entre estilos de vida diferenciados entre unos y otros colectivos.

- Los procesos de vulnerabilidad asociados a los medios y vías de integración en la comunidad emblemáticamente representada por Chueca.

En primer lugar, el acceso y la integración a la "comunidad gay" parece conllevar unas ciertas exigencias sociales y de consumo como medio relevante de integración en la "comunidad gay" imaginada que se percibe en Chueca. Exigencias que, en el decir de alguno de los profesionales entrevistados, se convierte en un **factor de vulnerabilidad** en el ámbito del establecimiento de relaciones personales y afectivas, del posible desarrollo de relaciones sexuales asociadas con el "estilo de vida" que se percibe en Chueca.

*"Es otro tema, pero no creo que sea por sexo...sino por...es por las dinámicas de integración entre homosexuales. Chueca, realmente, es una especie de microcosmos donde el sexo, a través además de ciertos consumos, de cierto poder adquisitivo, cobra relevancia, cobra una cierta función significativa ¿no? Entonces, yo creo que hoy en día si un chico de 20 o de 25 años quiere estar integrado en Chueca tiene que pasar por unas historias... que no pasa, a lo mejor, un chico heterosexual que tiene más recursos para sociabilizarse con personas que les gusta sexualmente....Pero no es por sexo, sino por presión de integración...Mucha gente va a la sauna porque..., no va porque esté caliente, va un poco también por el tema de ...que es lo que se hace cuando estás bebido y tal, porque no quieres irte a casa solo, ¿No?: Que eso también pasa en otros contextos con la población heterosexual ...pero da la casualidad de..." (Entrevista asociación).*

No deja de ser consistente con este fenómeno de primacía del consumo y la imagen de clase media, y con los procesos de inclusión/exclusión asociados al mismo, que la práctica totalidad de investigaciones realizadas entre HSH en los últimos años (ya sean cualitativas, ya sean cuantitativas; ya sean con selección de los entrevistados en los locales de ocio, en los bares, en las saunas, ya sean captados en Internet) constaten la presencia de personas con titulación universitaria significativamente mayor que la media (de alrededor del 33% de la población menor de 65 años en 2012), que en España suele ser un signo de pertenencia a las amplias clases medias, tal como por ejemplo se recoge en las sucesivas encuestas del estudio ya mencionado de Folch, Casabona, Muñoz y Zaragoza en Cataluña (tabla 4.3).

**Tabla 4.3. Evolución del nivel educativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (1995-2006)**

	1995	1998	2000	2002	2004	2006
<b>Básico</b>	15,8%	14,7%	11,7%	15,1%	14,2%	12,8%
<b>Medio</b>	39,8%	37,6%	39,4%	37,1%	35,4%	34,0%
<b>Universitario</b>	44,3%	47,7%	48,9%	47,9%	50,4%	53,2%

Fuente: Folch, Casabona, Muñoz, González y Zaragoza. *Gaceta Sanitaria* 2010.

Proceso de normalización y de "mesocratización" de la comunidad gay que, en el decir de un sector de los entrevistados, ha tenido como resultado un cierto empobrecimiento de la imagen y de las prácticas tradicionales de dicha comunidad.

*"Yo, fíjate, lo que creo que ha pasado con la... liberación, vamos a decirlo así, con la liberación gay, yo creo que lo que ha pasado... Suena mal, pero creo que se ha empobrecido al sector gay, en el sentido de... No empobrecido, pero que ha perdido la propia esencia de sí mismo, que era... Antes éramos los marginales. Es decir, era el marginal y era donde, en los bares gays, que puede ser el Black and White todavía, iba gente que era la marginal de todos los sectores: putas, chaperos, de todo..."*

*A los que les aplicaban la ley de vagos y maleantes.*

*Exacto. Y ahora sin embargo, al normalizarnos, nos hemos como convertido en un estatus que todo el mundo tiene que ser igual. Ahora la maricona de pluma está mal vista, porque ya no te riges por el estándar.... Y realmente a mí lo que me parece es que al final se ha empobrecido la... Es decir, ha perdido la gracia que tenía de por sí..." (Rg 3, 25-29 años, HSH).*

En segundo lugar, **el espacio social de Chueca aparece crecientemente diversificado** no sólo en función de locales adscritos a colectivos y comunidades más tradicionales como pueden ser los "osos", sino al igual que puede ocurrir en el caso de los jóvenes heterosexuales inscritos en la lógica dominante de la sociedad de consumo a espacios y locales más marcados por signos de consumo, formas de vestir, estilos de música... "Tribus" e identidades que no dejan de tener su importancia en lo que se refiere a las prácticas sexuales y que, en contraste y tensión con el "canon" de clases medias que acabamos de señalar, dificultan cada vez más, como no dejan de subrayar Villaamil y Jociles (2008), la consideración de la comunidad gay como un espacio identitario "único":

*"Lo que pasa es que para muchas cosas, depende mucho de los grupos. Dentro de la homosexualidad hay muchas tribus. Creo que es de los pocos colectivos que tienen arraigado una forma fija de vestir, de actuar. Ya no es solamente lo que te guste, hay mucha gente que es súper popera, súper fans de Eurovisión y de ir a sitios como El Delirio o el PK2 y tal, más delgaditos, más niñitos. Luego ya los del rollo oso son más tipo Cluster o Diamantes, más asiduos al Leather o a bares más cerrados, gente un poco más mayor, al pelo. Luego hay gente más de músculo, rollo gimnasio. [...] Y el mundo homosexual tiene que ver mucho con la imagen, te juntas con grupos, y hay grupos que son más asiduos a un tipo de vida que otros. Cuanto más oscuros sean los locales, más cerca del cuero, más berlinés, que siempre se ha considerado más guarro. Todo esto está ahora súper de moda y se nota mucho en las relaciones sexuales, la gente busca mucho más vicio, ya no es ¿Quieres quedar y echamos un polvo? No, la pregunta es ¿Qué te gusta? ¿Eres cerdo, te gusta el cerdeo, el guarreo, que te meen, que te metan el puño, rollo cañero, tríos, orgías, cuántos te caben, donde*

*quieres que se te corran? ¿En la boca, en el culo? Si no hay esto, no hay tema.” (Dani, HSH, 28 años).*

En tercer lugar, tal como se apuntaba anteriormente, estas propias condiciones sociales de “acceso” al “ambiente gay” de Chueca tienen su reverso en la deriva hacia ciertas **formas de exclusión** o de **integración** muy **subordinada** en dicho ambiente de jóvenes que no dominan dichos **códigos sociales de presentación**, como puede ser el caso de los jóvenes inmigrantes, principalmente latinos.

- **La evolución del imaginario social del VIH y del sida**

Tal como tendremos ocasión de desarrollar más ampliamente a lo largo del informe, diversos fenómenos han tenido como resultado, especialmente entre las generaciones más jóvenes y de forma muy particular en los menores de 25 años, una **intensa desaparición de la imagen del sida**, con el consiguiente cambio de tendencia hacia una mayor cantidad de relaciones sexuales, el incremento de las relaciones sexuales ocasionales y el incremento de las relaciones sexuales sin protección, tal como vienen afirmando los diferentes estudios a este respecto desde hace unos años a esta parte y tal como se recoge en los siguientes datos extraídos de de Folch, Casabona, Muñoz, González y Zaragoza (2010) (tabla 4.4.).

**Tabla 4.4. Conducta sexual en HSH de menos de 30 años entre 1995 y 2006, Cataluña**

	1995	1998	2000	2002	2004	2006
<b>Más de 10 parejas sexuales</b>	41,3%	48,6%	56%	56%	68,1%	64%
<b>Pareja sexual estable</b>	71,1%	69,5%	72,3%	62,2%	60,8%	61%
<b>Penetración anal con parejas ocasionales</b>	73,7%	81,3%	81,9%	88,1%	89,0%	95,5%
<b>Penetración anal con pareja estable</b>	83,5%	87,0%	87,4%	98,6%	91,7%	97,9%
<b>Uso consistente del preservativo con parejas ocasionales</b>	72,9%	80,2%	70,7%	70,5%	61,9%	58,7%

Evolución que se traduce en el hecho de que los jóvenes gays madrileños entrevistados en el 2013 parecen expresar un fuerte relajamiento en la norma del sexo seguro y del uso del preservativo siempre que haya una cierta práctica de riesgo. Desde este punto de vista, el imaginario con el que se enfrentan amplios sectores de las nuevas generaciones de jóvenes gay madrileños a este respecto es el de una teórica “comunidad gay” relativamente alejada de la fuerte asociación con el VIH-SIDA que se había producido en la década de los noventa:

*"Una cosa que te dicen los chicos gays es que el VIH ya no afecta tanto a homosexuales sino a heterosexuales...Es decir, se han quedado un poco con la información de los 90...Antes era así, pero ya no lo es...Desde el 2004 ha aumentado bastante las tasas de VIH en hombres que hacen sexo con hombres, en bisexuales y en homosexuales... (Entrevista asociación).*

*Mucha gente se piensa que por ser gay va a tener el VIH, es un poco como el castigo por el hecho de ser homosexual... Esa sensación de pecado y castigo se va diluyendo... Con el matrimonio igualitario, con el acceso, con un menor estigma sobre las personas LGTB...Yo creo que el armario ha generado mucha transmisión de VIH. Claro, luego también está esa euforia de que "ahora puedo hacer lo que quiera". Que yo creo que es un poco la euforia de los años 80 que... [...] En los 80 se vive un boom de que podemos hacernos un poco más visibles; tenemos sexo pero no procreamos. Entonces se tiene mucho sexo. Y de repente surge el sida y corta el rollo... Ahora de repente otra vez, se puede volver a tener mucho sexo porque: "¡es una pastillita!". Y eso es también una euforia, y como estoy eufórico porque puedo ser gay y lo puedo demostrar al mundo, y puedo salir, y me voy a la discoteca... y me voy a Chueca y me voy a Lavapiés... Esa euforia implementa... Las euforias también facilitan el... Hay como un doble fenómeno antitético, pero como que ahí, al final, se van a juntar en el resultado .Tampoco te pongas así, que vale, que le puedes decir al mundo que eres gay. Vale. Ahora, vamos a ser gays sanos muchos años..." (Entrevista asociación).*

#### **4.2.2. Los referentes e hitos más recientes de las identidades gays**

En el contexto de la evolución histórica que estamos describiendo, en la **memoria histórica reciente de los jóvenes entrevistados**, existen dos referentes fundamentales que ayudan a construir una imagen de creciente interacción entre homosexuales y heterosexuales y un imaginario creciente "normalizado" sobre los jóvenes gays. En primer lugar, la escena y el "ambiente" existente en Chueca con su caracterización como un barrio de moda en Madrid, como un barrio "gay" crecientemente abierto al uso, al ocio de las personas heterosexuales. En segundo, la aprobación en 2005 de la llamada "Ley del Matrimonio Homosexual" que reconoce el matrimonio y la adopción a las parejas del mismo sexo. Ambos hitos y referentes emergen en el discurso de los interlocutores de la investigación como los fenómenos que han permitido dar un salto adelante en la "normalización" de lo gay y en la difusión y progresiva legitimación de las personas gays en los más diferentes ámbitos sociales y familiares.

*"De principio estaba todo ahí muy secreto, muy oculto, y ahora el hecho del boom de poder decirlo abiertamente y que no tenga repercusión más allá de lo que alguna persona te diga....Se ha abierto, y yo creo que eso ha servido para abrir un poco la sexualidad hacia fuera. Que no digo que haya*

*entornos... Yo, mis padres..., mi madre, a mi padre ni se me ocurre abrir la boca...Porque hay entornos en los que no...*

*Yo creo que la ley, ya no sólo que nos podamos casar, sino todo el debate que hubo... que, a nivel nacional, con la Iglesia metida, con un recurso de inconstitucionalidad, etc., etc... Lo que hizo fue que la sociedad hablara de un tema que hasta entonces no se había hablado...porque estábamos metidos en Chueca o en los ambientes de los locales que había en cada ciudad, si es que había, y relacionándonos entre nosotros pero... no había gente visible. Y la prueba es que cada vez la gente... Y ya no me refiero a la gente de a pie, sino...pues hace nada salió este chaval, el Tom Daley, que es saltador. Que bueno, salió para él, porque lo sabíamos todo el mundo... Pero, bueno, salió del armario. Otra chica también... Cada vez más gente famosa se anima a salir del armario. Y yo sí creo que fue no sólo el hecho de que nos podamos casar, sino que se hablara de... Que los homosexuales existen, de que tienen derechos y son personas que no son enfermos...Yo creo que fue un tanto social impresionante....impresionante.” (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

Es cierto, por supuesto, como ya hemos indicado y como señalan los propios entrevistados, que los “efectos” de legitimación y la contención de las conductas homófobas son muy diferentes en Madrid (en parte por el impacto positivo en este terreno del fenómeno de Chueca y de las fiestas del Orgullo) o en otras capitales y grandes ciudades que en ciudades de hábitats más reducidos. Pero en la vida de muchos jóvenes gays madrileños, a tenor de lo expresado en la investigación, los efectos de la legitimación son muy evidentes.

En el caso de Madrid, la aprobación de la Ley y el efecto de todos los procesos concomitantes que venimos indicando parecen haber influido sobre tres procesos relevantes a la hora del abordaje de las relaciones sociales, afectivas y sexuales en muchos de los varones heterosexuales y homosexuales.

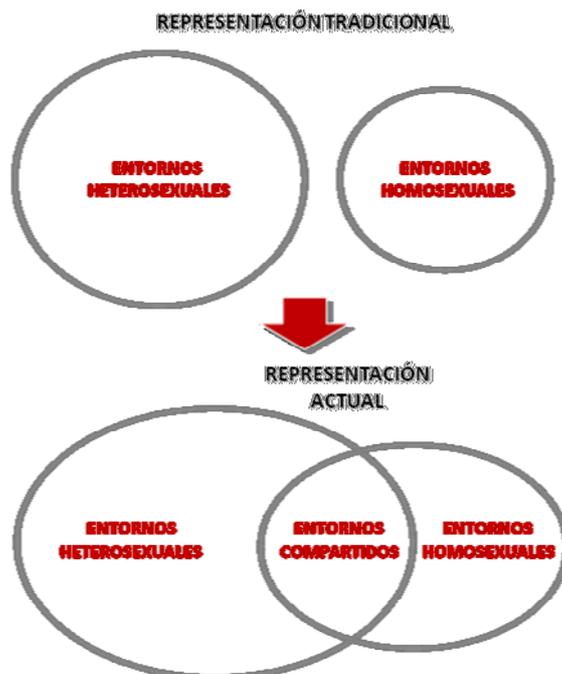
- La “mezcla” en los espacios de socialización juvenil.
- La facilitación y adelantamiento de la “salida del armario”.
- La menor fuerza comunitaria de la identidad gay.

### **Unos espacios de socialización juvenil más mezclados**

En primer lugar, parecería que la aprobación de la Ley ha impulsado una evolución que ya se venía apuntando en Chueca y en otros entornos madrileños, como la Universidad, hacia unos **espacios de socialización** crecientemente **compartidos** entre los **varones heterosexuales** y los **homosexuales**. Importancia que se puede comprender más intensamente si comparamos esta situación con la existente hace muy pocos años. En efecto, en las representaciones sociales más tradicionales sobre los espacios de socialización “heterosexual” y “homosexual”, como hemos visto más arriba, las primeras eran “visibles” y legítimas, las segundas invisibilizadas y estigmatizadas. Diferente caracterización y valoración que se traducía, además, en que ambos tipos de espacios estuvieran separados por unas “fronteras” físicas y simbólicas relativamente claras y nítidas. En la

actualidad como resultado de los mencionados cambios legislativos, de la creciente aceptación de las "identidades gays" y de los procesos de transformación social y urbana de Madrid que han afectado muy directamente al centro urbano y al barrio/zona de Chueca (Santos Solla 2006; Fernández Salinas 2007) dichos espacios de socialización tienden a solaparse parcialmente, tal como hemos tratado de representar en el gráfico 4.2 adjunto:

**Gráfico 4.2. Evolución de la representación social de los espacios de socialización "heterosexual" y "homosexual".**



El mismo Chueca constituiría cada vez en mayor medida un espacio de sociabilidad híbrida, con presencia legítima de ambos tipos de jóvenes, configurándose como uno de los lugares de ocio más abiertos al desarrollo de redes de relaciones sociales entrecruzadas entre los heterosexuales y los homosexuales más jóvenes. La "fluidez" que se expresa en el siguiente fragmento ha resultado muy común entre los entrevistados, especialmente entre aquellos de clases sociales más acomodadas y entre quienes estudian en la Universidad (entorno que se percibe como especialmente "acogedor" para los jóvenes homosexuales).

*"Yo lo tengo bastante mezclado... Es decir, no tengo un grupo propiamente dicho...Lo he tenido en etapas pasadas...sobre todo cuando vivía en Sevilla sí tenía un grupo muy cerrado de chicos gays, de amigos gays, pero en Madrid, la verdad es que desde que llegué a Madrid, que llevo tres años, es bastante mixto. O sea el grupo, hay chicos gays, chicas lesbianas, personas bisexuales, personas heterosexuales... Y salimos un poco...si nos apetece salir a Chueca, vamos a Chueca, si nos apetece Malasaña a tomar*

*una cerveza, vamos a Malasaña o por Lavapiés. Pero no tengo dos grupos cerrados por la orientación... Es bastante fluido. De hecho, de muchas personas ni siquiera sabemos la orientación... es como...no importa, da igual, es superfluido..." (Rg HSH 21-25 años. CM).*

El resultado de esta evolución es que dentro de la presente investigación una gran parte de los interlocutores gays de la misma reconocen desarrollar su tiempo de ocio en lugares marcados tanto como "gays" como "heterosexuales", posibilitándose, de esta manera, el desarrollo de unos espacios de relación en los que confluyen y se desarrollan relaciones de amistad entre jóvenes de una y otra preferencia sexual. En este sentido, tanto los jóvenes gays como los jóvenes heterosexuales autóctonos declaran conocer y tener amigos homosexuales y amigas lesbianas – que asocian, lo cual es significativo, a entornos "normales", "habituales" –la universidad, el instituto...- y a relaciones de amistad intensas ("íntimas amistades" con chicas lesbianas ).

*"EN VUESTRO ENTORNO, ¿TENÉIS AMIGOS GAYS?*

*¿Tanto chicos como chicas? Sí... O sea, en la universidad mi mejor amiga es lesbiana, por ejemplo... Y ha tenido pareja durante 4 años y lo acaba de dejar hace un mes y nada, en otros ámbitos tengo conocidos, colegas homosexuales pero, vamos, de íntimas amistades, esa chica que es lesbiana.*

*En un grupo, con el que voy siempre, son heterosexuales todos... con el que voy siempre. Pero sí tengo amigos gays también. En la universidad sí que tengo amigos gays, por ejemplo.*

*Yo tengo amigos gay en la universidad... Y del instituto. Y hay un chaval que conocemos, un amigo mío..." (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Hay que indicar que esta tendencia al desarrollo de espacios más híbridos y del establecimiento de redes de amistad entre heterosexuales y homosexuales ha estado más acentuada en los sectores de jóvenes de clases sociales más acomodadas que entre los varones inmigrantes o en los perfiles sociales más cercanos a las clases trabajadoras y a las clases medias bajas. En estos otros sectores aún se expresa una menor presencia de amigos homosexuales y una distancia, con ciertos tintes de homofobia, con la propia homosexualidad. No hay más que contrastar la cita anterior con el siguiente fragmento del grupo de chicos latinos heterosexuales para observar dicha diferencia: explícitamente se quiere marcar una aceptación ("*No veo problema en eso...*") pero al mismo tiempo se genera discursivamente una distancia, a la vez espacial ("*...en Barcelona...*", "*se buscan ellos mismos...*") y social (la consideración del homosexual como "*caso*"; el rol ambiguo de lo "*cómico*" como lugar de aceptación/tolerancia del gay; de esta forma, la sensación de "*ser mirado*" al caminar juntos que delata el impulso latente de separación y finalmente, el contacto con el homosexual como amenaza a la propia identidad heterosexual).

*"Yo en Barcelona cuando voy tengo un amigo que es gay... y mantenemos una relación normal. Y es que no veo problema en eso. Son libres..."*

*En mi grupo de amigos... Yo de la sexualidad no he tenido ningún caso, pero tampoco me importaría, es una persona igual [...] Creo que tienen varios sub-grupos. Los gays. Se buscan a ellos mismos... quiero decir, a gente que tiene sus mismos gustos: para no sentirse excluidos. Que es comprensible. Que quizá tienen miedo de llegar a un grupo y decir: soy gay. Y por eso a lo mejor buscan personas... de su ambiente. Y que se entiendan. Están entre ellos.*

*De hablar cosas que a lo mejor con personas heterosexuales no pueden hablar... Yo me río mucho con los gays, la verdad. ¡Tienen un sentido del humor!*

*Sí... Pero son personas también, no cambia casi nada.*

*Cuando voy a Barcelona, todos los veranos que voy, me gusta salir con él, nos vamos así de compras, al centro a comprar cualquier cosa...Y como vive también en la misma casa que mis primos, vamos y... No pasa nada. Eso sí, cuando voy con él, siento que te miran mucho, así, que se te quedan mirando: como que vas con una persona gay y tú eres joven – porque él ya tiene 23 años, y piensan que como estás con él...*

*Que a lo mejor piensan que tú también..." (Rg 4, Heterosexuales, Origen Latinoamericano, 18-20 años).*

Esta mediación de la **condición socioeconómica** y sociocultural de la familia de origen a la hora de desarrollar unas **redes igualitarias** y unas **relaciones de amistad** en las que están presentes personas homosexuales y heterosexuales es ratificada por los datos de la ya mencionada encuesta del CIS de 2010, en el sentido de que las respuestas ante la pregunta "Entre sus amigos ¿hay alguno que es gay?" señalan una clara mediación de dicha condición de clase, como puede observarse en la tabla adjunta (tabla 4.5.).

**Tabla 4.5. Porcentaje de jóvenes, según clase social y familia de origen, que señalan que "entre sus amigos hay alguno que es gay"**

Condición socioeconómica de la familia de origen		Clase Social	
<b>Técnicos y Cuadros Medios</b>	66,7%	<b>Clase Alta/Media Alta</b>	67,4%
<b>Empleados de oficinas y servicios</b>	59%	<b>Nuevas Clases Medias</b>	56,9%
<b>Directivos y Profesionales</b>	56,7%	<b>Obreros Cualificados</b>	52,5%
<b>Pequeños empresarios</b>	53,6%	<b>Viejas Clases Medias</b>	49,8%
<b>Obreros Cualificados</b>	51,6%	<b>Obreros No Cualificados</b>	46,1%
<b>Obreros No Cualificados</b>	49,8%		
<b>Jubilados y Pensionistas</b>	49,8%		
<b>Total</b>	54,7%	<b>Total</b>	54,7%

Fuente: CIS ,2010.

Datos que pueden interpretarse en el sentido de que "la salida del armario" y la aceptación de la homosexualidad en círculos de amigos próximos continúa produciéndose de forma más temprana e intensiva en las clases más acomodadas que en las clases trabajadoras (especialmente en aquellos sectores vinculados a las posiciones industriales más clásicas), con la repercusión que ello conlleva tanto

en las vidas y trayectorias personales de uno y otro tipo de jóvenes como en la configuración de un "perfil de clase media" más dominante en el "ambiente gay", tal como venimos destacando en el texto.

### **El adelantamiento y la mayor facilidad de salir del armario**

Como ya se ha indicado más arriba, el contexto social de mayor legitimidad de la homosexualidad tiene un claro efecto sobre algunos chicos gays más jóvenes: el facilitamiento del proceso de "salida del armario", que tradicionalmente constituía un momento crucial y dramático en la constitución de la identidad gay. En el testimonio de, sobre todo, los jóvenes de clase social más media y media-alta que han sido entrevistados para el estudio, parecería que este "hito" crucial para cualquier varón homosexual sería hoy más fácil en esos entornos; se repiten así entre los menores de 25 años las narraciones de "salidas del armario" más naturales, menos problemáticas, además de más adelantadas en el tiempo, incluso respecto de la familia de origen, que sigue apareciendo como el entorno a la vez fundamental y teóricamente más problemático para expresar la homosexualidad, como el ámbito donde de verdad "se sale del armario":

*"A mi madre, cuando le dije la primera vez que era gay fue muy gracioso... Mi madre me dijo, sin más: "No, no puedes ser gay porque los gays se llevan superbien con sus madres y tú y yo nos llevamos fatal". Y yo... (Risas)." (Rg 5, HSH, 21-25 años).*

\*\*\*

*EL TEMA UN POCO DE SALIR DEL ARMARIO, ¿CÓMO FUE PARA TI?*

*Pues muy fácil. Porque en mi familia también había otro caso. Y la aceptación, vamos, que fue total. Entonces lo tuve muy fácil. (Oscar, HSH, 23 años).*

\*\*\*

*Yo toda la gente que he conocido mayores de 30 años que son gays... sus padres no saben que son gays. Y sin embargo toda la gente que conozco de 20, 25, sus padres siempre saben que son gays. Es como que la barrera de los 30 en adelante... [...] Y yo con mi padre, mi madre, mis amigos, todo el mundo...*

*¿Y QUÉ TAL, CÓMO FUE LA REACCIÓN?*

*Pues fue muy gracioso porque... yo tenía 16 años y estaba un día de: se lo voy a decir. Y estaba mi madre pelando patatas y le dije: Oye, mamá, que... que soy gay. Y dijo: "Ah, ¿sí?". Y como que siguió pelando patatas... Y yo: "Pero mamá, que te he dicho algo importante, escúchame" (Risas) (Saúl, HSH, 19 años).*

Existe, por supuesto, una diferencia entre los diversos entornos familiares y sociales a este respecto, que en la investigación se ha expresado sobre todo en el contraste con los recuerdos de la salida del armario de quien ha crecido en un

hábitat más pequeño o más "tradicional" y, sobre todo, en el contraste entre las narraciones de los jóvenes autóctonos y las de los inmigrantes llegados a España como "gays". En el segundo caso, el recuerdo de la salida del armario es mucho más fuerte, traumático y doloroso – lo que la aleja idealmente de las edades más tempranas en las que uno convive con la familia:

*"Yo la salida del armario en Venezuela... fatal, fatal. Fue a mis quince años. Y salir del armario a los quince años es lo peor que puede haber. En Venezuela tú tienes que salir del armario a los treinta, cuando seas independiente, a los treinta y dos. Cuando tienes un hogar en el que puedes ser gay. Pero para mí fue una época muy, muy, muy mala.*

*¿Y TUVISTE APOYO DE TU FAMILIA?*

*Para nada. Era yo solo, y era vivir en guerra todo el tiempo. Siempre una guerra, siempre una pelea, discusiones. Fueron unos tiempos muy duros, de verdad". (Estanis, HSH, origen venezolano, 20 años).*

Ahora bien, y también como ocurre en otros temas de la investigación, más allá de las diferencias recogidas en la investigación cualitativa, el grado de aceptación de las identidades gays en alguno de los hijos, además de la dimensión de origen y de hábitat que hemos señalado, también tiene una cierta relación con la dimensión social de las familias de origen. Por más que no sea una relación mecánica y directa ya que, en este tema, la mediación de los valores familiares, particularmente los religiosos y los político-ideológicos, al respecto es fundamental. En efecto, en la mencionada encuesta del CIS (2010), podemos observar las siguientes reacciones familiares en el supuesto que un/a joven se sintiera atraído por un/a joven de su mismo sexo (tabla 4.6).

**Tabla 4.6. Porcentaje de respuestas de los jóvenes a la pregunta: "En el caso que te sintieras atraído por un hombre (si la persona entrevistada es un hombre)/atraída por una mujer (si la persona entrevistada es una mujer), ¿crees que te resultaría muy, bastante, poco o nada difícil contárselo a tu padre?"(porcentajes agregados de "muy" y "bastante")**

Condición socioeconómica		Clase Social	
<b>Pequeños empresarios</b>	67,8%	<b>Viejas Clases Medias</b>	68,9%
<b>Obreros Cualificados</b>	67,8%	<b>Obreros Cualificados</b>	64,7%
<b>Directivos y Profesionales</b>	66,7%	<b>Obreros No Cualificados</b>	62,9%
<b>Jubilados y Pensionistas</b>	66,2%	<b>Clases Altas/Medias Altas</b>	57,5%
<b>Obreros No Cualificados</b>	59,4%	<b>Nuevas Clases Medias</b>	56,9%
<b>Empleados de oficinas y servicios</b>	57%		
<b>Técnicos y Cuadros medios</b>	54%		

Fuente: CIS ,2010.

Conjunto de respuestas que muestran la todavía fuerte dificultad de plantear en la familia esta problemática, pese a la evolución experimentada y destacada por los entrevistados, y que señala cómo los sectores sociales vinculados a la pequeña empresa, a la pequeña burguesía urbana tradicionalmente caracterizada como "Viejas Clases Medias" serían las familias más reacias a admitir estas situaciones de hijos homosexuales mientras que, por el contrario, las nuevas clases medias, los asalariados y profesionales vinculados más a los "servicios" (y no tanto a la industria clásica) serían los núcleos familiares más tolerantes y más abiertos a la aceptación del supuesto de un hijo homosexual o de una hija lesbiana.

Además de dicha cuestión de los posibles determinantes sociales en la problemática de la "salida del armario", la tendencia a una **salida del armario más temprana y aparentemente menos traumática** abre la necesidad de una reflexión más intensa que la que se puede desarrollar en estas páginas en relación con su posible impacto en los riesgos de transmisión del VIH y otras ITS.

Por un lado y en positivo, como destaca alguno de los entrevistados y tal como se hace evidente, "el armario" ha sido muy negativo para el VIH en la medida que ha generado condiciones para su mayor transmisión entre las personas "armarizadas" –por las lógicas del estigma, por el propio desconocimiento del VIH asociado, etc.- . Por otro lado, en un espacio de posibles repercusiones más negativas, el adelanto de la vida sexual a edades más adolescentes, y la cierta sensación de "explosión", de "poder hacer de todo", también abre otro posible espacio de riesgos si la apertura actual no va acompañada, como es desgraciadamente el caso, de un amplio refuerzo de educación al respecto y de sensibilización social ante los riesgos existentes.

- **Los cambios en el "ambiente" y la comunidad gay**

Otro de los procesos de transformación relevantes para los objetivos de la investigación se ancla en la propia modificación y evolución del espacio, del

territorio marcado tradicionalmente como "gay", como pueda ser en Madrid el caso emblemático del barrio de Chueca. De acuerdo con el geógrafo Xosé Santos, la integración social de la homosexualidad y el relativo "desvanecimiento de la categoría homosexual como identidad singular" que se sigue de los procesos de legitimación que venimos describiendo estarían llevando a cambios en las anteriores lógicas comunitarias del colectivo gay, que se manifiestan también en transformaciones espaciales. Evoluciones particularmente visibles en los cambios de los barrios gays, que habían significado un elemento clave en la visibilidad política del movimiento gay desde los años 70. Así, en ciertas ciudades de Estados Unidos, los barrios gays estarían perdiendo cierta parte de su singularidad e integrándose en el tejido urbano "normal"; de esta forma los tradicionales barrios gays perderían "gran parte de su carga política y de su significado, pasando a ser únicamente lugares para las relaciones sociales vinculados fundamentalmente a funciones de tipo más recreativo"<sup>63</sup>, como vendría pasando en Chueca en el decir de algunos entrevistados.

Esta pérdida de centralidad del anclaje territorial de la comunidad gay en Madrid se expresa en la investigación en una cierta pérdida de la fuerza de la identificación comunitaria, en una cierta centrifugación y segmentación de la comunidad gay en "tribus", en un cierto debilitamiento del anclaje social y del propio carácter del tejido asociativo (que se percibe como evolucionando desde su inicial perfil más político y reivindicativo a una dimensión más relacionada con la oferta de servicios), en un movimiento de difusión de la presencia gay en otros territorios madrileños (como demuestra la "emigración" de negocios gays hacia zonas de Tirso de Molina/Lavapiés). Como señala el mencionado Xose Santos, con la expansión de comercios y espacios manifiestamente gays a otros lugares de la ciudad, con el abandono del barrio por parte de gays y lesbianas para integrarse en "vecindarios más normales", con la llegada de familias heterosexuales a estos barrios y otras transformaciones, "disminuye el sentido de comunidad y la sexualidad se refugia en el hogar siguiendo el modelo dominante"<sup>64</sup>.

En este sentido, las dimensiones más comunitarias y asociativas de la identidad gay parecen haber perdido fuerza entre las generaciones más jóvenes representadas en la investigación. En sectores significativos de los entrevistados se piensa que "está ya todo hecho", la relación con las asociaciones gays se limita a la realización de pruebas de VIH y a la participación en los actos reivindicativos más cercanos a lo festivo (Orgullo). Algunos perciben, de hecho, un divorcio entre el mundo del ocio gay y las asociaciones.

*"Creo que [la relación entre el mundo de la noche y las asociaciones es] casi nada. No interesa. Se llevan un poco a la hora del Orgullo... Aún así las discotecas van por su lado, las asociaciones pueden estar más juntadas con centros de salud, a veces. Suelen estar más cercanas a las minorías, gente que ha tendido más traumas con su sexualidad o que están infectadas. Se*

---

63 Xose M Santos: "Espacios disidentes homosexuales", op. cit.

64 Xose Santos, op.cit.

*dedican mucho a temas de VIH. Pero no suele estar muy ligado” (Dani, HSH, 28 años).*

Todo ello conduce a una mayor individualización de la experiencia gay de las generaciones más jóvenes, a una menor fuerza comunitaria. Individualización que se observa con especial intensidad en relación con un fenómeno que, por otra parte, afecta casi con igual intensidad a los varones heterosexuales: la digitalización de la vida afectiva.

### 4.3. LA DIGITALIZACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA

Esta pérdida relativa de la fuerza de Chueca, del barrio clásico, de lo presencial, es la otra cara de un fenómeno que, por el contrario y como hemos adelantado anteriormente, podríamos decir que ha sido el más señalado en la investigación como novedad y cambio radical respecto del pasado inmediato en el propio espacio de las relaciones afectivas y sexuales. Transformación que, con menor intensidad, también ha sido expresada por los chicos heterosexuales: la **incorporación completa y normalizada de Internet a las lógicas del “ligue” y del establecimiento de relaciones sexuales** entre los jóvenes. Si bien se trata de un fenómeno que lleva ya algunos años en desarrollo, en la presente investigación ha aparecido como una tendencia ya asentada, normalizada y socialmente legitimada, sin apenas ninguna de las connotaciones negativas que aún se mantenían hace pocos años.

Las **redes sociales** y los **portales de contactos tipo Badoo o Meetic** han tenido una presencia en la investigación especialmente desde el testimonio de los jóvenes heterosexuales “solteros”. Con menos fuerza y con otro carácter que las redes y aplicaciones desarrolladas en el mundo homosexual, las redes sociales centradas en los “contactos” forman parte creciente de los modos de socialización y de establecimiento de relaciones afectivo-sexuales de muchos jóvenes:

*“Pero eso de... Mi hermana. Mi hermana es hetero y conoció a su actual novio por el Badoo o no sé cómo se llama.*

*Sí, el Badoo.  
Y lo conoció y genial. Lleva... cuatro meses.*

*(Risas)*

*Pero cuatro meses y muy bien. ¿Sabes? Que hay gente que está en contra de todas esas aplicaciones...*

*Pero son útiles.*

*Y yo creo que es una vía más. Es una vía más de conocer. Como ahora estamos tanto con Twitter... Se busca trabajo por Twitter. Por Facebook. H&M echó una oferta de empleo por Facebook para sus seguidores y todo eso... Pues es otra vía más. ¿Que hay gente que solo quiere buscar sexo?*

*Pues sí. Yo, muchas veces, solo busqué eso. ¿Que otra gente tal? Es una forma de conocer. Si te interesa la persona: "Ah, pues voy a seguir quedando con él" (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

\*\*\*

*[En Badoo o Meetic] te vas a encontrar perfiles de chicas que te van a poner: "quiero una relación con chico"... Y dices vale, sabes a lo que va esta chica, y ponen otras "quiero hacer amigos", o "quiero chatear simplemente"... Entonces ahí surge una incertidumbre... Y tú ves a una chica que puede parecerle atractiva y dices "voy a decirle algo"... porque a lo mejor la conozco y me gusta como amiga, para tener un rollo con ella o quién sabe, para conocernos mejor". (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Es significativo respecto de la extensión y aceptación social de estas vías de contacto y "ligue" que se destaque ante todo las ventajas que conllevan estas redes y portales como forma de acercamiento a las chicas. Son entornos donde no sólo se facilita la "aproximación", sino que se puede "conocer" a la chica en una mayor amplitud de su personalidad:

*"Hombre, ["entrarle" a una chica en una red social] aporta mucha facilidad... Si eres una persona un poco vergonzosa, pues dices: "Joder, ¿cómo me voy a plantar yo en su casa mirándole a los ojos y decirle que me gustas?". Pues se lo puedes decir en un chat o por teléfono, en un Whatsapp o en... Entonces eso te facilita todo. Y encima, mientras estás hablando con esa persona, puedes estar en su perfil viendo a qué se dedica, con quién sale... Te puedes fijar en detalles que no te gustan, en los que te gustan más... O sea, que puedes ver de todo, puedes hacer un análisis completo de una persona, incluso viendo cómo escribe, puedes decir: "Es una paleta". (Risas)*

*No la conoces pero te haces una idea.*

*Sí, sí. En nada de tiempo puedes calar a una persona... No conocerla, pero sí calar de qué palo va, cuál es su... O sea que Internet es una cosa...*

*Es un inventazo. (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Entre los chicos gays, algunos utilizan estas mismas plataformas (especialmente Badoo) y muchos son usuarios de algunas **páginas webs y chats gays** con "perfiles", que se aproximan a la idea de red social más tradicional, y que tienen una función análoga. Muchos chicos de 25-29 años refieren, de hecho, haber tenido sus primeros contactos sexuales y sus primeros "novios" a partir de algunas de estas webs, como "el famoso chat de Terra", Bakala o Chueca.com, que gozaron de gran centralidad hace unos años. En la actualidad, sin embargo, estas webs más "tradicionales" parecen estarse viendo crecientemente sustituidas por las nuevas apps como Grindr, o bien "subsumidas" dentro de redes más "mixtas", como Badoo.

### 4.3.1. Las nuevas apps de contactos gays: Grindr y Bender

En la investigación se ha destacado repetidamente que **el uso de estas nuevas apps está conllevando un importante cambio y transformación de los modos de establecer relaciones y de practicar el sexo entre HSH** desde las formas "presenciales" más tradicionales a estas más recientes y novedosas apps. En ese sentido, en una mayoría de entrevistados se ha evidenciado que la búsqueda de contactos y parejas sexuales habría ido "más allá" de Internet en el sentido clásico –que haría referencia a esos chats, portales, etc. específicamente gays que se desarrollaron a principios de la década de los 2000– para encontrarse hoy en el nuevo espacio de las apps de geolocalización en el móvil:

*"¿EL TEMA DE INTERNET?*

*¿Te refieres a Grindr, Gaydar, Bender...? (risas)*

*Sí, TODO LO QUE TIENE QUE VER CON INTERNET.*

*Yo más que Internet, yo veo que las apps, las aplicaciones de los móviles...*

*Internet ha ido a menos...*

*¿EN QUE SENTIDO?*

*Antes... ¿Conocéis el Badoo?*

*El Bakala.*

*Yo a tanto no llego... Yo conocía el Badoo cuando yo estaba en Toledo...*

*Claro, era lo único que utilizaba para conocer chicos. Pero ahora, con esto de que tienes Internet en el móvil y tienes aplicaciones que te encuentran una geolocalización, que te encuentran con el radar los gays que hay más cercanos a ti, es que... ¿Internet quien lo usa ya? Si lo que utilizas es ya la aplicación...*

*Claro". (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

**El uso de estas nuevas aplicaciones está amplísimamente extendido entre la población HSH joven** –es uno de los rasgos más recurrentes en las diferentes entrevistas y grupos de discusión–, entrando sus lógicas de uso dentro de la oscilación básica que mencionan la mayoría de chicos gays entre los códigos de la pareja y los códigos del encuentro esporádico.

*" EN TU GRUPO DE AMIGOS, LA GENTE USA GRINDR...?*

*Claro. Todos mis amigos tienen Grindr, tienen Bender, tienen Badoo...*

*Todo.*

*¿Y TÚ LO TIENES?*

*Yo lo he tenido. Lo he tenido.*

*Y AHORA YA NO.*

*No.*

*PORQUE TIENES PAREJA.*

*Claro." (Oscar, HSH, 23 años).*

En este contexto valorativo, los entrevistados destacan varios elementos y novedades que suponen las apps en relación con las formas más tradicionales de establecer contactos de cara a un encuentro sexual, incluidos los portales y páginas webs:

- (1) A diferencia de los portales "heteros" y de los portales "homo" previos al desarrollo de las apps, donde habría una mayor ambigüedad y una mayor "incertidumbre" sobre el resultado final del encuentro, las apps sirven **casi exclusivamente para relaciones sexuales esporádicas**. Este uso más focalizado en el encuentro sexual a través de las apps se hace aún más evidente si atendemos a la mirada tan irónica que han desarrollado buena parte de los entrevistados a la hora de referirse a otros usuarios que dicen buscar una amistad o un contacto a través de estas plataformas, actitud que, por otra parte, los entrevistados han tendido a acercar mayoritariamente a los usuarios más jóvenes y de más reciente ingreso en estas aplicaciones.

*" El 90%... Perdonadme si me equivoco, pero creo que el 90% de los perfiles que hay en Bendeo o en Grindr o en lo que sea, buscan sexo y para de contar. Porque yo iba de feliz de la vida con 19 años diciendo: "¡Ay, qué bien, tengo esto! ¡Voy a ver que existe el amor por aquí!", y me encontré con...*

*El amor no...*

*Más calabazas que la cenicienta..." (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

- (2) A través de Grindr y el resto de apps se daría una **aproximación más directa al sexo, pero también un tipo de comunicación que se describe como más fría y menos "humana"**. Muchos entrevistados mencionan, ya sea en tono de queja o como simple constatación de un hecho, cómo en este entorno no se producen apenas diálogos más allá de la concertación de la cita sexual y cómo casi la palabra estaría proscrita, sustituida por el intercambio de fotografías más o menos explícitas sexualmente. Algunos jóvenes especialmente críticos tienden a considerar, por tanto, que en Grindr no hay espacio para "la educación, la cordialidad más básica" (Alberto, HSH, 22 años) o que lo que caracteriza a las apps es "la falta de humanidad":

*"Hombre, el móvil yo creo que es más directo, porque...*

*La falta de humanidad. (Risas)*

*Y lo que es el escribir, que es como más anónimo, que te da menos pudor que decirlo a la cara.*

*Ahí está. Es como...*

*Más frío.*

*Como un mercado de abastos. Un mercado, pues ya está.*

*Eres un producto". (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

- (3) Las apps cumplirían un cierto rol de **refuerzo del "impulso" sexual**. Esto es, mientras que en el encuentro sexual tradicional se requiere, salvo que se esté en una relación de pareja, de un cierto trabajo y proceso de aproximación, las apps permiten dar salida rápida a lo que los interlocutores denominan "calentón", "necesidades", "descargas"... Esto supondría una vivencia más espontánea del sexo, pero también un posible menor "control" sobre el impulso sexual.

*"Yo creo que todos... cuando estamos solteros y tenemos un calentón...pues a lo mejor tiramos de ahí. Pero si...pero... esa misma gente cuando busca una pareja no tiende a buscar por ahí". (Rg 2, HSH, 21-25 años.).*

**(4) Ampliación espacio-temporal de la posible práctica de relaciones sexuales e incremento de la frecuencia de las relaciones sexuales.**

Mientras las formas tradicionales y presenciales de encuentro sexual entre HSH tienden a vincularse con la noche y con los fines de semana, el desarrollo de las apps permite el encuentro sexual en todo momento del ciclo temporal diurno y nocturno, de la semana laboral y del fin de semana.

*"¿Y GRINDR CUANDO SE USA? ¿SE QUEDA EN CASAS DE LA GENTE O ES DE DISCOTECA O...?"*

*En los casos que yo conozco, en muchos de mis amigos, tienen más relaciones entre semana que cuando salen. A lo mejor salen de fiesta y a lo mejor, a última hora de la noche, lo encienden, a ver qué pescan. Así de claro. Pero quedan más entre semana que llevarse a...*

*Y ESO ES UN CAMBIO.*

*Vamos, yo antiguamente... Hace unos años, si conocías a alguien esa noche, pues era lo que te llevabas esa semana. Lo de quedar entre semana y todo eso no... Pero claro, con esto, aunque no... Lo enciendes, y a lo mejor vas por el centro de compras, o vas a ver a tu tío o lo que sea... Y lo enciendes y a lo mejor te surge que tienes a 50 metros a alguien dispuesto a... Entonces, es más fácil". (Oscar, HSH, 23 años).*

**(5) Individualización del encuentro sexual.** Mientras que, tradicionalmente, el encuentro sexual se producía a partir de espacios y lugares más o menos marcados, más o menos conocidos en el "ambiente" que posibilitaban un cierto control, una cierta forma de regulación social de los encuentros, el uso de las apps permite un tipo de encuentro más individual y sin pasar por ningún tipo de filtro de la comunidad gay, en el sentido amplio, o de la propia red social en la que se inserte cada sujeto con las repercusiones que eso supone en el desarrollo de las prácticas sexuales, más allá de las posibles normas de autorregulación comunitarias.

*"Es decir, yo creo que más que cambiar...Ha cambiado, pero ha hecho que lo que la gente que antes de haber internet... se reunían en sitios superocultos y tal. Pues ahora el sitio oculto es el Grindr. Que, además, no pones fotos de tu cara... o el Bender, o lo que sea... Que no pones fotos de tu cara y te da pie a seguir manteniendo el anonimato.*

*Yo es que odio lo de las fotos de decapitados". (Rg 2, HSH 21-25 años).*

Eso sería lo que justificaría que HSH que no se definen o presentan como gay, ni socialicen en un entorno gay, usen estas nuevas herramientas sin "romper" el secreto a su alrededor:

*"Hay gente...que porque se mueve en ambiente muy hetero, es la única vía de escape que tiene para encontrar algo". (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

(6) **Supuesto aumento de las relaciones sexuales sin preservativo:** Además del cambio en las formas más tradicionales de vivir y establecer los contactos de cara a un encuentro sexual, se expresa también una imagen, ampliamente compartida, de que el tipo de prácticas de prevención en las relaciones y actos sexuales surgidos a través de estos canales también parecen ser diferentes. La mayoría de los entrevistados usuarios de estas apps hablan de un uso poco frecuente del preservativo en los encuentros sexuales surgidos a través de ellas, y en todo caso notablemente menor de lo que, afirman, es habitual en los encuentros fraguados en espacios de sociabilidad más tradicional.

*"O sea, me acuerdo que un chico dejó de hablar conmigo [en una app] porque me dijo que quería que le follara a pelo y yo le dije, "yo a pelo no follo", o sea, es que ni de coña, y va y dejó de hablarme y yo. ¿Pero tú en qué clase de mundo vives?*

*¿Y ESO ES HABITUAL LO DE QUE TE PROPONGAN FOLLAR A PELO EN ESTE TIPO DE APLICACIONES?*

*Todos los días... (Risas).*

*Hombre, más de lo normal, pero tampoco todos los días..." (Risas) (Rg 5, HSH, 18-21 años).*

Esta imagen de las relaciones sexuales surgidas a través de las apps como encuentros sexuales en los que se da una menor protección, vinculado a una cierta imagen de colectivo cerrado, de una cierta "endogamia", pareciera estar sustentando la imagen de estas aplicaciones como espacios de mayor riesgo de transmisión de ITS, imagen que no sólo emerge entre los perfiles más alejados (en uso o valoración) de estas aplicaciones, sino también entre perfiles de usuarios actuales o ex-usuarios recientes.

Así pues, el desarrollo de las apps y la extensión de su uso por parte de los HSH que residen en Madrid se estaría convirtiendo en uno de los principales espacios de sociabilidad sexual entre los jóvenes y, por tanto, dadas algunas de las características que señalamos (multiplicación del número de encuentros, refuerzo de la impulsividad sexual, individualización de los mismos, aparente menor fuerza del "mandato" del uso del preservativo...) en un posible espacio de prácticas de riesgo entre HSH a la que es preciso estar atentos.

**Grindr y, con algo menos de fuerza, Bender** se han señalado como las dos apps más populares y con mayor volumen de usuarios. A partir de lo expresado por nuestros interlocutores, lo más habitual sería tener perfil en ambas y usar aquella que proporcione una mayor cobertura y diversidad de contactos en el barrio/zona en la que uno se encuentra, ya que, según diversos entrevistados, la presencia de usuarios en cada una de ellas se muestra muy desigual en las diferentes zonas de la ciudad/área metropolitana, especialmente en aquellas alejadas de los centros de ocio, y en especial Chueca, en las que ambas parecen ofrecer su mayor cobertura y volumen de usuarios.

Esta mayor popularidad y volumen de usuarios redundan, aparentemente, en un conjunto de usuarios muy diverso, tanto en su caracterización personal como en las prácticas/expectativas expresadas en sus perfiles. Ha sido muy común la

expresión de que en Grindr y Bender uno "se encuentra todo tipo de perfiles", alejándose de una imagen más marcada o relativamente "targetizada" que puedan derivarse de otras apps, como Scruff (dirigida a la subcultura *bear*).

Esta mayor visibilidad y diversidad de perfiles parece ser una de las claves de que se establezcan como las **apps de iniciación** elegidas entre los perfiles más jóvenes de HSH. La mayor visibilidad de los usuarios jóvenes en Grindr especialmente, y en menor medida en Bender, parece imprimir también un estilo propio a estas apps. Tanto los perfiles de usuarios más visibles como el tipo de prácticas y expectativas sexuales manifestadas en sus perfiles tienden a definirse como más próximas al modelo más estereotipado de "gay normativizado" (que en muchos casos tiende a ejemplificarse alrededor de la imagen de algunas de las figuras de hombres HSH más mediáticos y populares), imagen ésta relativamente recurrente entre los usuarios de edades algo más adultas. Este estilo más normativo (más próximo a la imagen de hombre "metrosexual", con una estética más vinculada a los cánones estéticos dominantes, que transmiten imagen más deportiva y saludable, inserto e integrado en el mundo heterosexual,...) parece ser un denominador común en la imagen que se tiene del perfil de usuario más visible en ambas apps.

Ahora bien, pese a moverse, tal y como hemos apuntado, en espacios cercanos y a tender a caracterizarse como dos aplicaciones muy similares entre sí, nuestros interlocutores han establecido ciertas diferencias entre ambas.

**Grindr** aparece como la app más fuerte (en uso y notoriedad) y parece estar más presente (o tener más visibilidad) entre los perfiles de HSH más jóvenes. Se define como la aplicación que pareciera tener una **cobertura geográfica más amplia** y mejor cubierta, siendo relativamente habitual que los entrevistados señalen que se adapta mejor a los diferentes espacios de la ciudad. Además, frente a Bender, en el uso de Grindr parece cargar más la imagen "del chat", lo que pareciera otorgarle una imagen de ser la aplicación que, en un gradiente de evolución, se situaría más próxima a lo que fueran los chats y los portales de contactos gay (del tipo Gay Romeo). De hecho, los entrevistados que afirman haber mantenido una comunicación más mantenida en el tiempo a través de aplicaciones, tenderían a situarla en Grindr.

**Bender**, por su parte, se definiría como una app algo menos generalista que la anterior, con un perfil de usuario ligeramente mayor en edad que ésta y con una cobertura territorial más irregular, básicamente en los barrios y zonas más alejadas del centro urbano y de Chueca. Bender parece transmitir una imagen de relación más directa, menos mediada por la conversación y más centrada en el envío/consulta de fotos y mensajes cortos encaminados a establecer un encuentro sexual. La lógica de uso de esta aplicación se movería ya más alejada del tradicional espacio de los chat o los portales de contactos, incluso del espacio residual del juego y el "cortejo dialéctico" que parece estar algo más presente en Grindr, centrándose de una manera más directa en una lógica de selección y organización del mencionado encuentro.

#### 4.4. LAS FUENTES DE EDUCACIÓN SEXUAL

Con mucha mayor brevedad que todo lo anterior, no queríamos finalizar este capítulo sobre los cambios en la socialización sexual de los jóvenes sin apuntar algunas de las cuestiones que ellos mismos han destacado respecto de su educación sexual. En este terreno, los cambios parecen producirse a un ritmo mucho menor que en el resto de espacios que venimos tratando hasta el momento. De acuerdo con lo que expresan los entrevistados, la educación por parte del **grupo de pares** continúa siendo, como tradicionalmente, el medio mayoritario de educación sexual. Como no podía ser de otra manera, **Internet** aparece como una fuente en auge de información sobre sexualidad, con las inevitables ambigüedades que genera en cuanto a la fiabilidad de la información recibida. Pero la educación sexual por parte de las **familias** y las **escuelas**, tal como también señalan la práctica totalidad de los profesionales entrevistados, aún se percibe deficitaria. En la encuesta del CIS del año 2010 que venimos recuperando, un 60% de los jóvenes españoles señalaba que en su centro de estudios no se había hablado nunca o con poca frecuencia de sexualidad. Incluso cuando se imparten "charlas" de educación sexual en colegios e institutos, la mayor parte de las veces se reproduce una cierta "vergüenza" o incluso códigos muy estrictos de género:

*"Yo en el instituto recuerdo una charla solo. Sobre educación sexual. Y además tengo hasta el libro en casa, un libro que te viene ahí información... Y, cosa que me parece fatal, nos separaron a los chicos de las chicas. Sí. Porque a lo mejor a los chicos les diera más... Pero vamos yo creo que... Hasta bien mayor sabía que era la regla, pero tampoco... por lo que habías estudiado de la menstruación, pero tampoco... Creo que todos tenemos que saber todo.*

*COMO QUE ESA SEPARACIÓN REFUERZA EL TABÚ, NO? DE QUE ESO ES ALGO...*

*A lo mejor desinhibe más a los chicos, porque le estás hablando a los chicos pero... Pero también refuerzas más, eso, la vergüenza..." (Oscar, HSH, 23 años).*

Estas carencias en la educación sexual formal parecerían más graves en lo que respecta a las **ITS y al VIH** que, al decir de los jóvenes, son tratadas de una manera mucho más secundaria en la escuela y el instituto. La educación sexual se centraría hoy en mucha mayor medida en la prevención de embarazos no deseados, dejando algo más de lado el conocimiento y prevención de las ITS. Como recalcaremos más adelante, los centros específicos de sexualidad juvenil y el mundo asociativo (muchas veces encargados, mediante voluntarios y con carencia de medios, de proporcionar sesiones de formación en centros educativos) parecen ser casi los únicos entornos donde se habla hoy de VIH e ITS:

*"TÚ HAS COMENTADO LO DE LA POMADA, ¿SE CURAN TODAS LAS ITS?"*

*Creo que el sida no.*

*El sida se trata.*

*Se puede tratar pero...*

*Y la gonorrea, supongo que en unos niveles...*

*Claro, hay fases, por ejemplo, en las últimas hay algunas pues que no... se tiene que controlar, o que hay que operar... por ejemplo, hay que cortar, por así decirlo, por lo sano... Y es que no hay otra manera, entonces... No sé... Hay algunas que sí y otras que no y depende de en qué fase estén.*

*¿TODO ESTO... LO DE LAS FASES EL RESTO LO SABÍAIS?*

*No.*

*Yo lo sé por los cursos de la Universidad... Me acuerdo vagamente porque fue en Primero o en Segundo... Pero no es una formación que te den en el colegio" (Rg 1, Heterosexuales, 21-25 años).*

*[Cuando el médico me dijo que tenía VIH] Yo no sabía nada. Nada. Le empecé a hacer preguntas.*

*PORQUE ¿NO HABÍAS TENIDO EN EL COLEGIO O...?*

*Pues las típicas charlas que vienen y te hablan de todo en general, no profundizan en lo que es el sida, más bien profundizan en el embarazo, en los métodos anticonceptivos y tal. Pero no te explican: la enfermedad consiste en esto y... Y yo no tenía ningún tipo de información. Entonces me salían preguntas del tipo: "¿me voy a morir?" (Edmar, HSH, VIH+, 21 años).*

Por otro lado, la educación sexual en el ámbito escolar (donde, como señalan numerosos estudios, persiste un nivel de homofobia más alto que en otros entornos<sup>65</sup>) sigue generalmente centrada en la sexualidad heterosexual, de modo que incluso cuando se proporcionan sesiones de educación afectivo-sexual en los centros educativos, **no se aborda** la sexualidad y la afectividad entre varones y entre mujeres. Situación que resulta preocupante cuando, como se ha observado en el presente estudio, el inicio de la vida sexual de los jóvenes, en general, y de los jóvenes gays en particular, se ha adelantado y sucede en un contexto de menor "norma" consistente de uso del preservativo y de práctica desaparición del imaginario social del VIH y el resto de ITS.

---

65 El último estudio realizado por la FELTGB y COGAM sobre discriminación por orientación sexual y orientación de género muestra, por ejemplo, que un 76% de encuestados LGTB se ha sentido discriminado en su centro de estudios (Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y orientación de género, <http://www.felgtb.org/rs/2447/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/bd2/filename/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>).

## 5. LOS ESPACIOS DE SOCIABILIDAD Y DE DESARROLLO DE RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES ENTRE LOS JÓVENES VARONES MADRILEÑOS

Tras este recorrido más contextual y antes de adentrarnos específicamente en el VIH y las ITS, queremos plantear el acercamiento singular que se deduce de la investigación a las experiencias más amplias de sociabilidad y encuentro sexual que viven hoy los jóvenes madrileños, a los espacios y lógicas de sociabilidad sexual que se desarrollan y que constituyen el contexto que ayuda a configurar el sentido de las "prácticas de riesgo" y del "peligro" de transmisión del VIH y otras ITS que se han expresado en la investigación.

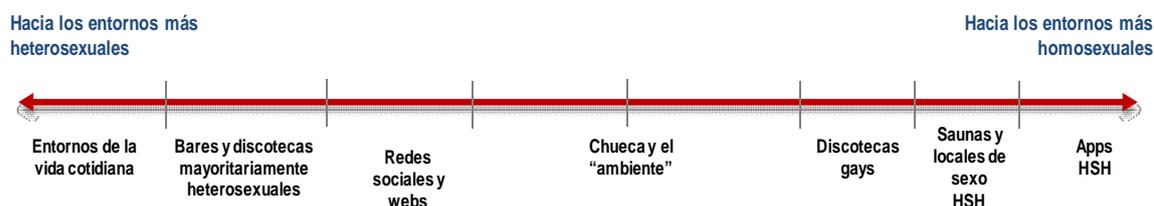
Aunque como dice un profesional entrevistado...

*"Hay tantas maneras de vivir la homosexualidad como homosexuales, de la misma manera que hay tantas maneras de vivir la heterosexualidad como heterosexuales". (Entrevista Mediador de Salud).*

...la realización de la investigación nos permite observar que el conjunto de los entrevistados expresa sus vivencias y experiencias afectivo-sexuales a partir del abordaje de dos dimensiones básicas de sus ámbitos de sociabilidad que posibilitan abordar ciertas consideraciones más generales que las vivencias más íntimas y singulares de cada persona sobre su vida afectiva y sexual.

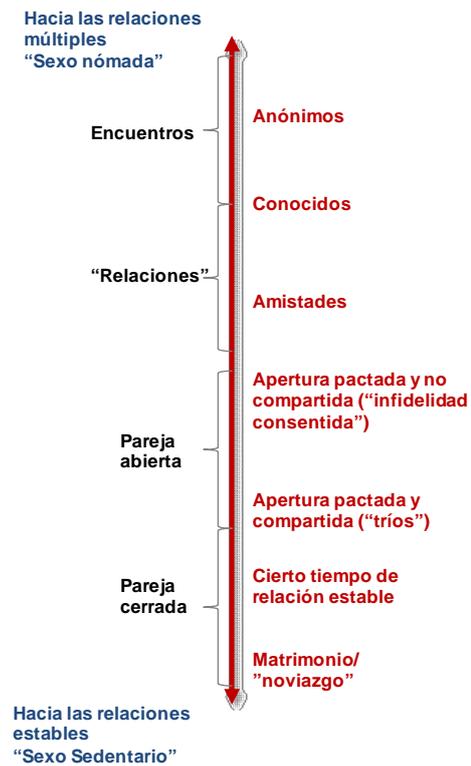
(a) Una primera dimensión "espacial", en sentido general: los **entornos de sociabilidad** en torno a los cuales se generan las relaciones personales y, por tanto, las relaciones afectivas y sexuales. Es decir, por dónde y con quién "se mueve uno" – y, por tanto, dónde "se liga" (gráfico 5.1).

**Gráfico 5.1. Eje de los entornos de sociabilidad.**



(b) Una segunda dimensión "ideal-afectiva" relacionada con los **modelos de relación afectiva-sexual** que se establecen en cada caso y/o a los que se aspira como "régimen" rector en la vida del individuo (gráfico 5.2).

**Gráfico 5.2. Eje de los modelos de relación afectiva-sexual.**



La toma en consideración de ambas dimensiones como punto de partida más expresivo del análisis además de acercarse muy directamente a los **objetivos de la investigación**, permite tener en consideración lo dicho y expresado tanto por los jóvenes homosexuales como por los jóvenes heterosexuales en relación con dichos objetivos permitiendo, de esta forma, una aproximación conjunta, una panorámica global de las opiniones y vivencias del conjunto de interlocutores de la investigación más allá de que, en cada objetivo concreto, se pueda especificar y singularizar, diferenciar entre las opiniones de unos y otros jóvenes madrileños en función de las dos variables de segmentación centrales de la investigación: la orientación y la preferencia sexual y el origen autóctono o inmigrante de los mismos.

Ambas dimensiones de **"espacios o marcos de sociabilidad"** y de **"modalidades de relación" afectiva y sexual**, a la luz de lo producido en la investigación, pueden comprenderse como ejes que se desplazan entre dos polos:

(a) En el caso de los **entornos de sociabilidad**, y tratando de representar únicamente los mencionados en la investigación, podemos visualizarlos como un conjunto de espacios que discurren de los entornos más formalmente heterosexuales (**ámbitos de la vida cotidiana, discotecas y bares primordialmente heterosexuales**) a los entornos más expresivamente homosexuales, como **Chueca**, el **"ambiente"** y las **discotecas gays**, hallándose el extremo de estos últimos en aquellos espacios vinculados al sexo anónimo (**saunas, locales de sexo**) y a las más recientes **apps** de geolocalización para contactos entre hombres.

(b) En el caso de las **modalidades de relación** (sobre todo en el caso de los varones homosexuales), aparece un abanico de posibilidades que iría desde la formalización de parejas más estables a los encuentros sexuales más fugaces, pasando por toda una suerte de categorías, matices y pactos *sui-generis* que, uno podría sospechar, tienen tantas variedades específicas como individuos y parejas existen. A pesar de ello, en el ámbito discursivo producido en la investigación, este eje tiende a expresarse en términos de una cierta **oposición central**, que contrapone la búsqueda de una pareja única, estable, monógama, en la que el sexo se enmarca dentro de una relación de "amor" con vocación de permanencia y exclusividad, en un extremo, con la persecución de relaciones esporádicas, múltiples, no exclusivas donde el sexo tiene sentido por sí mismo o, tal como lo formula Fernando Lores, como una oposición articuladora entre "economías sexuales del don" (la díada sexual, la *pareja*) y "economías sexuales del trueque" (intercambio sexual con múltiples compañeros no permanentes)<sup>66</sup>.

Tensión simbólica entre estas dos modalidades de relación presente en el conjunto de jóvenes gays autóctonos entrevistados particularmente reforzadas en el caso de los gays inmigrantes, como los jóvenes latinos entrevistados procedentes de países con una fuerte presencia de la homofobia.

Mientras la forma de denominación de la relación más estable tiende a ser caracterizada con el término "pareja", no ocurre así con las modalidades de relación establecidas con una mayor multiplicidad de personas. La expresión de "promiscuidad", en muchos casos descargada de cualquier connotación peyorativa, se ha utilizado en muchas ocasiones. Sin embargo su uso para caracterizar dichas relaciones creemos que puede reproducir las connotaciones negativas socialmente existentes al respecto. Por ello, hemos optado por una propuesta de denominación que nos parece descriptiva de las modalidades polares de dicha dimensión al mismo tiempo que apunta a la diferenciación mencionada tratando de evitar connotaciones más negativas. En este sentido, nuestra propuesta ha sido caracterizar como "**sexo sedentario**" y "**sexo nómada**" las respectivas orientaciones más polares de esta dimensión de las relaciones afectivas y sexuales, tal como hemos tratado de visualizar a continuación.

Para visualizar esta aproximación más integral y panorámica del conjunto de interlocutores de la investigación, vamos a utilizar las mencionadas dimensiones a modo de ejes vertebradores del análisis: en su cruce sobre un espacio topológico podemos generar un **mapa de sociabilidades y modalidades de relaciones afectivas y sexuales** (gráfico 5.3) que nos servirá a lo largo del informe para analizar estructuralmente el conjunto de posiciones discursivas y de líneas de discurso y de argumentación con las que los interlocutores de la investigación expresan sus experiencias y sus narraciones en los diferentes ámbitos de su vida

---

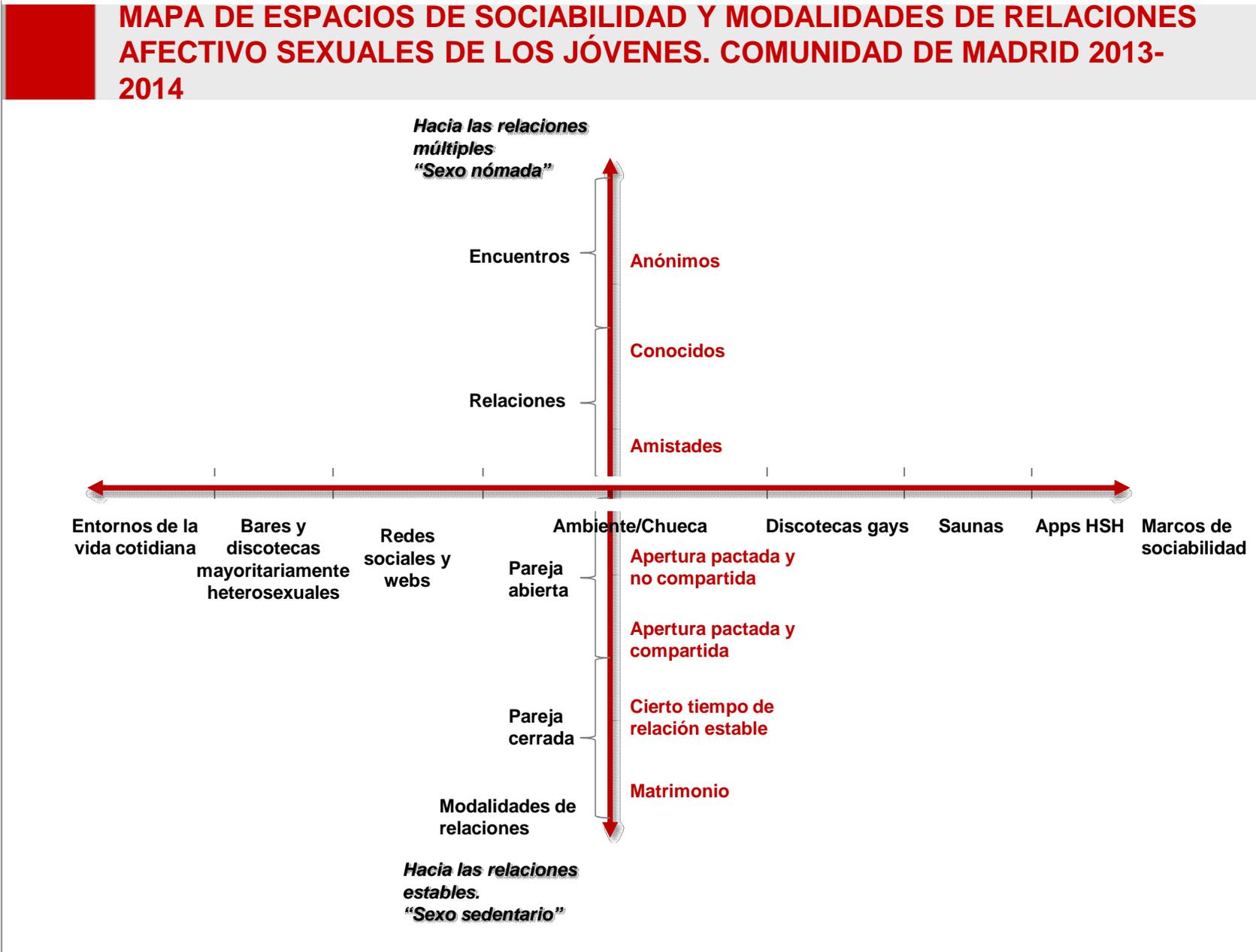
66 Lores Massip, F Deseo y peligro: anotaciones antropológicas a una teoría de la contaminación y de los cuidados sexuales, op. cit.

afectiva y sexual, y sobre el conjunto de objetivos que pretende cubrir la investigación.

Esto no significa que cada persona se encuentre “de una vez por todas” en un espacio determinado del mapa, ni siquiera que los espacios definan a tipos de personas o “personalidades” sexuales como tal. Lo que se nos presenta, y así hemos de interpretarlo, es una estructura posible de posiciones dentro de la sociabilidad sexual, que cada joven puede ocupar de forma variable en diversos momentos de su vida, y una estructura correlativa de los discursos sociales que vienen aparejados a cada una de las posiciones<sup>67</sup>. Dedicaremos, pues, este capítulo a describir y explorar este mapa y sus posiciones, acercándonos primero a los espacios de sociabilidad descritos por los jóvenes para pasar inmediatamente a indagar en los modelos de relación dentro de los que se concibe/practica la propia vida afectivo-sexual. Finalizaremos el capítulo proponiendo cinco grandes espacios discursivos de la sexualidad masculina juvenil, especialmente para el caso de los HSH, que habrán de servirnos como “apoyos” para entrar en la segunda parte del informe, las representaciones y prácticas alrededor del VIH y el resto de ITS.

---

67 Así, por poner un ejemplo repetidamente expresado en el estudio, muchos chicos gays cuyo ideal es la pareja estable, cerrada y fiel, desinstalan Grindr y otras apps del móvil al “comprometerse” con otro chico, pero vuelven a recuperarlas si esta relación fracasa – las “rachas” de soltería/pareja se integran, pues, en forma de movimiento por las diversas posiciones posibles, así como de discursos cambiantes sobre el significado de la pareja, la promiscuidad y las necesidades sexuales.



## 5.1.- LOS PRINCIPALES ENTORNOS DE SOCIABILIDAD SEXUAL DE LOS JÓVENES

Los espacios de sociabilidad de los jóvenes donde se despliega, en lo fundamental, su vida cotidiana pueden entenderse como una sucesión de sub-espacios que, en el marco de esta investigación, podemos caracterizar como territorios más o menos marcados bien por una normatividad heterosexual, bien por una normatividad procedente de la subcultura homosexual.

### **Los entornos más amplios de la vida cotidiana.**

Los espacios más globales y heteronormativos tienden a ser los territorios en los que se desarrolla una gran parte de la vida cotidiana de todos los jóvenes, tanto heterosexuales como homosexuales. Estos espacios – donde, “desde siempre”, se ha conocido a los amigos y establecido relaciones de pareja – excluían tradicionalmente la posibilidad de una presencia homosexual. Pero como ya hemos señalados, algunos de estos territorios estarían experimentando una creciente apertura a la presencia legítima de la homosexualidad y las relaciones entre varones. Resulta más evidente en entornos más modernizados, como la universidad, pero también empieza a producirse en otros espacios. Así, varios entrevistados gays de 18-21 años han referido tener un primer noviazgo “formal” con otros chicos durante el instituto, algo que parece estar haciendo más común, según opinan algunos como Alberto, que da charlas educativas en institutos como voluntario de una asociación:

*“En mi época, con 12 años, jamás habrías salido del armario en el instituto, era un suicidio. Y ahora yo me encuentro a chavales y chavalas que han salido del armario con 12, 13 años, y son aceptados en su clase, no tienen ningún tipo de problema. Y de hecho, si tienen algún tipo de problema, la mayor parte de la clase les ampara en lugar de ponerse en su contra, que recriminan al agresor...” Y al no estar metidos en un armario desde edades tan tempranas son capaces de socializar entre ellos desde antes... que yo hasta los 18 años no entré en contacto con personas homosexuales. Pero estos chavales o chavalas están teniendo, con 12 o 13 años, una adolescencia completamente “normal”, entre comillas. Igual que un chico heterosexual puede relacionarse con una chica en Primero de ESO y luego en Segundo con otra y luego en Tercero tener su primera experiencia sexual... Es la realidad de las personas homosexuales a día de hoy, de los chavales y las chavalas”. (Alberto, HSH, 22 años).*

Como también hemos indicado, esta apertura, sin embargo, no se produce de forma similar ni en el espacio social ni en el territorio geográfico. Los jóvenes gays siguen enfrentando actos de violencia simbólica (el insulto, la burla) y algunos, de

violencia emocional (el rechazo familiar) y real<sup>68</sup>. Aunque en la sociedad en su conjunto pueda corroborarse esa creciente transformación hacia el cuestionamiento de la heteronormatividad y la integración de la homosexualidad, persisten por supuesto muchos espacios de homofobia. Algunos HSH jóvenes se ven forzados aún a una continuación del silencio forzoso, del ocultamiento, del secreto, bajo amenazas muy fuertes de homofobia. En la investigación se han recogido algunos ejemplos – principalmente vinculados a espacios sociales más tradicionales donde la homofobia aún campa a sus anchas<sup>69</sup>.

### **Bares, discotecas y entornos nocturnos mayoritariamente heterosexuales.**

Un segundo espacio para la sociabilidad sexual, frecuentado por la mayoría de jóvenes en sus relaciones sociales cotidianas, lo hallamos en los lugares del ocio nocturno –bares, pubs, discotecas...– mayoritariamente visitados por público heterosexual (aunque algunos de estos lugares puedan ser *gay-friendly* en ocasiones). Para los jóvenes heterosexuales, estos lugares constituyen los principales espacios donde se puede “ligar” de una forma intencionada y dirigida – aunque siempre con una cierta incertidumbre y con la percepción compartida de que “son las chicas quienes deciden”. Es también el único lugar (aparte de la prostitución, que no ha aparecido en la investigación, y, en menor medida, de los encuentros a través de Badoo o Meetic) donde parecería haber para los heterosexuales una posibilidad de sexo esporádico fuera de la pareja.

Es importante señalar que, entre los chicos gays entrevistados, y especialmente entre los más jóvenes, ha habido muchos que socializan casi exclusivamente en estos espacios heterosexuales. Pero, a diferencia de lo que sucedía en el pasado, la socialización en estos espacios, en el caso de Madrid, no requiere forzosamente de un ocultamiento estigmatizado de la orientación homosexual. En ese sentido, podría interpretarse que la “ruptura” casi inevitable que en otros momentos tenía que vivir una persona homosexual con el entorno familiar y grupal de origen se estaría produciendo hoy en menor medida para determinados perfiles, o se viviría más como una opción personal:

*"Y TU OCIO, TUS GRUPOS DE AMIGOS... ¿MÁS O MENOS COMO ES? ¿POR DÓNDE TE MUEVES?"*

---

68 Los estudios sobre homofobia en el sistema educativo y sobre las experiencias de los jóvenes LGTB, por ejemplo, siguen recogiendo porcentajes significativos de personas LGTB que se ven sujetas a diversos tipos de violencia: Garchitorena González M. Informe Jóvenes LGTB, M. de Trabajo y Asuntos Sociales. FELGTB 2009; Galofre, G., Generelo J., y Pichardo J.I. (coord.) Adolescencia y sexualidades minoritarias: voces desde la exclusión, Alcalá editorial. Alcalá la Real, 2008.

69 El ejemplo más evidente de este perfil, aunque finalmente no participó en la investigación, lo constituyó Ricardo, un chico gitano gay de 18 años, que entró en contacto con el estudio a través de un mediador de salud. Su historia implicaba un fortísimo ocultamiento de su orientación sexual a su familia y todo su entorno (de religión evangélica y extremadamente homófoba). La vivencia de su sexualidad era forzosamente furtiva, peligrosa y conflictiva. Tras varios contactos telefónicos a horas previamente pactadas (conjurando así la amenaza de que su familia pudiera enterarse de algo), Ricardo no acudió a la entrevista pactada ni respondió más al teléfono.

*Pues casi todos mis amigos son los amigos de siempre. Yo no tengo amigos de... haber salido y haber conocido a un grupo de amigos... Mis amigos son los vecinos o vecinas, o gente que he ido conociendo donde yo he ido trabajando, o gente del cole. Es curioso... pero es verdad que yo veo todo el mundo... Mi hermano, que también es gay, empezó a salir y se echó un grupo de amigos, de amigos gays. De los conocidos de las fiestas...y son sus amigos-amigos. Pero es que yo mis amigos los tengo de siempre...De siempre". (Pablo, HSH 27 años).*

### **Redes sociales y páginas de contactos primariamente heterosexuales: Badoo, Meetic.**

Ya hemos hablado anteriormente de las redes sociales y páginas web primariamente heterosexuales, como Badoo o Meetic, que aunque son utilizadas también por muchos chicos gays, parecerían verse cada vez más sustituidas por las nuevas apps, especialmente para el establecimiento de relaciones sexuales esporádicas, por lo que no resulta necesario extendernos al respecto.

### **Chueca y el "ambiente".**

En la presente investigación "el ambiente" ha estado representado sobre todo por Chueca, por sus bares y discotecas, por el barrio en su conjunto – entendido más como espacio de ocio y de encuentro que como lugar de residencia de los entrevistados. Chueca resulta, en efecto, el espacio simbólico gay por antonomasia, que alcanza en el Orgullo, como fiesta multitudinaria, como ritual que congrega a todos los modelos sociales, el momento de máxima expresión y visibilidad de la comunidad gay.

Más allá de la apertura mencionada anteriormente, Chueca se expresa como un territorio específicamente homosexual, diverso de los espacios heteronormativos ya citados, que permite la expresión de una cierta (homo)normatividad, con sus propios mecanismos de control social – visibilidad, conocerse, codificación de los encuentros – y que permite, además, la expresión de unas determinadas formas de comportamiento público "visible" (afectos, besos y caricias, "cotilleos" y "marujeos", etc.) que, en otros territorios y a pesar del avance vivido en los últimos años, continúan siendo todavía mal vistos o directamente censurados.

Desde esta perspectiva, el "ambiente", y "Chueca" como significante, implican no sólo un espacio urbano específico o una red de establecimientos comerciales, sino toda una comunidad/es, con sus códigos propios, sus rituales y sus normas. Una comunidad/es, además, en la que se integran las asociaciones gays (respecto de las cuales "Chueca" parecería su ámbito natural), pero también otras instituciones "tradicionales" del intercambio sexual entre varones gays, como los locales de sexo o las saunas.

Muchos de los jóvenes gays entrevistados se "mueven" por Chueca con grupos de amigos gays, pero es de reseñar que se detectaría como tendencia emergente **un relativo alejamiento de una parte de la juventud gay respecto del entorno**

**concreto y simbólico de Chueca.** Alejamiento que tomaría dos formas opuestas: por un lado, el alejamiento que expresan los jóvenes gays más integrados en los entornos heterosexuales, que dicen *"no definirse como gays al uso"* (Rg 3, HSH, 27-29 años), y cuyo alejamiento simbólico e identitario toma muchas veces la forma de una crítica del "marujeo", del entorno donde "todos se conocen", esto es, un alejamiento de las dimensiones más explícitamente comunitarias y comunales, especialmente en lo que tiene que ver con las relaciones sexuales.

*"Cuando me he movido por Chueca... No digo que sea siempre así, pero me ha parecido todo un poco... perverso. Que van a lo que va todo el mundo. Yo tampoco me muevo mucho por ese ambiente, pero lo que he vivido es más... cuando entras a un bar y está lleno de gente y todos están a ver quien ha entrado... Y luego están ahí mirándose unos a los otros y a ver quién va con quién. Por eso me gusta también salir por zonas que no son de ambiente, porque me siento menos presionado". (Saúl, HSH, 19 años).*

La otra lógica de alejamiento del "ambiente" en tanto espacio comunitario la encontramos vinculada a los espacios de encuentros esporádicos relacionados con las nuevas apps de contactos, de las que hablaremos en detalle más abajo. En este caso, lo que se estaría produciendo es una creciente **individualización y deslocalización del encuentro sexual**: esto es, los encuentros sexuales concertados desde las apps son más individualizados (puesto que son sólo los dos compañeros quienes conciertan la cita en privado, quedando la comunidad gay totalmente excluida) y más deslocalizados, menos integrados en el espacio físico de Chueca (donde sí tenderían a estar, por el contrario, los tradicionales locales de sexo).

### **Las discotecas, after-hours y otros espacios del ocio nocturno gay.**

Dentro del *ambiente* y de los entornos más directamente asociados a la sociabilidad homosexual, los jóvenes entrevistados han concedido un papel particularmente relevante a las discotecas y after-hours más directamente marcadas como espacios "gays". Para los jóvenes, más que los locales de sexo o saunas, estas discotecas - se mencionan repetidamente la **PK2 SeXion** y la **fiesta We**, así como las salas **La Boite**, **OHM** o **Kool**, y en menor medida, **Kapital**- ocupan un importante lugar como espacio de socialización y como espacio de posible encuentro sexual.

Si bien no todos los jóvenes dicen ir a las discotecas gays a "ligar" -también se va de "fiesta", a bailar con los amigos, a beber..., sin pretensiones directas de tener un encuentro sexual- en la práctica, se reconoce que, en muchos casos, es posible acabar la noche con un encuentro sexual con alguien al que se ha conocido en la discoteca. Es relevante señalar que, en principio, estos espacios no se asocian tanto a la búsqueda de una relación de pareja más estable, sino al sexo esporádico.

*"Pero vamos, tú y yo conocemos las discotecas y sabes la gente, cuando sale, y te ligas a uno... ¿La gente a qué va?"*

*Pues igual que yo.*

*No, igual que yo también, exacto (risas).*

*Pero después si esa persona te interesa...*

*¿PERO A QUÉ? ¿A QUÉ VA LA GENTE?*

*No a que haya una relación.*

*A follar, o a lo que sea, vaya.*

*A descargar" (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

Los entrevistados señalan que no todas las discotecas son iguales ni en público ni en forma de sociabilidad (p.e. por lo que parece La Boite y, en menor medida, PK2 serían más juveniles y más "tranquilas", menos hipersexuales, mientras que Ohm y Kool serían más electrónicas, con mayor presencia de drogas...). De cara al presente estudio tienen especial relevancia los lugares de música más electrónica y aquellos que abren hasta más tarde, en la medida que en dichos espacios es mucho mayor la presencia de drogas y de posteriores prácticas de riesgo en relación con el VIH y otras ITS.

*"Los que van realmente [a usar drogas] para ponerse cachondos, a pillar. La gente cuando se va a drogar hasta ese alcance va a lo que va. No van con sus amigos a tomarse unas cañas, unos gintonics y echarse unas risas. Y aunque vayas a eso es que te pierdes, llegas ahí con un amigo y al día siguiente ¿A qué hora te fuiste? Pues no sé ¿A qué hora te fuiste tú? No sé ¿Con quién has acabado? Con cuatro en una casa, de fiesta... Y de cuántas cosas no te acuerdas". (Dani, HSH, 28 años).*

De forma más minoritaria y en los sectores de más edad de los entrevistados, se señala la existencia de otros espacios de la noche más privatizados: fiestas privadas y orgías en las que se practicaría en más de un caso "locuras" asociadas a prácticas de riesgo. Sin embargo, las menciones a estos otros espacios nocturnos – que por otro lado aparecen como entornos especialmente propensos al riesgo sexual– han sido minoritarias y parecerían constituirse en sectores más específicos y de mayor edad.

### **Saunas y locales de sexo.**

Un hecho relevante para la comprensión de la sociabilidad sexual de los más jóvenes es **la presencia relativamente reducida de este tipo de lugares, de fuerte presencia tradicional en el mundo gay, en la vida de los jóvenes que han participado en la investigación**. La gran mayoría de entrevistados no han ido nunca o sólo en contadas ocasiones: en apenas algún caso las saunas aparecieron como un entorno de sociabilidad común entre los más jóvenes –o al menos, como un entorno legitimado de sociabilidad (como sí lo sería, a pesar de sus críticas, Grindr)-. Incluso en muchos discursos –y no solamente de los

entrevistados más “normalizados”– las saunas se asocian muchas veces a suciedad y a una disposición de la comunidad gay más “del pasado”, al entenderse visitadas por gente de más edad. Así, para buena parte de los interlocutores este tipo de espacios aparece marcada por una cierta mala imagen desde el punto de vista de la higiene, del tipo de asistentes y de las modalidades de relaciones que en dichos espacios se practican:

*“Las saunas y tal, en mi ambiente no se pisan... Se han quedado súper cerrados a otro tipo de colectivos, gente más mayor, extranjeros o de otras comunidades autónomas que están más acostumbrados a la sauna. Aquí la gente se queda a la fiesta y lo de la sauna, por lo menos a la gente de mi edad, le da como asquete: el olor, estar directamente en pelotas, ese suelo en el que han estado follando quince, o en una cabina o en el jacuzzi ese que a saber cuántas corridas tendrá dentro... Yo lo veo más noventero, que como todo estaba más oculto, es donde la gente iba a follar. Además solo ves salir a gente mayor. Gente mayor o muy poco agraciada, que igual no pillan en una discoteca y van a lo que puedan”. (Dani, HSH, 28 años).*

Esto no significa que las saunas y locales comerciales de sexo hayan desaparecido por completo de las vidas de los gays más jóvenes. Estos espacios –al igual que, en mucha menor medida, los lugares de *cruising* público– continúan apareciendo como “opción” posible para los encuentros sexuales entre HSH, pero se asocian cada vez menos a una juventud menos mediada por la idea de “comunidad gay”, de tal modo que los jóvenes que reconocen “públicamente” su asistencia a estos locales se han expresado a lo largo de la investigación como los más cercanos a la identidad gay más clásica. Parecería que poco a poco se van viendo sustituidos en el espacio homosexual más general por el espacio virtual de Internet y, sobre todo, por las nuevas apps de contactos. Varios técnicos entrevistados corroboran esto:

*“En mi experiencia no es muy fácil encontrar chicos menores de 30 años en los locales de sexo. Donde veo que se están moviendo más es en el Bender...Cuando quieren tener sexo es más Bender, Grindr...” (Entrevista, Mediador de Salud).*

### **Internet: portales gays, chats, apps.**

En el caso de los HSH representados en la investigación, como venimos señalando, los chats y portales gay como Bakala, Chueca.com o “*el famoso chat de Terra*”, que mencionan muchos jóvenes, si bien habrían tenido un papel fundamental en la socialización (y salida del armario) de los gays de en torno a los 30 años, estarían viéndose rápidamente desplazadas por las **apps móviles de geolocalización destinadas al público gay, como Grindr, Bender, Scruff o Manhunt**, que facilitan el encuentro sexual más directo y modifican significativamente la lógica de aquellas webs. En este sentido, la interacción virtual que tanta importancia ha tenido en la experiencia de los HSH durante la última década se habría desplazado casi por completo al terreno de las apps, haciendo que su análisis y estudio sean claves para una correcta comprensión de las lógicas de encuentro sexual que rigen hoy entre los HSH madrileños.

Hay que señalar que **en la investigación realizada solamente se ha hablado de este tipo de apps desde el uso entre HSH**, sin que apareciera en ningún caso menciones a aplicaciones similares destinadas a heterosexuales. Por supuesto, existen algunas apps que adoptan el modelo Grindr al público heterosexual (p.ej. Blendr o Tinder), pero no ha habido menciones a ellas en la investigación. En todo caso, parece que actualmente las apps más populares con una dimensión afectivo-sexual que puedan utilizar chicos heterosexuales se acercarán más al espacio de las redes sociales y webs de contactos “clásicas” que hemos señalado anteriormente<sup>70</sup>, lo cual no significa que en un futuro más o menos cercano esto pueda cambiar: Tinder, una app dirigida a heterosexuales con características más similares a Grindr (p.e. la exclusión de conversaciones sobre gustos culturales, etc. más amplios que suelen dominar en las redes sociales y la limitación estricta al campo del atractivo físico), parece estar teniendo un gran éxito en Estados Unidos y no cabe excluir que un proceso similar se dé próximamente en España<sup>71</sup>.

---

70 Consultando el Google Play Store y el App Store de Apple (fecha: 21 febrero 2014), se comprueba que Badoo está entre las 10 aplicaciones más descargadas en ambas plataformas.

71 Bianca Bosker, “Why Tinder Has Us Addicted: The Dating App Gives You Mind-Reading Powers”, The Huffington Post, 04/09/2013: [http://www.huffingtonpost.com/2013/04/09/tinder-dating-app\\_n\\_3044472.html](http://www.huffingtonpost.com/2013/04/09/tinder-dating-app_n_3044472.html).

## 5.2. LOS MODELOS DE RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES DE LOS JÓVENES VARONES

### 5.2.1. Los modelos de relaciones afectivas y sexuales entre los jóvenes HSH

Entre los jóvenes, y de forma particular entre los jóvenes HSH, se desarrolla una práctica rica y diversa de la vida sexual y de la vida afectiva que se expresa ante todo como una dicotomía básica entre la pareja cerrada y "monógama" y la multiplicidad de relaciones ocasionales sin vocación de exclusividad. Pero entre estos polos se da una multiplicidad de situaciones. En la descripción que sigue, al igual que en todo el informe, tenemos que matizar que se habla de **espacios discursivos que aluden a un conjunto de prácticas y de experiencias en relación con los afectos, de posiciones relativas, de modelos ideales de relación que sustentan prácticas sexuales y socio-afectivas diversas**. Cada relación personal tiene generalmente una de estas posibilidades como modelo ideal último pero, de nuevo, en su constitución práctica reelabora conflictivamente los códigos y construye diversas formas concretas, singulares, "pactadas" de uno y otro tipo de relación sexual y afectiva. Por ello, hemos de entender esta propuesta en un sentido amplio y generalizador que cumple ante todo una función heurística, más que una operación clasificatoria en sentido estricto.

#### La pareja cerrada

La "pareja cerrada", que es la norma casi única en los entornos heterosexuales, constituye, al decir de los entrevistados, una normatividad social en el mundo homosexual que se habría desarrollado en los años 90, tras la irrupción del Sida, y que habría sido impulsada con especial fuerza desde la legalización del matrimonio homosexual en el 2005. Como señala alguno de los entrevistados que vive en la actualidad en "pareja cerrada" este tipo de pareja tiene *"todas las características que la sociedad espera", "las pautas que la sociedad considera que tiene que tener una pareja"* (Rg 2, HSH, 21-24 años, HSH). Una pareja que hace *"lo típico que suelen hacer las parejas: tenemos una pareja cerrada, no follamos con nadie más que nos seamos nosotros, salimos al cine, salimos a pasear, en casa..."* (Rg 2, HSH, 21-24 años). Pautas entre las que la "fidelidad", entendida de la forma clásica y heterosexual dominante, es decir, como el no tener relaciones sexuales fuera de la misma, ocupa un lugar central.

En la investigación y en el seno de este tipo de "pareja cerrada" se han expresado diversos ideales de pareja y distintas experiencias prácticas de la misma en función de la "duración", de la planificación, del largo plazo y, de forma muy destacada, por la génesis de un posible proyecto compartido. Por un lado, **la pareja "estable", el "noviazgo", el propio matrimonio** se vincula con proyectos a largo plazo, con previsiones de futuro... Incluido en ocasiones la adopción, como es por ejemplo el caso de Juan y Raúl, una pareja entrevistada cuyo sueño es adoptar un hijo y *"jubilarnos juntos rodeados de hijos y nietos en la costa del Mediterráneo"*. Por el

otro, **la pareja "provisional"**, mencionada en los discursos a través de una plétora de términos: la "relación", el "rollete", "lo que dure", "conocernos" sin tantas previsiones de futuro... Relaciones de pareja que pueden ser más cortas, y que no presentan de por sí, en su lógica de constitución, ese anhelo de duración y de futuro...

Hay algo que comparten ambas "modalidades" de pareja cerrada, sin embargo, la lógica que rige aquí discursivamente es la de la "**confianza**" –la no necesidad de explicitar las normas– "el compromiso", el "consenso no hablado" (Rg 3, HSH, 27-29 años), el seguir el modelo heteronormativo sin discutirlo. Y particularmente, en lo que tiene que ver con la **fidelidad monógama**, la exclusividad de la relación sexual.

*"Yo en mi entorno, el rollo pareja, yo le doy bastante importancia a la definición pareja, novio, llámalo como te dé la gana, porque es como cierta... fidelidad. Si no, ya no es..."*

*¿Pero cuáles son las bases de la fidelidad?*

*Pues las que pongo yo.*

*No, no te estoy atacando. Es una pregunta: ¿cuáles son las bases de...?*

*Pues por ejemplo, no serle infiel, no acostarme con nadie y...*

*Pero para ti la infidelidad se basa en...*

*En el físico.*

*Es decir, si se acuesta con otro es una infidelidad.*

*O un beso o... O mensajes o algo. Ojos tenemos todos, y podemos ver o mirar: "Mira qué tía más guapa", "Mira qué tío más guapo", "Me acostaría con él"... Pero después dices: te tengo a ti y mucho mejor. Quiero decir, a lo mejor luego no eres tan figurín, tan no sé qué... Que después con esos figurines te acuestas y pierdes totalmente el interés, que es sólo físico..." (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

Modelo implícito de confianza que, aparentemente, no necesita hablar ni dialogar las normas de la relación que, como veremos más adelante, se expresa como una posible fuente de "prácticas de riesgo" en el desarrollo de este tipo de relación.

Esta modalidad de pareja cerrada adquiere en la población inmigrante, especialmente de los chicos gays que emigran por razones de búsqueda de un mayor grado de libertad personal, un rasgo singular asociado con **la importancia concedida a la pareja como forma de "cuidado" y como establecimiento de una red social básica de apoyo que pueden desear los jóvenes inmigrantes de más reciente llegada**. Esto es, frente a las sensaciones de soledad,

desamparo y aislamiento social que la mayoría de las veces conlleva la experiencia migratoria, especialmente en sus primeros momentos, la pareja aparecería como un elemento de afecto y apoyo, como una solución a la soledad. Desde este apunte podría entenderse lo que señalan algunos profesionales entrevistados, cuando apuntan a **la grandísima relevancia que la figura de la pareja tiene para algunos chicos latinos recién llegados y la supuesta "facilidad" con la que pasan a considerar su pareja a una persona con la que tienen una relación no estable**, así como la función "protectora" que conceden a esta figura frente al VIH y otras ITS (incluso en ausencia de aspectos específicos de prevención o de exclusividad sexual).

*"Es que para alguien que ha venido de fuera, que está solo, que... Pues la pareja resulta como un espacio de confianza, un apoyo en un momento vital que es más necesario para ellos. Y más cuando hablamos de migración por motivos sexuales... Que hay chicos latinos que llegan aquí por una migración sexual, de búsqueda de libertad, de derechos... Y llegan a Madrid, a Chueca, y es el Disneylandia gay: "De repente llego aquí y puedo ir de la mano con mi novio...". Hay chicos que no tardan dos años en infectarse. Porque la cosa que te dicen es: "Me fié de él". Es como que en esa situación hay una mayor facilidad para dar confianza". (Entrevista mediador de salud).*

### **El modelo de múltiples relaciones esporádicas.**

En el extremo opuesto se sitúa, como venimos indicando, el desarrollo de vínculos sexuales a partir de la práctica de relaciones sexuales con múltiples interlocutores sin el establecimiento de vínculos afectivos con los mismos. Modalidad de relación que se sigue denominando como "promiscuidad", sin aplicar necesariamente ningún tipo de carga peyorativa a este término. En este modelo de regulación de la sexualidad más lúdico, que resultaría más extendido entre los HSH, no se expresa una voluntad de pareja, de constitución de una pareja "de dos", sino la defensa de una serie de **vínculos de carácter no exclusivo, y generalmente más esporádico y casual**. Lo que aquí se busca, según la mayoría de interlocutores, es una relación sexual "pura", exclusiva, directa, sin dobleces, sin complicaciones. Casi siempre, desarrollada y vivida en el presente absoluto de la relación, que se realiza y agota en la intimidad sexual sin una necesaria persecución de relación o "futuro" de ningún tipo.

*"Yo creo que al ser gay es más difícil tener relaciones... Porque la gente va a saco. Entonces conocer a una persona... Lo más seguro es que te acabes acostando con él, pero de ahí a que haya algo más... eso es más remoto.*

*Ya. Es como que es más...*

*Es lo que me parece a mí, o lo que me pasa en mi vida.*

*Ya, como que lo más íntimo, que es el sexo, es súper fácil. Pero algo más ya...*

*Es entre gays que resulta más fácil follar que tener una relación". (Rg 5, 18-21 años, HSH).*

Este modelo de relaciones tiende a entenderse como "lo propio" del mundo gay, lo que distingue a la comunidad homosexual. Así, en los discursos recogidos, este modelo de relación aparece como una posibilidad siempre presente para los varones homosexuales como hombres, *"la promiscuidad está a la orden del día, pero no por ser gay, sino por ser hombre. Que el hombre es más sexual que la mujer"* (Rg 5, 19-21 años, HSH), que, en su decir, señala una diferencia con la regulación heterosexual de la sexualidad, y especialmente –desde la lectura de género que venimos señalando– con la sexualidad femenina. También se entiende muchas veces, en ese contraste con la pareja, como una forma de relación más individual, menos "de dos":

*"A la hora de estar en una discoteca y conocer a una persona... Con una mujer no es tan fácil que tú conozcas a una chica y a los cinco minutos te la lleves al baño. En cambio, siendo dos chicos es más fácil. Mucho más fácil. Yo creo que los gays no tienen tanto problema [como las mujeres y los heterosexuales] en acercarse al otro de una manera muchísimo más directa, diciéndole que quiere sólo una relación sexual. A lo mejor no lo hará con esas palabras, pero no lo envuelve tanto como si lo tiene que hacer con una mujer. Entonces, lo de coger a un chico e irte al baño con él... que lo hemos hecho todos... y una vez que te corres, pirarte... es que ahí no hay un "nosotros", no hay un "dos". Es cada uno satisfaciéndose personalmente y a tomar por culo. Porque a esa persona muy probablemente no le vas a volver a ver en tu vida. O luego, cuando la vuelvas a ver, que a mí me ha pasado, os hacéis los locos o...". (Rg 5, 18-21 años, HSH).*

En la investigación, este modelo de múltiples relaciones esporádicas aparece muy asociado a un primer momento de la llegada a España, a Madrid, de los jóvenes inmigrantes que vienen a Madrid en busca de un mayor nivel de libertad personal. Como se ha expresado de forma repetida en la investigación, **muchos chicos inmigrantes gays, provenientes de países con una mayor homofobia y persecución de la homosexualidad, "descubren" el amplio espacio y tolerancia para el establecimiento de relaciones esporádicas y viven, como dice algún entrevistado, una especie de "segunda adolescencia",** multiplicando sus compañeros sexuales.

*"España es uno de los países donde es más fácil salir [del armario] a nivel mundial, está en el top 5. Si te comparas con otros países... Porque en Latinoamérica es incluso denigrante ser homosexual, y cuando vienes a España y ves toda esta libertad [...] es que es un choque cultural. Que te sueltas las trenzas y empiezas a vivir a lo loco. ¡Es que estás como un niño en una tienda de chuches!" (Roberto, HSH, 27 años, origen dominicano).*

Al igual que en el caso de la pareja cerrada, en este modelo de relaciones sexuales en la investigación también se han expresado dos variaciones, dos posibilidades no exclusivas de desarrollo de este tipo de relaciones:

- **Relaciones/"amigos"/amantes:** Hablaríamos aquí de relaciones "múltiples" pero mantenidas en el tiempo, con compañeros sexuales diversos que no llegan a constituirse como pareja exclusiva pero con los que se mantiene una relación que va más allá del encuentro. Se da como una posibilidad (minoritaria) entre heterosexuales, bajo la forma de la "follamiga" o "amiga con derecho a roce", pero sobre todo aparece como una opción para chicos gays: un "grupo primario de relaciones" que, a veces, también se ha denominado "amigos con derecho al roce", donde se superponen la amistad y el sexo, poniendo en cuestión las fronteras entre la amistad masculina y las relaciones sexuales.
- Por otra parte, encontramos los "**encuentros**" casuales, de naturaleza exclusivamente sexual, de pura "descarga" energética y pulsional. Su carácter principal es ser, o acercarse a, una relación anónima ("*con el primero que te encuentras*" Rg2; "*con gente que no conoces*" Rg 5). El caso clásico de este tipo de relación lo encontramos en los tradicionales espacios de *cruising* (parques, lavabos, etc.)<sup>72</sup>, o en ciertas disposiciones de los locales de sexo –como los *glory holes*– donde la(s) pareja(s) sexual(es) toman únicamente la función sexual, no se piden nombres ni teléfonos... El espacio de las aplicaciones móviles, como venimos señalando, sería el heredero natural/tecnológico de este tipo de relaciones, dándoles una forma nueva (y al decir de muchos, facilitándolas).

Es significativo que si bien los propios entrevistados asocian muchas veces la percepción de riesgo –en sí mismos y, sobre todo, en otros– con este último tipo de "encuentros" (donde no sería tan importante el "cuidado" por el otro, apareciendo en su lugar términos como "desinhibición", "morbo", "descarga"...), tiende a excluirse en mucha mayor medida de la categoría de los amantes, amigos, relaciones, donde a pesar de la no exclusividad la confianza se torna en factor percibido de protección. Es por esto que algunos estudios han indicado el espacio de riesgo que puede generarse en este tipo de relaciones<sup>73</sup>.

### **La pareja abierta.**

Entre ambos polos más "canónicos", en la investigación se ha expresado con fuerza la pareja abierta como modalidad de transición y de mediación, como espacio de regulación de la sexualidad homosexual que permite, en un espacio de tensiones, la simultaneidad de la vida de pareja con el desarrollo de una sexualidad abierta

---

72 El estudio etnográfico clásico del sexo anónimo en lugares públicos es Laud Humpherys (1970) *Tearoom trade: a study of homosexual encounters in public places*, Duckworth. Aportaciones recientes para el caso español pueden encontrarse en Langarita (2013) "Sexo sin palabras. La función del silencio en el intercambio sexual anónimo entre hombres", op cit. y Burgos, Pablo (2012), 975 Pasos, Tesis de Máster inédita, Universitat Politècnica de València. Facultad de Bellas Artes, disponible en <http://hdl.handle.net/10251/14413>.

73 Fernández Dávila, P. «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo", *Gac Sanit* v.21 n.6 nov.-dic. 2007.

“fuera” de la misma. Modalidad de pareja abierta que, en el decir de algunos entrevistados, “ahora está de moda” (Dani, HSH, 28 años).

Hasta cierto punto, la pareja abierta podría interpretarse como el modelo de relación resultante de la tensión en la comunidad gay asociada a los cambios más recientes, en el que se expresaría **una tensión simbólica y discursiva** entre el régimen del don/pareja y el régimen del trueque/relación no exclusiva (Lores, 2013), Es decir, entre los discursos más cercanos a la defensa de las relaciones sexuales entre los HSH vinculándolas e inscribiéndolas en una relación más afectiva, más amoros y la defensa de un desarrollo de relaciones sexuales, desligado de la pareja y de la lógica clásica del “amor romántico”, como característica específica más tradicional e idiosincrática de los homosexuales. En efecto, según Villaamil (2004), desde el discurso hegemónico en dicha comunidad “por un lado, se mantiene un discurso del amor y la afectividad como base para una equivalencia transversal homo/hetero y como comprensible respuesta a la construcción heteronormativa del homosexual como ser insaciable y exclusivamente sexual”, mientras que por otro lado y hacia el interior de la comunidad gay, “la norma social y de relación es mucho más variable, fuertemente centrada en la experimentación de formas de sociabilidad”.

Esta tensión entre ambos modelos se ha expresado repetidamente a lo largo de la investigación. Desde los HSH más cercanos e inscritos en la lógica de la pareja más cercana a la vida heterosexual más clásica, se tiende a expresar una cierta condena “moral” de algunas de las prácticas asociadas a ciertos lugares, como las saunas y los cuartos oscuros, imaginariamente asociados con la vida homosexual tradicional. Por el contrario, desde posiciones más cercanas a la comunidad gay, se critica la normalización, el “conservadurismo” y el “empobrecimiento” de la vida homosexual, en fin, que al decir de estos interlocutores se habría producido como resultado de la mencionada “normalización”.

*“Como que los jóvenes, a partir de lo del matrimonio y... Como que son más conservadores, ¿no? Más la idea conservadora de la familia y el matrimonio y... No todos, claro, pero sí que muchos como que llevan esta...” (Pedro, HSH, 29 años).*

En este sentido, la pareja abierta, a diferencia de la modalidad de pareja cerrada asociada con el mundo de valores heterosexuales, sería un constructo vivido como idiosincrático y perteneciente al espacio homosexual. Entre heterosexuales, la existencia de una concepción muy cerrada de la fidelidad no parece permitir abrir para la mayoría un espacio para “arreglos” intermedios. En el discurso heterosexual, no hay duda de que la fidelidad sexual, la monogamia estricta, es el código que rige. Todo lo que sale fuera de esto es un “desliz”, un “lío”, “poner los cuernos”, etc. Es un engaño, que conlleva un “arrepentimiento” frente a los demás:

*“Y CUANDO SE ESTÁ EN PAREJA... ¿SALES TAMBIÉN CON OTRAS CHICAS O SE MANTIENE UNA CIERTA FIDELIDAD?”*

*Por lo general, la gente de nuestras edades, los madrileños, por así decirlo, yo creo que somos... Por lo menos lo que yo conozco, es un modelo de lo más fiel que hay. Yo creo, vamos. También es verdad que hay excepciones.*

*HAY OPINIONES PARA TODOS LOS GUSTOS.*

*O sea he tenido amistades, amigos que teniendo novia han tenido líos y cosas de esas, llevando 4 y 5 años. Y he tenido amigos también que llevando 2 ó 3 años jamás se plantean la idea de poner los cuernos a su pareja.*

*¿Y EN GENERAL?*

*Para mí sí.*

*Yo me arrepiento bastante. Tuve un despiste por así decirlo... No voy a contar la historia aquí.*

*Un desliz...*

*Un desliz con una amiga de toda la vida. Y me arrepiento muchísimo. Yo me considero un chico fiel, totalmente, pero hubo un momento de que... No porque estuviera mal ni nada, sino por otras circunstancias, y con una chica con la que me sigo llevando, mi mejor amiga de toda la vida... Y con tanta confianza salió... yo qué sé... pero no por... Yo me considero fiel y todos mis compañeros y mis amigos que conozco tienen esa idea..." (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Sin embargo, dentro del espacio de sociabilidad gay, la monogamia, la fidelidad en el sentido anteriormente señalado de no practicar sexo con otras personas, no es el único modelo concebible sino que se abre a una **amplia diversidad de situaciones desarrolladas a partir de los "pactos"**, más explícitos en la mayoría de los casos, más implícitos en una minoría, que acuerdan los miembros de la pareja.

La lógica que rige en la pareja abierta, en este sentido, no es la lógica institucional ya existente previa y exterior a la pareja, como ocurre en el caso de las parejas cerradas, sino la del **"pacto"**, **"contrato"** que, a diferencia del silencio derivado de la norma implícita constitutiva de la "pareja cerrada", exige el diálogo, el hablar y decidir los términos de la relación. Por ejemplo, el pacto de usar condón siempre que se tienen relaciones fuera de la pareja.

*"Yo con mi pareja, personalmente me hice la prueba del VIH, los dos, y desde entonces...O sea, dio negativo en ambos y desde entonces tenemos relaciones sin protección. Pero cuando hemos estado haciendo, o sea, cuando hacemos... tríos, pues sí que evidentemente pues sí...O sea entre nosotros sí, pero con esa gente ni de coña..."*

### *¿ESO ES COMPARTIDO POR VOSOTROS...?*

*Yo si lo uso.....Yo tengo un pacto. Ahora mismo que tenemos este tipo de pareja sabes perfectamente que con terceros, pues protección a muerte. Y yo igual. Esto va así: te pones un pacto y lo intentas cumplir... Yo lo cumplo..." (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

Tal como acabamos de señalar, esta dimensión de "pacto", de "contrato", de "márgenes" discutidos dentro de la pareja diferencia las parejas abiertas de los otros modelos mencionados en un aspecto clave: la **presencia explícita del diálogo sobre la regulación de las relaciones sexuales en la pareja, la presencia de la palabra**. Mientras que en los otros dos grandes modelos relacionales se expresa una cierta exclusión del discurso y el diálogo con la pareja – bien por lo "dado por hecho" e "implícito" (Rg 3, HSH, 27-29 años) que conlleva la pareja tradicional, bien por lo "directo", "al grano", "sin hablar previamente" que se repite en las menciones a encuentros ocasionales ya sea en los entornos tradicionales de encuentro sexual, donde la norma es el "silencio" (Langarita 2013), ya sea en los nuevos entornos tecnológicos de las aplicaciones como Grindr, en este entorno de la "pareja abierta" hay una mención repetida a la explicitación de los acuerdos, al diálogo que se establece como momento necesario de la constitución de la misma. Este aspecto resulta relevante de cara a la prevención del VIH y otras ITS, pues resulta claro que **el diálogo facilita la toma de precauciones, la discusión del seroestatus**, etc.

### **5.2.2. Los modelos de relación entre los chicos heterosexuales.**

Los tres grandes modelos que hemos señalado aparecen como "posibilidades", como "alternativas" especialmente presentes para los varones gays y la población HSH, foco central del presente estudio, pero no así –o no tan claramente, al menos– para los chicos heterosexuales. Aunque la representación de jóvenes heterosexuales en el estudio es pequeña, corresponde sin embargo señalar algunas cuestiones en relación con los modelos de relación que presentan los varones heterosexuales.

Una primera cuestión que conviene destacar y que se sitúa en línea con lo ya avanzado a este respecto en otros estudios realizados entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid (Conde y Gabriel, 2004) es la iniciación más temprana a la vida sexual, incluyendo las relaciones sexuales con penetración. Iniciación más temprana, tendencialmente más acentuada en los jóvenes de origen inmigrante en relación con los autóctonos, que se acompaña, en el decir de los entrevistados y de forma similar a lo declarado por los jóvenes gays, de una mayor posibilidad y apertura hacia las relaciones afectivas y sexuales por la creciente importancia que tiene en la juventud los nuevos **canales virtuales**, de internet, de las páginas especializadas, de las redes sociales... para ampliar y diversificar los posibles contactos.

Ampliación de campo de posibilidades de encuentro y de establecer relaciones personales en un entorno metropolitano amplio, permisivo y más diversificado que conduce a los jóvenes interlocutores de la investigación a declarar que, a su juicio, en la juventud madrileña actual se mantiene y desarrolla una **actividad sexual más frecuente** y con un **mayor abanico de personas diferentes** que en un pasado más o menos cercano.

*"Yo creo que en estos tiempos que vivimos, ¿no? La gente se ha soltado más a la hora de..., pues yo qué sé, cómo decirlo..."*

*Hay más oportunidades...*

*Somos más promiscuos... entre comillas... Si cada fin de semana que sales puedes conocer a una persona distinta, ¿por qué no lo vas a hacer?... Si puedes... Ahora mismo, nadie te va a decir nada. Si estás soltero, nadie te rinde cuentas, nadie te va a decir ¿oye, qué has hecho el fin de semana?, ¿por qué has estado con esta persona y no has estado conmigo? O sea, te lo puede decir tu madre, si se lo cuentas, ¡hijo!, esto está muy mal. Pero si no se lo cuentas... Lo puedes hacer, lo puedes probar y..., no necesariamente tienes que sentirte mal de hacer algo así, no, porque eres libre de hacer lo que quieras, con tal de que uses las precauciones... de... (risas)... para no pillar nada, pues, ¡adelante! O puedes tener la otra mentalidad, ¿para qué quieres estar con 100 mujeres, pudiendo estar con una que es maravillosa? Pero claro, eso ya...*

*DICES QUE HAY MÁS OPORTUNIDADES.*

*Sí, de conocer, de salir... Yo qué sé, a lo mejor antes, yo qué sé, hace 30 años... pues no había tantas oportunidades de conocer a alguien, y sobre todo por internet..., las redes sociales y eso, y de salir... pues, precisamente... a lo mejor había una discoteca que iba todo el mundo y todo el mundo se conocía y no era plan de ir..., porque se enteraba todo el mundo. Ahora, por ejemplo, es eso, sales a una discoteca y a lo mejor no ves a la misma gente ningún día del año si vas a la misma, entonces..." (RG 1, 21-24 años, Heterosexuales).*

En este contexto y en el caso de la población heterosexual, se expresa generalmente una variedad significativamente menor de opciones de relación que entre quienes se identifican como gays. Como hemos indicado, **el modelo de la pareja cerrada resulta aún el modelo dominante entre los heterosexuales, constituyéndose como la forma canónica y legítima de entender la pareja y el sexo**, con todas sus implicaciones: la fidelidad, la monogamia, etc.

Esto no significa, por supuesto, que no se den relaciones sexuales esporádicas entre los heterosexuales. De hecho, ya hemos señalado anteriormente cómo se habría producido una cierta apertura o "liberación" sexual también entre los heterosexuales, que supondría una menor censura del sexo fuera de la pareja canónica y una menor fuerza del modelo tradicional de pareja. Sin embargo, su

comprensión tiende a resultar diferente de la que encontramos entre muchos HSH. Y es que, a pesar de la apertura ideológica a nuevas opciones sexuales y afectivas y a la "experimentación" sexual, la pareja continúa siendo una suerte de "compartimento estanco". Es decir: el espacio de la pareja y el espacio de las relaciones esporádicas se excluyen mutuamente. En el discurso más generalizado, las relaciones esporádicas sólo se entienden y legitiman desde la soltería, en "rachas" en las que no se tiene pareja. Lo cual resulta consistente con la repetida **condena discursiva de las infidelidades**, pero que **ya no se hace desde una visión tradicional, clásica, "conservadora" que limita el sexo al interior del matrimonio "para toda la vida", sino desde una retórica más modernizada e igualitaria de la pareja, basada en la confianza, el diálogo, la realización personal, la franqueza, la comunicación que** busca un equilibrio entre la **autonomía personal**, entre el crecimiento propio personal y el **proyecto compartido**, la elaboración de un **proyecto común** con la pareja lo que conlleva, también, la no-obligación de "estar" en pareja.

*"Yo creo que siempre... En una pareja tiene que haber un proyecto común... o una meta común... Lo que pasa es que siempre va a haber discrepancias sobre hacia dónde tira uno y hacia dónde tira el otro... Yo me acuerdo que, cuando hablaba con mi ex pareja, que ella tenía pensado salir de aquí nada más terminar la carrera, a estudiar o a trabajar fuera de España, y yo le dije que no, que mi lugar estaba aquí en el futuro y... pues eso, es un hecho que estaba ahí, no lo comentábamos mucho porque nos daba miedo pensarlo de cara al futuro, pero es algo que estaba ahí... Y hay que tener claro, yo creo, vamos... Y sí se puede tener un proyecto en común en que las dos personas se puedan acercar, ¡perfecto! Pero, pero como cada uno quiere hacer las cosas por su cuenta... Vamos, para mí." (Rg 1, 21-24 años. Heterosexuales).*

De esta forma, frente a la visión romántica del "amor eterno" y la concepción del matrimonio como marco irrompible, en los jóvenes heterosexuales madrileños se desarrolla lo que hace unos años Anthony Giddens llamó el ideal del "amor confluyente"<sup>74</sup>, donde la pareja se constituye mediante un acto voluntario, continuamente revisable y sólo válido en tanto que proporcione satisfacción y autorealización a sus integrantes. Es desde esta posición que "engañar" a la pareja resulta censurado:

*"Hombre, puedes estar en pareja también y a lo mejor por el motivo que sea crees que estás normal con ella y descubrir otra persona que te hace el triple de feliz o te transmite el triple de cosas. Claro, lo que yo no me planteo es que... Claro, yo no voy a seguir con una persona obligadamente. Ahora bien, lo que no voy a hacer es ponerle los cuernos a esa persona por mal que esté con ella. Yo la dejo y luego me arriesgo con la otra". (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

---

74 Anthony Giddens, La transformación de la intimidad: sexualidad amor y erotismo en la sociedades moderna, Cátedra, 1992.

En este entorno del establecimiento de las relaciones de pareja y dentro de los límites del tamaño tan reducido de la muestra, en el grupo de heterosexuales de origen inmigrante, de "latinos", se apunta una cierta insatisfacción en el sentido de apuntar que las "chicas" de sus entornos más próximos, de sus barrios con más presencia de inmigrantes y de clases más medias bajas, tenderían a buscar "pareja" fuera de dichos entornos, en ámbitos sociales algo más integrados y acomodados en una especie de estrategia inconsciente de movilidad social ascendente a partir del establecimiento de dichas relaciones de pareja. Situación que se traduce, desde la perspectiva de los varones entrevistados, en una reducción paralela de sus posibilidades de establecer relaciones de pareja... y en una mayor demanda y exigencia de las chicas para establecer dichas relaciones con este tipo de perfiles de jóvenes inmigrantes.

En todo caso, **para la mayor parte de los entrevistados heterosexuales las relaciones esporádicas parecen continuar teniendo como horizonte la posibilidad de constitución de una pareja.** Esto no quiere decir que no existan chicos heterosexuales que tienen sexo casual sin el planteamiento de una posible pareja con la compañera, o que no se den infidelidades y prácticas sexuales en el exterior de la pareja. Pero estas prácticas no se encuentran legitimadas en el discurso dominante, que mantiene la pareja monógama y estable como referencia. De este modo, la actividad sexual con parejas diversas se entiende desde la idea de "rachas" o "transiciones" entre pareja y pareja, o se asocia a "épocas" específicas:

*"HABÍAIS HABLADO DE SALIR, ¿SE CAMBIA MUCHO DE CHICA?"*

*A lo mejor te centras en una que te haya llamado la atención y le metes fichas continuamente, hasta que cae, o no. Pero es como una etapa de transición, o un salto... de una cosa a otra... No es en plan de... lo estás pasando mal porque no tienes a nadie, o pues tienes a todo el mundo. Si te surge, te surge, que no, pues nada.*

*Hay oferta... (risas).*

*¿EN ESA FASE DE TRANSICIÓN?"*

*Yo, por ejemplo, cada fin de semana no es que esté buscando a alguna... Parte que tienes la transición esa de que estás jodido, por así decirlo. Hay gente que sí, que acaba su relación y está así, su época en plan malo o no... Y luego cada fin de semana buscando otro. Yo, por ejemplo, eso no, no tienes que qué estar soltero y buscando cada fin de semana diferente.*

*Yo opino de la misma forma. O sea, no tiene por qué tampoco. De hecho, hay épocas y épocas, tienes el verano, en la que la gente normalmente suele soltarse el pelo, por así decirlo, por regla general, vamos... Y luego tienes épocas en las que estás trabajando, estás estudiando, sales menos, te relacionas menos, yo no... La oferta de conocer personas se reduce". (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Desde este punto de vista, la presente investigación se sitúa en continuidad con las tendencias apuntadas en las investigaciones cualitativas ya mencionadas de los años 2004-2005 (Conde y Gabriel 2004) en el sentido de que frente a la mayor apertura de "desconocidos" a la hora de mantener relaciones sexuales ocasionales existente en décadas anteriores, la presencia del VIH/sida, en su día, reforzó la tendencia a reducir el círculo de posibilidades de encuentros sexuales a los círculos de amigos y de amistades más o menos próximas y que dicha tendencia se ha estabilizado con el paso del tiempo hasta devenir un comportamiento habitual de las generaciones más jóvenes.

Reducción que se acabó expresando en el acuñamiento de una expresión "**amigas con derecho a roce**" que se ha repetido en la presente investigación. "Amigas con derecho a roce" que constituirían la base, el círculo fundamental con las que se desarrollan la mencionadas relaciones sexuales más ocasionales.

En este contexto y de forma similar a lo que ocurre, como hemos visto con los jóvenes gays, en los grupos de jóvenes heterosexuales se abre una posibilidad al establecimiento de relaciones ocasionales fuera de este círculo de "amigas con derecho al roce" a partir del uso de **internet y de las redes sociales** como posible vía/canal de encuentro. Uso que parece condicionado por las **culturas sociales y familiares** en las que se inscriben y con las mediaciones sociales que, en un momento dado, pueden facilitar el acceso a internet, el uso de unas y otras redes sociales y el **marco de competencias** para el uso de los códigos apropiados para saberse desenvolver con seguridad en dicho espacio virtual.

En este sentido, los jóvenes heterosexuales de origen inmigrante que, además, en el caso del grupo realizado evidencian un perfil social más de clase media baja, especialmente en el grupo de aquellos perfiles menos **integrados en la cultura juvenil madrileña**, se da mucha mayor **importancia al "cortejo"** y a las **relaciones presenciales sobre las virtuales**, a unas relaciones presenciales en las que este tipo de joven parece moverse con más soltura, naturalidad y confianza en sí mismo y en sus posibilidades que en las relaciones virtuales, algo más frías y distantes y con códigos de uso más alejados de sus competencias.

*"Las chicas son a esperar que me vengán... siempre..."*

*Acercamiento por gestos y luego poco a poco... Si la chica está con su grupo... yo paso delante de ella, mirándola, haciendo un gesto, pidiendo fuego a un cigarrillo... es una técnica...*

*Bailando con ella en una discoteca... No me gusta cuando esta en grupo... No me gusta molestar...*

*(...)*

*Depende de la seguridad que transmitas...*

*¿DONDE MÁS CÓMODO?*

*Cara a cara...Si le pides el móvil, y te lo da...te lo suelen dar...es más complicado por las redes sociales, es más difícil quedar con ellas. No te conocen, están más cortadas...*

*¿ACOSTARTE? ¿CARA A CARA? ¿REDES?...*

*Más difícil por las redes sociales. Aunque haya sitios exclusivos para eso: es mejor una discoteca, cara a cara en las fiestas". (Rg 4, Heterosexuales, origen latinoamericano, 19-21 años).*

Por el contrario, los **jóvenes autóctonos de clases más acomodadas parecen más cercanos y más conocedores de los "códigos de uso" de las redes en internet** y más allá de las dificultades, se dice que hay muchos más "chicos" a la búsqueda del "ligue" que de "chicas" abiertas al mismo, se declaran más cercanos al uso de las redes y de internet para complementar el espacio de posibilidades de encuentro con chicas destacando, además, que el uso de internet permite avances, permite dar unos primeros pasos en la posible relación personal que, a veces, son más difíciles de dar en la relación personal, en la medida que la red virtual posibilita una cierta apertura y desinhibición que el encuentro presencial.

*"¿INTERNET HA CAMBIADO LA FORMA DE RELACIONAROS?*

*Sí, completamente. O sea, yo, por ejemplo, de entrar a una chica..., o yo qué sé, que le pedías el msm, luego el TW, luego el facebook, ahora el whatsapp... No tiene nada que ver la red social, pero al fin y al cabo, hay contacto con ella... Entonces, yo creo que, al menos desde mi punto de vista, como que hablar desde una red social con una chica a la que le estás entrando o estás tirando fichas, por así decirlo, para mí es menos... Me pone menos nervioso, me hace ser más abierto hablando por una red social que en el cara a cara.*

*Sí.*

*Hombre, es que aporta mucha facilidad... Si eres una persona un poco vergonzosa y... Pues dices, joder, ¿cómo me voy a plantar yo en su casa mirándole a los ojos?... Y decirle que me gustas, pues se lo puedes decir en un chat o por teléfono, en un whatsapp o en... Entonces eso te facilita todo y, encima, mientras estás hablando con esa persona puedes estar en su perfil viendo a qué se dedica, con quién sale... Te puedes fijar en detalles que no te gustan, en los que te gustan más, o sea que puedes ver de todo, puedes hacer un análisis completo de una persona, incluso viendo cómo escribe, dices... Es una paleta.*

*Sí. (Risas)." (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Desde este punto de vista, los propios códigos de uso de internet desarrollan unas "competencias" en los jóvenes que permiten avanzar/retroceder en la relación en

función del uso de dicho código por los interlocutores, *"puedes hacer un análisis completo de una persona, incluso viendo como escribe dices... es una paleta"*.

En todo caso, la presencia de un número alto de parejas sexuales, especialmente de manera simultánea, continúa apuntando en los jóvenes heterosexuales madrileños la existencia de ciertos elementos de censura moral cuando se asocia negativamente con la "promiscuidad" y la búsqueda egoísta del "sexo por el sexo" (si bien la idea unívoca de monogamia dentro de una "pareja para toda la vida" se habría mitigado, el nuevo modelo de biografía sexual se aproximaría más al modelo de "**monogamia serial**" que describen sociólogos como Giddens, Beck o Bauman).

### 5.3. LOS CINCO GRANDES ESPACIOS DE SOCIABILIDAD SEXO-AFECTIVA DE LOS JÓVENES VARONES

Una vez explicitados los diversos espacios de sociabilidad sexual y las diferentes modalidades de relaciones afectivas y sexuales que rigen entre los varones jóvenes madrileños, nos encontramos en condiciones de plantear una serie de espacios principales de "regulación" de la sociabilidad sexual (espacios de, al mismo tiempo, prácticas sexuales y discursos sobre la sexualidad).

Los cinco espacios que proponemos a continuación suponen, como venimos señalando, "tipos ideales", "regímenes" sexuales que son ocupados diferencialmente por los individuos dentro de su biografía y de su posición social. Esto es, no se trata estrictamente de "tipos" de jóvenes, sino de posibilidades de expresión y vivencia de la sexualidad que, especialmente presentes para los jóvenes HSH, se viven de formas diversas a lo largo de la biografía personal. Así, un mismo joven puede ocupar sucesivamente diferentes espacios, presentando tipos de prácticas y de discursos que difieren de una posición a otra.

La presentación de estos espacios de sociabilidad es relevante de cara a la presente investigación no sólo por el conocimiento de los regímenes de sexualidad que regirían hoy entre los jóvenes varones madrileños, y particularmente los HSH, sino porque **es en relación con cada uno de estos grandes espacios como se comprenden y generan las prácticas sexuales de riesgo, las representaciones del VIH y las ITS y las formas de relación con la prueba de VIH**. Y por tanto, también desde donde deberían ser pensadas las posibles estrategias preventivas al respecto.

#### a) El espacio heterosexual.

El régimen sexual heterosexual, el menos abordado directamente en la presente investigación, aparece como el régimen socialmente dominante, situándose en los espacios de sociabilidad más amplios o en los espacios compartidos. Como acabamos de señalar, el modelo de relación casi unánimemente aceptado aquí sería el de la pareja cerrada, con una comprensión relativamente estricta de la monogamia y la fidelidad, pero desde el discurso modernizado del "amor confluyente": la infidelidad es criticada por suponer una traición a la pareja, un

engaño que rompe la confianza básica y la comunicación que debe imperar entre los cónyuges y que impide por tanto la vivencia plena del amor. Mientras que esta concepción cerrada de la fidelidad dentro de la pareja no habría sufrido cambios de consideración durante los últimos años<sup>75</sup>, los períodos de "soltería" o la vivencia del sexo fuera de la pareja sí que habrían experimentado ciertos cambios: una apertura a relaciones sexuales de menor compromiso; una vivencia menos culpabilizada de la sexualidad; un relativo debilitamiento de los roles de género, que hace que las mujeres cuenten hoy con mayores posibilidades de "iniciar" un acercamiento sexual...

Dado que la investigación, por sus propios objetivos, se ha centrado sobre todo en los chicos HSH, las posibles peculiaridades y sub-divisiones internas de este espacio han quedado algo más desatendidas. Sin embargo, ciertas cuestiones relevantes para la prevención del VIH y de las ITS entre chicos heterosexuales sí que han resultado evidentes: el foco casi único en el embarazo de las motivaciones para la protección sexual; la lejanía sentida respecto de la problemática del VIH; la relativa poca importancia adscrita a las ITS... Una profundización en los rasgos propios de la sexualidad heterosexual podía hacerse en un futuro en un estudio que incluyera a mujeres, sobre todo teniendo en cuenta que algunas cuestiones que parecen mostrar gran importancia para el no uso del preservativo, pero sobre las que no se ha podido profundizar (como el papel de la píldora post-coital), involucran directamente a las chicas.

#### **b) El espacio gay "normalizado".**

Una de las tendencias más claras detectadas por el presente estudio, en cuanto a la modificación de los regímenes de sexualidad, es la aparición y desarrollo de un nuevo "colectivo" de jóvenes gays que presentan lógicas de sociabilidad, auto-identificación y concepciones de la sexualidad y la pareja relativamente nuevas en el entorno de la homosexualidad. Se trataría de todo un contingente entre los gays más jóvenes, particularmente entre los autóctonos de clases medias y medias-altas y ámbitos socio-familiares más "modernizados", que viven su homosexualidad de una forma abierta, visible, pero con modelos sexuales y afectivos cada vez más similares a los de los jóvenes heterosexuales.

Para estos nuevos "gays normalizados", la pareja cerrada, de acuerdo con el modelo heterosexual dominante, sería el modo legítimo y deseado de vivir la propia sexualidad. Por otra parte, su vida cotidiana y su vida de ocio se desarrollan

---

75 Como hemos indicado en varias ocasiones, las afirmaciones que realizamos sobre los jóvenes heterosexuales han de tomarse de manera indicativa y general, dada la reducida presencia de este perfil en la muestra del estudio. No podemos por tanto estimar la extensión ni profundizar cualitativamente en los otros posibles "arreglos", "pactos" o formas de experiencias sexuales que, aunque sean minoritarias, también existen indudablemente entre heterosexuales, y que sería preciso estudiar – como el "intercambio de parejas" ("swingers") o el recurso a la prostitución. Para profundizar en la comprensión de las relaciones afectivas y sexuales entre los jóvenes heterosexuales, pueden consultarse otros estudios recientes, como Relaciones Afectivas y Sexuales en la Adolescencia, Liga Española de la Educación y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, o Megías, I; Rodríguez, E; Méndez, S; Pallarés, J. Jóvenes y Sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica. FAD/INJUVE/Caja Madrid, 2005.

muchas veces con personas y en espacios menos "marcados" por la identidad homosexual –su vínculo con Chueca y el "ambiente" es más tenue, y muestran un cierto distanciamiento de algunos rasgos de la sociabilidad sexual vivida en esos entornos, especialmente la "promiscuidad", que juzgan muchas veces críticamente desde el plano moral–. Narran historias de "salida del armario" más adelantadas en el tiempo respecto de generaciones anteriores y sin tintes traumáticos y, en general, afirman haber vivido una vida sin apenas estigmatización o experiencias fuertes de homofobia. Su identidad homosexual, en suma, es vivida de una forma diferente, de forma menos exclusiva que en el pasado: por decirlo de alguna manera, "se parecen más" a los heterosexuales.

Esto no significa que los "gays normalizados" se hallen fuera de las lógicas propias de sociabilidad sexual esporádica que existen en el entorno gay. Muchos se mueven por Chueca, aunque no exclusivamente. En épocas de soltería se recurre a Grindr y el resto de apps y se tienen encuentros esporádicos. Pero estos son muchas veces vividos, al menos en el caso de los perfiles más "normalizados" de todos, con una cierta sensación de culpabilidad y vacío. Como sucede entre heterosexuales, la mayoría "desea" la vida en pareja. Por ello, las relaciones con parejas esporádicas corresponden a un espacio propio, ya sea el de las "rachas" de no tener pareja, de soltería, ya sea –con la condena moral aparejada– a experiencias de infidelidad, de "cuernos" en la pareja.

Lo que resulta particularmente importante de este espacio, de cara a todo lo que vamos a analizar a continuación, es que ese deseo e idealización de la pareja estable condiciona en buena medida sus formas de percibir el VIH y las ITS, que en su percepción han quedado vinculadas moralmente a la "promiscuidad" y frente a los cuales la pareja estable se constituiría como una protección simbólica.

### **c) El espacio "gay central".**

Por espacio gay central queremos referirnos a los sectores jóvenes que se hallan más cercanos al "ambiente" en sentido más estricto; es decir, a las lógicas centrales de sociabilidad de la comunidad gay –Chueca y sus territorios, los grupos de amigos gays, las asociaciones gays, los comercios y pubs gays, etc.–. La peculiaridad central de este espacio es no tanto el modelo de relación afectiva y sexual que rige (aunque cabe señalar que la fuerza simbólica de la pareja cerrada es aquí significativamente menor y que, al decir de varios entrevistados, la pareja abierta aparecería hoy como "arreglo" ideal) como la fortaleza de la **dimensión comunitaria**: para quienes socializan en/desde este espacio, la vivencia de la propia sexualidad tiene como telón de fondo la existencia de una comunidad, de unos "iguales", de una identidad colectiva más o menos compartida. Desde este espacio, "ser" gay es "ser" parte de las lógicas comunitarias, participar –también mediante la regulación y vivencia de la sexualidad que se lleva a cabo en espacios comunes y comunitarios, como los bares de Chueca o (en menor medida entre los jóvenes) en los locales comerciales de sexo y las saunas– del ambiente y de la visibilidad homosexual "canónica".

Un aspecto relevante para el tema que nos ocupa, y que diferencia con relativa claridad a quienes ocupan este espacio, tiene que ver con la proyección de esa pertenencia identitaria y comunitaria sobre aquello que tiene que ver con las prácticas de riesgo, la imagen del VIH y las formas de prevención del mismo. Insertos en la "centralidad" de la comunidad gay (y con el discurso de las asociaciones más presente que en el resto de entornos), sería el espacio donde la fortaleza de los mensajes preventivos es hoy más fuerte. E igualmente, como iremos viendo más adelante, el espacio donde la percepción de presencia del VIH es más acusada, al mismo tiempo que donde el estigma explícito es menor.

#### **d) El espacio de las múltiples relaciones esporádicas.**

Un tercer gran espacio dentro de la experiencia de sociabilidad de los HSH se situaría en el entorno de las múltiples relaciones esporádicas, que entre los jóvenes gays entrevistados se asocia más bien con el entorno nocturno de las discotecas y after-hours gays y, sobre todo, con las nuevas apps móviles como Grindr. Se trata de un espacio identitariamente más difuso que los otros tres que venimos mencionando: mientras que para algunos sería "una forma de vida", para muchos de los jóvenes entrevistados supone un espacio temporal, que se ocupa en períodos de soltería entre parejas o en "rachas" personales de especial actividad sexual. Se trata también de un espacio que, en la presente investigación, ha resultado menos representado como tal; probablemente, por ser en la actualidad del 2013-2014 un espacio más "heterodoxo" y "transgresor", que resulta más difícil de acceder desde procesos de investigación con un cierto carácter "oficial" como el que hemos llevado a cabo.

En estos espacios se tiende colectivamente a situar la mayor prevalencia de prácticas de riesgo –ya sea por el mayor número de parejas sexuales que se tienen (y que harían aumentar la posibilidad de deslices, "calentones", accidentes... relacionados con la ausencia o ruptura del preservativo), ya sea por la presencia ubicua de consumos de alcohol y drogas, ya sea por la ubicación en este espacio de prácticas sexuales más transgresoras y menos normativas–. Por parte de los entrevistados se sitúan dentro de este espacio prácticas más oídas o rumoreadas que experimentadas, como las supuestas orgías con un integrante seropositivo cuya identidad se mantiene en secreto o los "apeleros" que persiguen tener sexo desprotegido con personas seropositivas. Sin negar la realidad de estas prácticas, pero sin poder tampoco estimar su extensión o desarrollar sus características, habría que decir que ocupan un espacio no normativo entre una mayoría de los jóvenes gays entrevistados, y que requerirían, para ser estudiadas con detenimiento, de estrategias de investigación distintas de las del presente estudio.

Quizá la tendencia más relevante que la investigación ha destacado respecto de este espacio, a partir de la ya citada extensión de las apps de contactos, sea la individualización creciente de los intercambios sexuales, es decir, la salida de los encuentros sexuales esporádicos fuera de los entornos comunitarios, donde existía (o cabía al menos su existencia) una cierta "norma" grupal o vigilancia comunitaria sobre las prácticas sexuales, los compañeros, etc. La transición desde el espacio más tradicional de encuentros esporádicos (saunas, locales de sexo, zonas de

cruising, etc.) hacia los encuentros concertados a través de apps presenta un reto para las estrategias preventivas no tanto (o no sólo) porque supongan un aumento cuantitativo de las prácticas de riesgo, sino porque generan un espacio nuevo donde tanto a las autoridades como, a priori, a las "normas comunitarias" gays les es difícil entrar.

#### **e) El espacio de los HSH no gays y del "armario".**

El último de los espacios relevantes para la dimensión estratégica de la presente investigación ha resultado también más aludido en los discursos recogidos que representado por jóvenes que digan "pertenecer" a él –tanto por las propias lógicas de reclutamiento de participantes como, cabe pensar, por el propio "secreto" y "oscuridad" mayores que envolverían a este entorno–. Se trata del entorno de HSH no gays, es decir, de jóvenes varones que tienen sexo con otros hombres pero no se definen públicamente como gays –bien por la persistencia de entornos homófobos, donde la expresión de la homosexualidad continuaría vedada, bien por tratarse de chicos HSH que identitariamente no se consideran gays: chicos bisexuales, jóvenes heterosexuales con pareja que ocasionalmente tienen encuentros con chicos, personas trans-género en espera o en proceso de reasignación de sexo, etc.–.

Aunque una de las tendencias transversales que venimos destacando es la creciente legitimidad y aceptación de las relaciones sexuales entre chicos, este espacio se vincula más claramente a los entornos donde aún persisten altos grados de homofobia y de estigma. En este espacio dominado por el secreto, teóricamente tienden a darse principalmente "encuentros": la proscripción pública de la homosexualidad, que justo para estos perfiles continuaría rigiendo con más fuerza, proscribía en mayor medida el establecimiento de parejas, de tal modo que la sexualidad homosexual en este espacio tendería hacia un carácter oculto, encubierto y más "fugaz". Aunque las menciones a ella han sido mínimas a lo largo de la investigación, también habríamos de situar aquí la prostitución masculina, que ocuparía un lugar similarmente furtivo.

La presencia de este perfil de HSH "armarizados", "aislados" o "no gays" se ha vinculado repetidamente, en el discurso de los entrevistados, actualmente a Grindr y otras apps donde, se dice, la discreción y la privacidad que rigen permiten participar a chicos que no desean ser identificados. Asimismo, se ha señalado su presencia en redes sociales y en ciertas discotecas en las que se puede encontrar partenaires sexuales. Sin embargo, no cabe excluir que estos perfiles socialicen también en otros espacios "furtivos" más clásicos que, aparentemente, serían menos ocupados por otros perfiles de jóvenes HSH.

Si bien este espacio discursivo y de prácticas ha tenido, como venimos diciendo, menor presencia cuantitativa entre la muestra del estudio, su importancia es, no obstante, alta desde la perspectiva de las prácticas de riesgo y de vulnerabilidad al VIH –como iremos señalando, los jóvenes situados en este espacio serían quienes menor información tienen sobre el VIH, quienes menor sensación de "riesgo"

tendrían en las relaciones sexuales entre varones y quienes menor conocimiento y disposición tienen a hacerse pruebas-.

En el gráfico 5.4 se ofrece un esquema de los espacios comentados, relacionados con los ejes de los entornos de sociabilidad y de los modelos de relación afectiva-sexual.



## **SEGUNDA PARTE. LAS REPRESENTACIONES, IMÁGENES Y DISCURSOS SOBRE EL VIH/SIDA Y OTRAS ITS**

---

En el marco de las transformaciones que venimos señalando en las lógicas de sociabilidad sexual, las percepciones e imágenes sobre el VIH/sida han sufrido una serie de cambios significativos en los últimos años, en línea con las transformaciones epidemiológicas, el logro de la cronicidad y el control médico de la enfermedad y la percibida desaparición del “sida” de la visibilidad pública y la agenda sanitaria.

Comenzaremos esta segunda parte exponiendo las líneas transversales a todos los discursos que configuran la imagen social del VIH/sida existente hoy en día entre los jóvenes madrileños, para pasar a continuación a precisar las peculiaridades de los diferentes espacios discursivos en cuanto a la imagen que sostienen del VIH. Señalaremos después los aspectos centrales mediante los que se representan otras ITS: como veremos, la percepción e imaginario del resto de ITS está en buena parte construida por su comparación/contraste con las imágenes del VIH. Los siguientes capítulos están dedicados a las prácticas de riesgo –a su conceptualización y los factores que se expresan como motivos o facilitadores– y a la realización de pruebas. Esta segunda parte y el informe en su conjunto, finalizan con un capítulo dedicado a las implicaciones que todo lo expuesto tiene para el diseño y desarrollo de acciones preventivas.

## 6. LAS LÍNEAS PRINCIPALES DE CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN ACTUAL DEL VIH/SIDA ENTRE LOS JÓVENES

---

### 6.1. ¿MÁS ALLÁ DE LA IMAGEN TRADICIONAL DEL SIDA?

El **imaginario tradicional del VIH/sida** se generó a partir de la "imagen fundante" del sida desarrollada en el primer momento de la epidemia, durante la segunda mitad de los años 80. En aquel primer momento, la ecuación fundamental era la que equiparaba "sida" y "muerte". Muerte doble: **muerte física**, por un lado, dada la ausencia de medicación que pudiera detener el embate inevitable de las enfermedades oportunistas; **muerte social**, por el otro, en razón de la exclusión completa de la vida social cotidiana a la que, dada la incertidumbre sobre los mecanismos de infección, los enfermos de sida se veían abocados. La distinción entre VIH y sida estaba ausente por completo del discurso social (y, hasta el desarrollo de la medicación antirretroviral, también de las respuestas médicas), por lo que el "sidoso", al mismo tiempo agonizante y virulento, con claras marcas físicas, constituía el arquetipo visible de la enfermedad.

Un segundo elemento de esa imagen fundante se hallaba en **la vinculación con el "otro"**. La concepción primaria de los "grupos de riesgo", incluso tras verse sustituida en el discurso preventivo por la noción de "prácticas de riesgo", siguió constituyendo buena parte de la lógica de la percepción social más amplia: quien tenía sida era siempre el "otro", el que no pertenecía al núcleo social, el que estaba en los márgenes (el *yonki*, la prostituta, el homosexual). Si bien es cierto que en España la dominancia del mecanismo de transmisión parenteral significó una menor asociación discursiva de sida y homosexualidad y una mayor fusión simbólica entre sida, sangre y jeringuilla que en otros países, la identificación con la otredad, y entre ellas la otredad sexual, funcionó como eje articulador de la percepción social del sida durante los primeros momentos de la epidemia. Tanto las personas con VIH como, de una forma más general, los varones homosexuales enfrentaban un estigma que invocaba lógicas de rechazo y exclusión.

El desarrollo de las **terapias antirretrovirales**, la aparición de **campañas preventivas y de sensibilización**, la **movilización de los grupos activistas** y otros fenómenos concomitantes actuaron durante los años 90 sobre este imaginario colectivo, provocando ciertas transformaciones en las formas de percepción social de la enfermedad. Así, varias de las presunciones que operaban en ella se vieron en parte matizadas: la ecuación sida=muerte se fue debilitando; los mecanismos de "muerte social" y la lógica de la otredad sufrieron también transformaciones que cuestionaban su lectura unívoca, con una importancia clave del *outing* de referentes públicos tanto homosexuales (Freddie Mercury) como heterosexuales (Magic Johnson)... En el caso más específico de la comunidad gay, la lucha contra el sida introdujo también cambios clave en la organización de la comunidad, sus lógicas de

movilización colectiva y sus formas de sociabilidad sexual, que fueron igualmente modificando la propia auto-percepción de vulnerabilidad y exposición a la enfermedad así como la consideración de las personas seropositivas en el seno del colectivo gay.

En la presente investigación se ha evidenciado cómo esta transformación de la imagen tradicional del sida ha continuado operando hasta arribar, entre los jóvenes actuales tanto heterosexuales como homosexuales, a **un imaginario nuevo, muy alejado de esa imagen fundante**. Los cambios producidos durante los últimos 10 años en la epidemiología de la infección y el afrontamiento médico del VIH muestran una importancia clave en esta modificación, pero también otros procesos socio-culturales que afectan a las vivencias de la sexualidad, como la apertura social hacia la diversidad sexual, la ya expuesta "legitimación" social de la homosexualidad o la extensión del uso de la "píldora del día después" entre las chicas jóvenes heterosexuales<sup>76</sup>.

De una u otra forma, todos estos procesos han llevado a una cierta **pérdida de excepcionalidad del VIH/sida**. Donde la imagen tradicional señalaba una enfermedad única, terrible, casi ominosa, la imagen actual del virus se aproxima en mucha mayor medida a otras enfermedades. En el proceso de transformación en el imaginario del VIH/sida, en esa "des-excepcionalización", podría describirse una doble lógica:

- Por un lado, los efectos que tiene sobre la percepción de la enfermedad la certeza, extendida a todos los jóvenes, de que **la evolución médica ha acabado con la muerte física**: el VIH ya no es hoy sinónimo de muerte, sino que se trata de una enfermedad crónica. Es preciso medicarse para toda la vida, pero uno no muere de ello.
- Por otro lado, **la modificación de las lógicas de la "muerte social", del estigma y la vinculación a la otredad**, como efecto de diversos procesos: desde la propia percepción de la evolución epidemiológica a la "no visibilidad" física del VIH (la proscripción de los efectos secundarios visibles como la lipodistrofia), pasando por la desaparición de referentes públicos del VIH.

Persisten en los discursos, por supuesto, **restos de la concepción tradicional**. Uno de ellos es la **confusión entre VIH y sida**, que hace que muchos jóvenes (sobre todo los heterosexuales y los HSH más alejados del discurso "gay central" y del entorno asociativo) utilicen indistintamente ambos términos, tendiendo incluso a privilegiar sida. En el mismo sentido podría quizá interpretarse la **asociación**

---

<sup>76</sup> La relevancia de este proceso para la población general y heterosexual resulta poco destacada en este estudio, por el propio foco en varones y HSH, y no podemos detenernos en ello, pero probablemente tenga una importancia clave en la relación que las chicas jóvenes establezcan hoy con el preservativo. En la presente investigación, no obstante, encontramos un eco en la repetida comparación que se hace, por parte de quienes conocen la Profilaxis Post-Exposición, entre ésta y la píldora del día después para las mujeres heterosexuales.

**simbólica dominante entre sida y sangre** que puede detectarse en la mayoría de discursos recogidos<sup>77</sup>. Pero el imaginario tradicional habría sufrido una suerte de "vaciamiento", que hace que cuando en los discursos aparecen ocasionalmente elementos del pasado (p.ej. el aspecto físico "delgado" o "demacrado" de las personas con VIH/sida) sea generalmente mediante un juego de distanciamiento y/o negación y que sea únicamente entre los perfiles con un nivel cultural más bajo o menos integrado –por ejemplo, algunos entrevistados de origen inmigrante y situación social más dificultosa– donde persistan las huellas del imaginario tradicional.

## 6.2. LOS RASGOS CENTRALES DEL IMAGINARIO ACTUAL DEL VIH/SIDA

De forma generalizada, atravesando los discursos de todos los varones jóvenes, hay algunos aspectos clave que configuran la actual imagen central del VIH.

En primer lugar, en sectores significativos de los jóvenes entrevistados se observa una imagen confusa y relativamente indiferenciada incapaz de distinguir con precisión entre el VIH y el sida.

En segundo lugar, en la mayoría de los jóvenes entrevistados se genera una imagen sobre la enfermedad marcada por cuatro rasgos básicos: la cronicidad; la no visibilidad; la transformación de la dimensión social de la enfermedad y del estigma; las nuevas formas de asociación con la "otredad".

### La confusión entre el VIH y el sida.

Entre los jóvenes heterosexuales, autóctonos e inmigrantes y en un sector de jóvenes gays entrevistados cercanos al espacio que hemos denominado "gay normalizado" se ha expresado una clara confusión entre tener VIH y tener sida.

*"HEMOS HABLADO DEL SIDA, ¿EL VIH OS SUENA?"*

*Sí.*

*¿CREÉIS QUE ES LO MISMO, QUE ES DISTINTO?"*

*Es el virus que provoca el Sida.*

---

77 Pareciera que los jóvenes participantes en el estudio, especialmente cuanto más se acercan al espacio heterosexual, asocian más claramente el VIH con la sangre que con el semen, repitiéndose en varios grupos y entrevistas las imágenes de "hereditas", "rozaduras", "gotas de sangre"... o de la presencia de la sangre en la relación sexual ocasional como "alerta" urgente de riesgo. Esto no quiere decir que no "se conozca" que el semen es un medio de transmisión, sino que el VIH adquiriría su fuerza simbólica en la remisión a la sangre – probablemente entre otras cosas por la "resonancia" de imágenes de jeringuillas y heroína, dominantes en el caso español.

*Yo creo que es lo mismo.*

*Y yo... A ver... VIH significaría algo, ¿no?*

*Virus de la Inmunodeficiencia Humana.*

*Y el sida es como lo han llamado aquí, ¿no?" (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Dicha confusión tiene mucha trascendencia y repercusiones en diferentes ámbitos. Uno de ellos es el de las políticas de comunicación institucional y de las noticias que se generan y difunden por los medios de comunicación. Dado que una gran parte de estas noticias focalizan su atención en el término SIDA, por ejemplo, las relativas a la disminución de casos, a la reducción de la mortalidad..., la lectura e interpretación de las mismas se generaliza al conjunto del proceso infeccioso, al desarrollo del propio VIH generando una gran confusión al respecto.

*"El SIDA yo creo que cada vez menos.*

*Sí.*

*De hecho, hoy leía un artículo en el periódico, en el 20 Minutos, de que el SIDA está empezando a ser una enfermedad pasada de moda, más propia del siglo XX que del XXI... Aquí, en el entorno occidental.*

*En el primer mundo.*

*Claro, porque ya seguramente se están muriendo todos los que tuvieron SIDA.*

*Aquí en el primer mundo." (Rg 1, 21-24 años, Heterosexuales).*

Es decir, cuando en un medio de comunicación se habla de estos temas, la valoración que se construye en estos sectores juveniles acerca del VIH y no sólo del sida es la de una reducción sustantiva de su presencia, por no hablar de una desaparición directa de la enfermedad, del VIH y del sida.

### **Cronicidad: "ya no mata pero no se cura"**

La característica clave de la enfermedad, tal como se concibe actualmente, es la **cronicidad**. La enfermedad ha abandonado su vínculo fundante con la muerte y el deterioro físico. Ha salido del espacio de las enfermedades agudas y se asocia, por el contrario, con otras enfermedades crónicas como la diabetes. Hoy, si se está correctamente medicado, las personas con VIH pueden vivir "una vida normal", y casi todos los jóvenes piensan que sin síntomas físicos. Entre quienes tienen menor conocimiento respecto del VIH persisten ciertas dudas sobre los efectos sobre la salud a largo plazo y "la esperanza de vida", pero las antiguas imágenes de

"delgados" y "demacrados" son más minoritarias, están únicamente presentes en los sectores menos informados y sólo quedan en el discurso como ecos de otra época. El VIH es crecientemente una enfermedad crónica y asintomática.

Ahora bien, la imagen fundante de la enfermedad y su asociación con signos físicos sigue, sin embargo, operando en la práctica como elemento de génesis de confianza en la relación sexual en el sentido de que cuando la otra persona no tiene signos físicos de la enfermedad y se percibe sano/sana, la tendencia, como veremos más adelante, es a no adoptar precauciones.

Esto sitúa al VIH en un espacio ambiguo: por un lado, ya no mata ni causa síntomas físicos, y aparece por tanto con menor gravedad que en el pasado o que otras enfermedades que aterran más. Pero por otro lado, al VIH/sida se le sigue teniendo miedo. La idea de que "no tiene cura" y la necesidad de medicación continuada, cuidados, preocupaciones..., "para toda la vida" la hacen cuanto menos algo "engorroso" (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años). Igualmente, la persistencia sentida del estigma y los efectos que un diagnóstico de VIH tienen sobre la vida social y sexual de una persona hacen que sea más difícil de asumir que otras enfermedades:

#### "¿QUÉ IMAGEN TENEIS DEL VIH AHORA MISMO?"

*Lo malo... Es como si tienes esquizofrenia. Soy psicólogo y trato con ellos y lo malo es decirles que te vas a tener que medicar de por vida... Yo creo que lo peor es decir no tiene cura...Entonces ya... eso impacta... porque decir: tienes una sífilis y te pones unas inyecciones de penicilina o de lo que sea... Y en dos semanas estás bien. Vale. Pero decirles que te vas a medicar toda tu vida, vas a tener que informar a tus parejas o a los que te acuestas de que lo tienes, para que no lo cojan ellos, yo es un tema... que a la persona le acojona de primeras y que, vamos, le duele..." (Rg 2, HSH, 21-24 años).*

Si la práctica totalidad de los jóvenes asume, de una u otra manera, esta situación de "cronicidad" del VIH, en determinados perfiles de HSH más integrados en el ambiente homosexual y, sobre todo, más movilizados en entornos de relaciones esporádicas, la "cronicidad" asume una naturaleza **débil, de menor gravedad percibida**: es una característica que, incluso al compararse con otras enfermedades de transmisión sexual que cursan de forma aguda, y en un entorno donde el estigma es menos fuerte, resta importancia a la enfermedad. Es en estos sectores donde el miedo "físico" al VIH es menor, como señala algún entrevistado al referirse a los chicos jóvenes que más activos se muestran en discotecas, after-hours, aplicaciones de móvil, etc.:

*"La gente ya no se preocupa por si se van a morir porque saben que no se van a morir. Saben que ser seropositivo es menos que ser diabético y mucho menos que muchas otras cosas. Te tomas una pastilla al día, te mantienes en forma y se acabó. Porque hoy en día hay suficientes medicamentos que hacen que no te baje el sistema de defensas. Que eso es lo que te permite llevar una vida normal y corriente. Y si encima te juntas en círculos donde*

*otra gente a tu alrededor lo tiene y ves que están bien... ¿qué más te da? Eso es un poco el pensamiento de la gente hoy en día [...] Hay gente que ni se preocupa, se preocupan mucho más por otras enfermedades que directamente sí que pueden ser... que te pueden afectar más rápidamente. Como una gonorrea. Que una gonorrea, aparte de darte síntomas, te evita poder mantener relaciones sexuales en las próximas semanas. O una sífilis o un tal. Porque ellos se lo tratan, dicen: ah, es un pinchazo y se lo quitan.”* (Dani, HSH, 28 años).

### **La no visibilidad del VIH/sida**

Otro de los rasgos principales de la imagen del VIH/sida, tal como aparece en los discursos recogidos, es la confluencia de varias cuestiones que generan una tendencia hacia la no visibilidad. Esta exclusión de lo visible, que implica una desaparición paulatina del VIH/sida como amenaza presente para muchos varones, es más marcada en el discurso heterosexual y de los “gays normalizados”, pero alcanza de diversas formas a todos los espacios discursivos.

**No visibilidad médica**, puesto que el control médico de la enfermedad y la ausencia de síntomas es una información ya extendida. Se es consciente de que los tratamientos antirretrovirales avanzados (se conozcan con mayor o menor detalle) han logrado “proscribir” y controlar la manifestación de la enfermedad, de tal modo que el “sida” como tal ya no se encontraría presente<sup>78</sup>.

*“Todavía mucha gente habla de sida, cuando ya el sida prácticamente... Lo que es en Europa, en Estados Unidos y tal... el sida no existe. O sea, está erradicado. Otra cosa son Áfricas y estos sitios [...] ¿Sida? Si el sida no existe... Vamos, puede haber un caso o dos, gente que a lo mejor no lo sabe y llega a unos niveles de CD4 súper bajos y... Y mira, vienen con infecciones de estas oportunistas y dices: bueno, esas sí, eso es de sida... Pero que hoy en día te meten también un megachute de estos de antirretroviral y de repente recuperas. Pero bueno, es que como mucho serían casos así...”* (Pedro, HSH VIH+, 29 años).

No visibilidad médica que, como señalamos anteriormente, en el caso de los sectores que confunden VIH y sida lleva a pensar que el VIH también está prácticamente desaparecido.

**No visibilidad personal:** a la invisibilidad general contribuye también el avance médico en los tratamientos, que hace que las personas con VIH no sean ya visibles, que la enfermedad “no se note”, sea algo “que está escondido” (Javier, HSH, 21

---

78 Como hemos apuntado, la diferencia entre VIH y sida está clara para la mayor parte de HSH con edades algo más adultas y para quienes se mueven en los entornos más específicamente homosexuales (tanto el “ambiente” y el mundo asociativo como los espacios de sexo esporádico), pero no lo está tanto para quienes ocupan posiciones más cercanas al espacio heterosexual, que siguen utilizando prioritariamente el término “sida”. Entre los heterosexuales, por tanto, la invisibilidad social del sida se sigue de su invisibilidad médica: “ya no hay sida”, por lo que tampoco hay VIH.

años). Los rasgos físicos visibles (lipodistrofia, etc.) ya no marcan a las personas con VIH, de tal modo que todos los entrevistados conciben ya al VIH/sida como algo "interno", "interior", que no causa síntomas exteriores. Algunos perfiles minoritarios, en todo caso, asociarían posibles síntomas visibles a efectos de la medicación, pero incluso en ese caso la referencia es a lo "interno":

*"El SIDA es que es interno, es que no tienes por fuera... Es que no tienes... Muy poco... Bueno, el SIDA es que con el tratamiento te puedes quedar calvo o algo así, es lo que te podría decir exterior, pero interior... Es que en el interior es que te... en la sangre, se te mezcla la sangre es un.... No sé explicarlo bien ahora, no sé. Se te mezcla la sangre con tu sangre y algo de los glóbulos rojos. No se..." (Rg 4, Heterosexuales, origen latinoamericano, 18-19 años).*

Al mismo tiempo, la **pervivencia del estigma** social hace que el VIH se trate con secreto y sigilo y que, en la mayor parte de los espacios de sociabilidad, aparezca como un **tabú del discurso sexual**. Al tenor de lo recogido en esta investigación, la discusión del seroestatus está generalmente proscrita de los encuentros esporádicos en saunas, discotecas y a través de apps<sup>79</sup>, y en los espacios heterosexuales tampoco hay ninguna sensación de interactuar con personas con VIH. Por otra parte, entre los varones con VIH, la extensión del conocimiento del estado de carga viral indetectable y de la baja probabilidad de transmisión asociado a él estaría provocando que se perciba una menor necesidad de comunicar el seroestatus a las parejas sexuales ocasionales. Así, exceptuando a quienes sociabilizan en el ambiente gay central (y especialmente en torno al mundo asociativo, que parece constituir el único entorno donde las personas seropositivas desvelan abiertamente su seroestatus), pocos jóvenes, tanto heterosexuales como gays, dicen hoy conocer a personas con VIH y los ejemplos que aparecen en la mayoría de los discursos son más intuitivos, rumoreados, que sabidos con certeza.

**No visibilidad social**, en tanto que la presencia de personas y referentes públicos con VIH es percibida como radicalmente menor a la de momentos anteriores. La visibilidad social de la epidemia de VIH se asocia con un momento concreto (los años 80-90), con un pasado que ha ido desapareciendo, o bien a otros lugares del globo ("El tercer mundo", "África"...). Es en el discurso heterosexual donde esta invisibilidad mediática y remisión al pasado se hace más evidente, pero también muchos HSH jóvenes asocian las campañas, noticias de prensa, referentes públicos, etc. a otra época:

*"...seguramente se están muriendo todos los que tuvieron sida*

---

79 La excepción – menos representada en la investigación pero aludida en varios discursos – la encontraríamos en la visibilidad pública de la seropositividad en algunos chicos con perfiles en Internet o en Grindr para sexo ocasional. Pero esta se entiende generalmente, bien como dirigida a otros chicos con VIH, bien como atractivo "morboso" para ciertos perfiles minoritarios (la "subcultura bareback", menos presente en España que en otros países como EEUU)

[...] O SEA, QUE TENÉIS LA SENSACIÓN DE QUE HAY CADA VEZ MENOS CASOS DE SIDA

*Pero yo creo que porque ha pasado ya... Yo creo que en el 2000 o así se hablaba mucho de personas que estaban con sida y demás. Y claro, han pasado casi quince años. En quince años puede que esas personas ya... nos hayan dejado. Y ya, pues como que se vuelve a hacer un equilibrio entre personas que no lo tienen y que España, por así decirlo, ha conseguido retener la enfermedad. Entonces ahora ya no se habla mucho de ello" (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

La inexistencia de referentes mediáticos actuales implica que las imágenes y estereotipos del VIH con los que se elabora el discurso sigan siendo referentes del pasado (desde Freddie Mercury hasta la película "Philadelphia"), pero que, hasta cierto punto, se han "vaciado", quedando como restos no creídos, puestos en duda – sin haber sido sustituidos por nuevos imaginarios, lo que se traduce en que, en determinadas circunstancias, sean dichos restos de los imaginarios pasados los que emerjan en la relación social con personas con vih.

Crucialmente, también se percibe hoy una **no visibilidad "oficial" del VIH**, una no visibilidad desde el discurso de las autoridades sanitarias y los medios de comunicación. La impresión generalizada es que hay menos campañas y menor "insistencia" oficial sobre el VIH y sobre el sida. Incluso entre los HSH, quienes están más lejanos a los entornos asociativos y sanitarios apenas se exponen a discursos específicos de prevención del VIH: "hoy en día para ver algo del sida te tienes que ir a un centro de planificación familiar", se dice en el grupo de heterosexuales, y en otra reunión con HSH se habla del Centro Sandoval como el único lugar donde alguien puede ver hoy campañas en torno al VIH-sida. En el caso del modelo de encuentros esporádicos, también hay otros signos que marcan esa desaparición: la menor presencia de preservativos y campañas de prevención en locales de sexo o saunas, como señalaban varios de los profesionales entrevistados, o la casi total ausencia de campañas institucionales o preventivas en el entorno de Internet, especialmente de Grindr y las nuevas apps. Algunos perciben esta invisibilidad "oficial" como síntoma de que las autoridades y los medios de comunicación ya no consideran el VIH un problema – que las cifras de infección deben estar bajando, etc.

*"Si es una cosa que, por ejemplo, hubiera un repunte yo me imagino que es obligación de los medios de comunicación... Porque a ti si te dicen que hay un repunte vas a estar más protegido." (Rg 3, HSH, 24-29 años).*

Todo estas líneas múltiples de no visibilidad explican que la **sensación de presencia en el entorno** haya disminuido entre la mayoría de jóvenes, también entre los HSH. Dentro del colectivo de HSH, casi son sólo quienes están directamente expuestos al discurso de las asociaciones quienes mantienen viva una sensación de "peligro", de una presencia significativa de la infección en los entornos cercanos (entre otras cosas por el papel de "refugio" que las asociaciones cumplen para las personas con VIH, algo que hace que en su "área de influencia" sea más

probable conocer directamente a alguna persona seropositiva). Por ello, la mayor parte de los comentarios relacionados con un aumento de la prevalencia de VIH u otras enfermedades de transmisión sexual –en definitiva, con una sensación de “alerta”– se siguen de la realización de una prueba rápida y de la sesión de counselling consiguiente:

*"La gente se cree que nunca te va a tocar, pero es que está ahí... Vamos, el otro día que estuve en el centro, me dijo la chica que, por ejemplo, los casos de sífilis se están multiplicando.*

*¿Y PARA QUÉ FUISTE AL CENTRO?*

*A hacerme una prueba rápida del VIH" (Oscar, HSH, 23 años).*

*\*\*\**

*"Sí que dicen que hay un repunte [del VIH en la población gay]. Y si hay un repunte debería estar en todos los medios, en todas las informaciones. Entonces una de dos, o la población es subnormal o...*

*¿VOSOTROS TENÉIS TAMBIÉN LA SENSACIÓN DE QUE EN LOS MEDIOS SE DICE QUE HAY UN REPUNTE, QUE CRECE...?*

*Yo esto lo sé por el COGAM*

*Yo no tengo ni idea*

*Yo tampoco lo sabía, no sé si hay repunte*

*¿Y VUESTRA IMPRESIÓN ERA...?*

*Que no" (Rg 3, HSH, 24-29 años, HSH).*

### **La transformación de la dimensión social de la enfermedad y del estigma**

Con la excepción del discurso heterosexual y de los “gays normalizados” más cercanos a este espacio (entre quienes aún quedan algunos restos de imágenes del VIH de naturaleza más “física”), la concepción del VIH entre los HSH jóvenes ha abandonado prácticamente toda asociación con procesos de naturaleza física o médica en un sentido más amplio. Sus síntomas, tal como se imaginan quienes no lo tienen y como experimentan quienes viven con el virus, son preferentemente de naturaleza social y relacionados con el **estigma**. El VIH tiene cada vez menos que ver con “lo insano”, lo corporal, y más con procesos sociales de soledad y separación:

*"O sea... porque yo creo que son enfermedades sociales. Es decir, tener VIH no te hace tener una vida más insana en sí... Lo que te hace es que, si la gente lo sabe, te van a rechazar en muchos espacios. Por ejemplo, los*

*seguros no cubren... La mayoría de los seguros no cubren a las personas con VIH, por ejemplo.” (Rg 2, HSH, 21-24 años).*

Sin embargo, esta dimensión social del VIH/sida se ha modificado. Por un lado, **la carga del estigma, en cierto modo, se debilita**, al convertirse la enfermedad en algo innotado, “invisible” y más similar a otras enfermedades crónicas. Por una parte, **la sensación de “infectabilidad”, de posible transmisión, de miedo “médico” a las personas con VIH es hoy claramente menor entre los jóvenes**. Aunque no se cuente con mucha información detallada sobre el VIH, los mitos y miedos irracionales al contagio (p.e. por compartir espacio físico o “aire” con personas seropositivas) tienen hoy muy poca fuerza. Pocos creen que, fuera del contacto sexual directo, sea fácil “contagiarse”.

Por otra parte, aunque el estigma en sí no haya desaparecido, **el VIH se mueve hoy en un área de menor exposición pública**. Más allá del mundo asociativo, donde las personas seropositivas sí encuentran un lugar más acogedor y libre del estigma, para la población más amplia la tendencia a estigmatizar desciende dada la “desaparición” de las imágenes del sida, la relativa desvinculación del virus con grupos sociales o personas concretas y lo “innotado” del VIH. También para los jóvenes seropositivos, el VIH se mueve hoy en un espacio de secreto más “manejable”, por la proscripción de los síntomas visibles de la enfermedad y de los efectos secundarios de la medicación y por otros procesos, como la simplificación de los tratamientos. Además, la extensión de la carga viral indetectable relativiza en parte la necesidad de comunicar el seroestatus a los compañeros sexuales y las preocupaciones asociadas a ello, tanto en el sexo con personas seronegativas como con otros hipotéticos compañeros sexuales con VIH que estén medicados:

*“Hombre, lo que sí, por ejemplo, sí tengo muy claro, es que no me voy a correr en la boca ni en el ano de nadie. O sea, no sé, es como que ahora mismo no puedo. O sea, ya estoy con medicación, tal y cual, pero ahora mismo no soy todavía indetectable, o sea, que si hago eso, contagio, lo tengo muy claro.*

*¿Y CUANDO ESTÉS INDETECTABLE, ES... ES OTRA HISTORIA?*

*Ahí es que no hay riesgo... O sea, es... Es hipermínimo, ¿Sabes? Porque si a ti te analizan la sangre, en sangre se queda a cero. Pero igual en semen hay algo o lo que sea. Pero vamos... Que ya depende de todos los factores. Que si igual estás con alguien que no tiene, pues igual tienes que tener más cuidado, o ir al médico a decirle: “¿me analizas el semen, a ver qué queda?”. O lo que sea. Y si estás con alguien que tiene, que también se está medicando, pues es que... Es que es súper mega improbable.” (Pedro, HSH VIH+, 29 años).*

El estigma no desaparece: **continúan operando lógicas de separación** y la preocupación esencial, el miedo al VIH desde los discursos más extendidos, tiene que ver entonces con el rechazo al que se piensa que una persona seropositiva se ve abocada, especialmente en el terreno sexual. **La serofobia, en el caso de los**

**chicos HSH, funcionaría ante todo mediante el rechazo sexual.** Por ejemplo, en varios grupos y entrevistas con HSH se reconoce que no se tendría sexo con alguien de quien se supiera que tiene VIH, incluso tomando precauciones, y en alguna reunión se menciona la existencia de "*chats específicos*" para las personas con VIH (Rg 5, HSH, 20-21 años).

Pero aún así, cabe indicar en ciertos entornos HSH, la vivencia del estigma –y por tanto, el "miedo a la muerte social"– parece menor que en el pasado. De forma relevante hay que señalar el espacio de los **encuentros sexuales esporádicos y más cercanos al modelo anónimo**, donde la posibilidad de "llevarlo oculto", la conciencia de menor transmisión con carga viral indetectable, etc. hacen que el miedo al estigma esté menos presente, pues el VIH no tiene por qué suponer una expulsión directa de este espacio. Así, donde antes el SIDA suponía una "frontera fuerte", al separar efectivamente al sujeto de la sociabilidad sexual, hoy el VIH tendería a constituir una "frontera débil", puesto que impide en menor medida el intercambio sexual ocasional entre HSH o la propia constitución de la pareja estable.

### **El VIH/sida como la enfermedad del otro**

En las primeras reacciones sociales que suscitó el sida tras su aparición en los años 80 existía un eje claro que inmediatamente destacaron los análisis sociológicos y teóricos: la asociación de la enfermedad con determinados colectivos minoritarios y estigmatizados. La denominación de "cáncer gay", la idea de las "4 H" (*heroinómanos, homosexuales, haitianos y hemofílicos*) o la propia noción de "grupos de riesgo" reflejaban este proceso de exclusión del virus respecto de la "población general". Así, como señalaba Oscar Guasch en 1991, el proceso básico de recepción social del sida se basó en "la particularización del sida en tanto que *problema de los demás*"<sup>80</sup>.

Las figuras clásicas del sida, relacionadas en España sobre todo con los "yonkis" y la vía de transmisión parenteral, habrían desaparecido – por el cambio sentido en la epidemiología de la enfermedad y por la supuesta desaparición directa de estos perfiles ("*seguramente se están muriendo todos los que tuvieron sida*"). Por otra parte, la asociación "moral" de homosexualidad y sida, que en otros países tuvo una fuerza simbólica mucho mayor que en España, también habría perdido fuerza en la conciencia social. En los grupos de discusión con heterosexuales no se expresó ningún estereotipo marcado al respecto; varios profesionales entrevistados indican que muchos chicos gays siguen pensando que "el sida está creciendo entre heterosexuales", antes que en HSH; incluso cuando algún joven gay ha esperado un juicio de esta naturaleza por parte de sus padres se ha encontrado con otras lógicas:

*"Yo se lo he dicho a mi madre este año [que era gay] y lo primero que me dijo es que si me iba a meter a chapero... O sea, yo pensaba que me iba a*

---

80 Oscar Guasch, *La Sociedad Rosa*, Anagrama, 1991, pág. 140

*decir: "¡ten cuidado con las drogas o con el sida!", pero no: se creía que me iba a meter a chapero. Y digo yo: "¡Bueno!" (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

Pero esto no significa que el VIH deje de vincularse con un "otro". Como se señala repetidamente, "nunca piensas que te pueda a tocar a ti" (son *otros* los que tienen VIH). Ahora bien, la diferencia es que los "otros" con los que en la actualidad se asocia el VIH son unos "otros" más particularizados por cada sector/grupo social en el sentido de no ser comunes para todos sino más singulares de cada grupo en función de los valores sociales, culturales, ideológicos del mismo.

- Entre los **jóvenes heterosexuales**, el "otro" del sida es esencialmente temporal: es el pasado, los heroinómanos del pasado. Como señalábamos, en los discursos expresados en la investigación, la asociación entre VIH y homosexualidad es inexistente o muy tenue, pues, entre otras cosas, como hemos señalado anteriormente, los homosexuales son hoy en menor medida "los otros". En la actualidad, en los discursos de este tipo de jóvenes, casi únicamente el campo de la **prostitución** les evoca el VIH.
- Desde los **gays "normalizados" más cercanos al modelo de pareja cerrada**, el estereotipo actual dominante se ciñe al **campo de lo sexual** y en particular, se asocia a un alto número de parejas sexuales en forma "desordenada" (a la "promiscuidad", al "follar con cualquiera"). El VIH queda asociado, así, con la promiscuidad sexual, la presencia de parejas múltiples, y muy especialmente a la idea de **múltiples parejas casuales y desconocidas**. Para los HSH que sociabilizan en estos espacios, el conocimiento de la pareja, la **confianza** en ella, la intimidad y el afecto actúan como una suerte de protección frente al VIH, en algunos casos incluso cuando el seroestatus no ha sido discutido<sup>81</sup>.

Se detecta, por tanto, desde las posiciones más cercanas al modelo de pareja estable cerrada, **una valoración moral**, que vincula el VIH y las ITS con una vida sexual desordenada, "descontrolada", con el "guarreo" (Rg 3, HSH, 27-29 años). Estilo de vida que se sitúa fuera del comportamiento normativo percibido y que -especialmente entre los jóvenes más cercanos al discurso heterosexual- mantiene además la cercanía simbólica con la prostitución. Son los "promiscuos" y los "puteros" quienes se exponen al riesgo.

*"¿Y ASOCIÁIS... DIGO, MÁS ALLÁ DE QUE SEA RACIONAL O NO RACIONAL, ASOCIÁIS EL VIH CON ALGÚN TIPO DE...?"*

---

<sup>81</sup> Generalmente, sin embargo, y como veremos más adelante, hoy lo más común dentro de las parejas gays, tanto en el modelo de pareja cerrada como en la abierta, es el **abandono de la protección (para las relaciones sexuales dentro de la pareja) solamente después de la realización conjunta de la prueba del VIH** y la sanción "oficial" de seronegatividad de ambos. Entre muchas parejas de chicos esto parecería haberse convertido en un "ritual" que, junto con el abandono de Grindr, sanciona simbólicamente la formación de la pareja.

*Hombre, en general todas las ITS están asociadas con falta de higiene. Que luego realmente no tiene por qué...*

*Con gente promiscua o que mantiene relaciones de riesgo. Es así: puteros y gente promiscua, ya no sólo gays" (RG 3, 25-29 años, HSH).*

- Quienes socializan en **entornos sexuales de relaciones esporádicas** emiten en menor medida un juicio moral sobre el VIH mediante la mera asociación con la "promiscuidad". Pero esto no significa que no se tiende a relacionar a la enfermedad, junto con el resto de ITS, con la otredad. Otros estereotipos que se mantienen asocian el VIH con la **otredad económica y social** (los "pobres" y los excluidos) y/o con la **otredad étnica** (los "inmigrantes"), muchas veces mediadas ambas a partir de la idea visible de la "higiene" y la "suciedad", y en ocasiones, como se muestra en el siguiente extracto, también incorporando otros espacios de relaciones sexuales no legitimadas, como la prostitución:

*"Sí que es cierto que en el tema de la homosexualidad algo que parecía que... hace como cinco años parecía que se estaban frenando muchísimo los contagios, sobre todo de VIH. Pero ha habido contagios nuevos. Y que cuando éramos más jóvenes no oías hablar de la gonorrea, ni de la sífilis, ni de la sarna, eran cosas que estaban un poco erradicadas. Pero con todos los viajes que han habido, tanto movimiento de extranjeros y tal... Ahora cuando te hacen pruebas de ITS te miran la tuberculosis, te miran tal, te miran cual... Te miran otras las enfermedades que en España realmente ya no existían, que están volviendo otra vez mucho, además todo a través de enfermedades de transmisión sexual*

*Y TÚ TAMBIÉN LO ATRIBUYES A ENFERMEDADES QUE HAN VENIDO DE FUERA.*

*Que han venido de fuera y además que se sabe perfectamente que es por eso. Hay muchísimo extranjero en la homosexualidad, y además hay muchísimo muchísimo muchísimo latino que se dedica muchísimo a la prostitución. Hay muchísima prostitución entre los latinos." (Dani, HSH, 28 años).*

Desde quienes tienden a situarse en este espacio no siempre se recurre exactamente a estereotipos de clase o étnicos para caracterizar a las personas con VIH, pero sí tiende a operar, de una u otra manera, un proceso de des-identificación, de distinción frente a quien tiene o puede tener VIH que significativamente adopta una posición moral. Por ejemplo, apuntando a cómo quien es susceptible de tener VIH es quien tiene una "vida desordenada" (Rg 5, HSH, 21-24 años) dentro de la propia "promiscuidad", es decir, quien no "distingue" o "discrimina" dentro de sus relaciones múltiples, "yéndose con cualquiera".

Esta asociación con la otredad explica también que, a pesar de la mayor conciencia de que el VIH no tiene efectos físicos, entre los chicos más jóvenes que se mueven en entornos de relaciones esporádicas tiende a emerger la imagen fundante que asocia el VIH (sida) con ciertos rasgos físicos **y, por tanto, pervive la creencia, a medias, en la posibilidad de “reconocer” a quien tiene VIH por algún signo externo, físico** –por tener aspecto más “demacrado”, por ser más “sucio”, por ser menos más “feo” o menos agraciado...-. Y que entre los HSH de clases medias-altas circule un estereotipo que lo vincula con la extranjería en un sentido casi *estético*: *“los típicos gays latinos bajitos con las cejas así...”* (Rg 5, HSH, 20-21 años).

### 6.3. LOS ESPACIOS DISCURSIVOS EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA EN LOS VARONES JÓVENES

En el mapa del gráfico 6.1 recogemos el posicionamiento específico y los matices respecto del imaginario general del VIH que acabamos de exponer para cada uno de los cinco grandes espacios discursivos que venimos empleando para desentrañar las formas de vivir la sexualidad de los jóvenes madrileños. La mayor parte de lo recogido en el mapa ha ido siendo mencionado en las páginas anteriores, por lo que no parece necesario extenderse mucho en una exposición redundante. Sí consideramos necesario, sin embargo, apuntar por su relevancia algunas cuestiones:

- Existe una distinción fundamental, que “rompe” en dos al colectivo de jóvenes y que tiene que ver con **la percepción o no-percepción de existencia de VIH** en el entorno, o por utilizar el concepto elaborado por Fernando Villaamil, con la “experiencia ordinaria” o “extraordinaria” del VIH. Quienes perciben que el VIH continúa existiendo en su entorno (dentro de nuestro esquema hablaríamos de los espacios “gay central” y de “relaciones esporádicas”) cuentan con mayor información –p.ej., saben diferenciar entre VIH y sida–, conceden una relevancia algo menor al estigma y, al menos en teoría, tienen presente la necesidad de la protección. Sus posibles prácticas de riesgo o situaciones de vulnerabilidad no se explicarían por la desinformación, sino por otros factores que posteriormente señalaremos. Por el contrario, entre los heterosexuales y HSH no gays y, en menor medida, en el espacio “gay normalizado” existe una débil percepción de que el VIH o el sida “sigan por ahí”. No recurrir a los métodos de protección frente al VIH y otras ITS tiene aquí más que ver con las carencias informativas y perceptivas, pues parecería que el sida ya no “concierna”, ya no “está”.
- En esa misma línea, el **conocimiento sobre el VIH y el sida** resulta muy desigualmente repartido entre los diferentes espacios, hallándose el mayor grado de información y conocimiento correcto en el espacio que venimos denominando como “gay central”. Sin embargo, quienes se hayan más alejados de ese espacio y de manera particular, tanto los jóvenes heterosexuales como el espacio de “HSH no gays”, muestran grados de desconocimiento que en ocasiones resultan preocupantes, particularmente

cuando "legitiman" prácticas de riesgo que no se perciben como tal. En estos dos espacios, además, es donde persisten aún ciertos estereotipos relacionados con una cierta "visibilidad" de las personas seropositivas que han desaparecido casi por completo en otros perfiles:

*"¿QUÉ APARIENCIA CREÉIS QUE TIENEN LAS PERSONAS CON VIH?"*

*Ser una persona sucia. Que tenga eso lleno de pelos (risas)...No sé...Una persona sucia, claramente ¿no? Porque una persona limpia se tiene que cuidar mucho en este tema." (Assad, HSH/transgénero, origen marroquí, 20-22 años).*

Por el contrario, en el espacio que hemos denominado de "relaciones esporádicas" el problema no se hallaría tanto en el desconocimiento o la desinformación como en el **tabú** que rige alrededor del VIH: aquí se trataría conscientemente de olvidar o negar la presencia del VIH, de excluir su presencia del entorno de la relación sexual. Resulta significativo a este respecto lo que comenta un profesional entrevistado, que lleva a cabo acciones de prevención en discotecas, saunas y locales de sexo: es común que cuando su asociación logra colocar carteles de prevención del VIH en, por ejemplo, los baños de estos centros, al cabo de un par de horas ya hayan sido arrancados o rotos, "saboteando" así la estrategia de prevención. Igualmente, el rechazo de algunos empresarios a que se pongan carteles en las cabinas o cuartos oscuros se basa, según manifiesta este entrevistado, en que "si hablas del VIH se baja la libido". En la investigación han aparecido así algunos jóvenes que rechazan la información, en línea con este tabú:

*"De todas maneras, el hecho de que haya mucha información sobre un aspecto... Que lo ves muy positivo... porque puedes estar informado, puedes... Pero es que yo hay información que yo prefiero no tocar. Es que me da pavor, en plan..."*

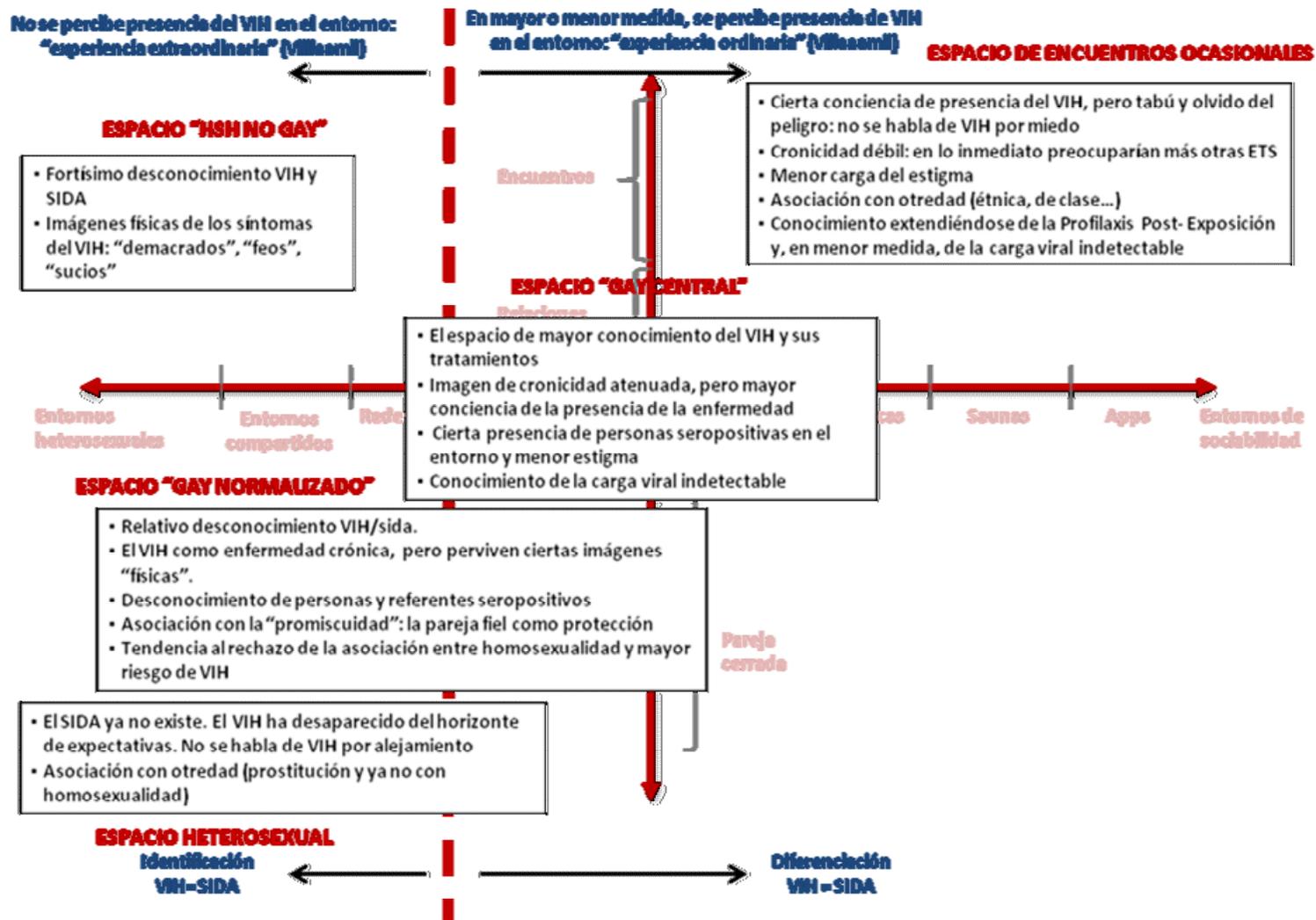
*Sí, "¿para qué me va a servir?"*

*Que te vas a comer la cabeza y... Que cuando yo esté disfrutando del contacto sexual que tenga, esté...*

*Sólo pensando en esto*

*... Pensando en el sida" (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

**Gráfico 6.1: MAPA DE LOS ESPACIOS DISCURSIVOS EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA Y SU IMAGINARIO**



## 6.4. ALGUNOS ASPECTOS MÁS CONCRETOS

Antes de seguir avanzando, queríamos señalar algunas cuestiones más específicas que complementan la aproximación que hemos realizado a los imaginarios y, sobre todo, a los grados de conocimiento del VIH/sida que existen hoy entre los varones jóvenes madrileños. En primer lugar, queríamos mencionar aquellas cuestiones sobre las que siguen persistiendo dudas y vacilaciones en relación, sobre todo, con las formas de transmisión del VIH, para pasar directamente a continuación a hablar de dos cuestiones recientes relacionadas con el tratamiento al VIH cuyo conocimiento estaría poco a poco extendiéndose y, en cierto sentido, contribuyendo a modificar las formas de comprender el VIH: el estado de carga viral indetectable y la profilaxis post-exposición. Por último, mencionaremos algunos vectores de transformación en las experiencias vitales y sexuales de los propios jóvenes que viven con el VIH, que no dejan de verse también sujetos a las grandes lógicas de transformación que estamos señalando.

### 6.4.1 DUDAS QUE PERSISTEN SOBRE EL VIH Y SU TRANSMISIÓN

Tal como venimos señalando, el desconocimiento y desinformación sobre el VIH/sida es mayor en determinados espacios de sociabilidad y entre determinados perfiles de jóvenes. El espacio que venimos denominando **"HSH no gays"** resulta el ámbito discursivo y sexual donde existe **un mayor desconocimiento incluso de la propia existencia y vías de transmisión del virus**. En particular, cuando encontramos en este espacio a personas procedentes de otros lugares del mundo donde la educación sexual resulta más deficiente, nos enfrentamos a jóvenes con un amplísimo desconocimiento respecto del VIH que, entre otras cosas, hace que no exista una conciencia de la misma necesidad del uso del preservativo en las relaciones entre varones y que su empleo, por tanto, se deje a "opción" del compañero sexual. Otros factores claros de vulnerabilidad, como la baja edad al comienzo de la vida sexual o el bajo nivel educativo, también realzan esta exposición a prácticas de riesgo:

*"Yo empecé a tener relaciones con 14 años y... al principio no sabía nada... No sabía para qué era el condón, porque yo pensaba que era sólo para mujeres por el embarazo. Entonces yo lo usaba porque algunos chicos se lo querían poner y yo hacía lo que ellos querían... Pero yo no sabía por qué"*  
(Pedro, HSH/transsexuales, origen marroquí, 20-22 años).

Las carencias informativas en torno al VIH están también presentes entre los **jóvenes heterosexuales** y entre **los HSH que ocupan el espacio de la "normalización"**. La des-información no parecería proceder aquí tanto de la auténtica carencia de información y educación sexual como de la no visibilidad y el alejamiento sentido del VIH/sida que venimos señalando, lo cual hace que parezca existir en estos perfiles un mayor grado de desconocimiento y confusión que en el

pasado cercano, en particular en tres cuestiones: no se conoce bien la diferencia entre VIH y sida; persisten ciertas imágenes de padecimiento físico; aunque se sabe que "ya no te mueres", continúa habiendo un amplio desconocimiento de los aspectos más concretos del tratamiento, persistiendo una imagen de graves efectos secundarios que pueden tener cierta expresión física. Estas vacilaciones, y muy particularmente la confusión entre VIH y sida, se extienden a casi todos los perfiles en el caso de los chicos más jóvenes, donde esta diferencia parece estar clara solamente para quienes están más cercanos al mundo asociativo:

*"TÚ HABLAS DE VIH Y SIDA INDISTINTAMENTE ¿NO?"*

*Es que a lo mejor no es lo mismo...*

*NO ES LO MISMO*

*Pues ves... Bueno, espera... ¿La diferencia es que una es tener el anticuerpo y otra es tener la enfermedad desarrollada, o algo así? Bueno... Yo no soy muy entendido en eso pero, o sea, creo que uno es el paso previo..." (Oscar, HSH, 23 años).*

*\*\*\**

*OYE, HABÉIS COMENTADO EN ALGÚN MOMENTO DE VIH... ¿VIH Y SIDA ES LO MISMO, SON COSAS DIFERENTES?*

*No...*

*Creo que VIH es que lo tienes y no... Pero no...*

*Es una pregunta trampa, ¿eh? (risas)*

*NO, QUE NINGUNO SOMOS AQUÍ ESPECIALISTAS*

*A ver, yo creo que el sida es el combo... Y VIH es como estar jodido pero no tanto... No sé, esa es la percepción que tengo...*

*A mí es que me parece que entre VIH y sida estás jodido igual [...]*

*VIH es como el término científico y sida hablamos más de... que es lo que tiene una persona y le está jodiendo la vida." (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

De todas maneras, incluso dentro del espacio que Fernando Villaamil llama de "experiencia cotidiana" del VIH, y que englobaría tanto al discurso "gay central" como a los perfiles que siguen el modelo de relaciones esporádicas, donde se darían mayores grados de conocimiento, persisten ciertas dudas y claroscuros que no quedan aclaradas del todo y que se expresan en los discursos mediante vacilaciones, quiebras del discurso o preguntas y debates con otros integrantes de los grupos. Tres son las principales "quiebras" que existen a este respecto.

En primer lugar, continúa habiendo una vacilación, una duda, respecto de la transmisión del VIH a través de **sexo oral**. Se tiende a pensar que la posibilidad de transmisión es muy pequeña a menos que haya eyaculación en la boca e incluso en este caso, el peligro se considera significativamente menor que en la penetración anal.

*"De todas formas lo de la lefa... Lo que la gente hace... Porque hay gente que le gusta que se le corran en la boca.... Pues que si no tragas... Yo no lo hago, pero se supone que si se te corren en la boca y luego lo escupes y luego te lavas con colutorio pues que no pasa nada. Yo no lo voy a hacer pero..." (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

Esto justifica el mínimo uso que parece haber del preservativo para el sexo oral, que apenas ningún joven ha declarado usar. Sin embargo, algunos chicos no acaban de estar seguros –la confusión más extendida a este respecto tiene que ver con el papel o la capacidad de transmisión que se encuentra en el **líquido pre-seminal**– y parecería que en ocasiones los propios mensajes preventivos o sesiones de counselling tras una prueba no terminan de aclarar la cuestión:

*"Luego vas a hacerte las pruebas del VIH, que yo fui la primera vez al COGAM, y te explican ahí una retahíla que tú: "¡Madre mía! Yo esto no lo sabía en la vida". "Con el sexo oral tal, con el sexo anal, tal...". Y tú...*

*Pero para cogerlo por sexo oral tienen que reunirse una serie de factores que...*

*No, pero no es tan difícil, ¿eh?, no es tan difícil.*

*Pero que yo no lo sabía, esos factores*

*Hombre, lo de que no es tan difícil...*

*Hay gente que lo coge. Hay gente que lo coge ¿eh?" (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

Otro aspecto que genera ciertas dudas tiene que ver con la diferente consideración en la exposición al VIH según la adopción en el sexo anal de **roles insertivos/receptivos**. Especialmente en los entornos más cercanos al modelo de múltiples relaciones esporádicas, se tiende a opinar que el rol activo apenas presenta riesgo y que es solamente quien ejerce de receptor en la relación sexual quien presenta riesgos de infección. Si bien existe aquí un apoyo en la evidencia científica disponible, cabe interpretar también, a tenor de lo que se discute en entrevistas y grupos, que no es este dato el único motivo para suponer esa desigualdad en la posibilidad de transmisión, sino que –al menos en parte– dichas consideraciones también tendrían que ver con los posibles roles de género presentes en los discursos y a la desigual capacidad de negociación de la relación

sexual que se asocia con los roles "masculino" y "femenino" vinculados respectivamente con los papeles "activos" y "pasivos" en la relación sexual.

Por último, como hemos mencionado anteriormente, se ha expresado en un cierto sector de los entrevistados una asociación simbólica dominante del VIH con la **sangre** antes que con otros fluidos. En grupos y entrevistas –sobre todo cuando más nos aproximamos al espacio heterosexual normalizado pero en mayor o menor medida en todos los perfiles– se multiplican las menciones a "heridas", "rozaduras", "gotas de sangre", etc. Es "en" la sangre, parece pensarse, donde está el virus, y en algunos casos se llega a plantear que si no hubiera sangre en la relación sexual no existiría riesgo. Esa misma mención a la sangre es la que repetidamente conduce a la idea de que el sexo anal resulta más peligroso:

*"Lo que pasa es que, cuando tú tienes relaciones sexuales con una persona que tiene sida, pues... si por un casual tienes una heridita, o mientras estás... mientras estás ahí en el acto tienes una rozadura o una... Pues eso es lo que te puede soltar la gotita de sangre que te hace falta para... ¿No? Yo creo que por ahí van los tiros, que por eso necesitas protección. O sea, si fuese perfecto y no pasaría nada, y todo está aquí bien lubricado, por así decirlo... a lo mejor no tienes nada, tienes la suerte. Y así lo que pasa mucho con homosexuales, que se han contagiado... precisamente por sexo anal, que suele ser bastante fuerte, por así decirlo, que puede producir heridas, pues eso es más propenso..." (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Esto no significa que se desconozca que el semen puede transmitir el VIH, sino que de forma tanto implícita como explícita tiende a destacarse mucho más la relación simbólica de VIH y sangre. La interpretación de esta recurrencia discursiva es compleja, y al menos en parte, podría relacionarse con la propia historia de la epidemia en España y la predominancia de la vía parenteral como forma de transmisión.

*"HAS DICHO QUE ANTES QUE TE HICIERAS LAS PRUEBAS Y ESO NO TENÍAS UNA... UNA IMAGEN MUY CONCRETA DEL VIH, DE QUE SI ERA ALGO QUE TE MATARA, QUE NO TENÍAS CLARA LA DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA... ¿QUÉ MEDIOS DE TRANSMISIÓN PENSABAS QUE HABÍA EN ESE MOMENTO? ¿QUÉ VIAS DE TRANSMISIÓN?"*

*Por la droga. Siempre lo asociaba con la droga. Porque siempre lo que escuchaba por la tele era de una persona toxicómana con VIH. Entonces siempre pensaba que era a través de la droga, de las jeringuillas...*

*¿LO ASOCIABAS MÁS A LA SANGRE O AL SEMEN O...?*

*A la sangre. A la sangre" (Edmar, HSH, VIH+, origen colombiano, 21 años).*

Pero también podría entenderse en línea con algunas de las cuestiones que venimos señalando, como la no visibilidad e "interioridad" del VIH. En cualquier caso, lo que sí parece evidente es que la sensación de alerta tras una práctica

sexual de riesgo se desarrolla con mucha más virulencia en el caso de que haya "heridas" o presencia de sangre y que, en ausencia de la misma, incluso con eyaculación, esa conciencia de peligro se relativiza en parte:

*"COMO ESAS ASOCIACIONES QUE YO CREO QUE TODOS TENEMOS EN LA CABEZA... ¿TÚ EL VIH LO ASOCIAS MÁS A LA SANGRE, MÁS AL SEMEN...? A NIVEL DE FLUIDOS..."*

*A los dos. No especialmente a uno más que a otro. Quizá más a la sangre. Pero tampoco mucho más, pero sí un poco más. O sea... Ya te he contado que en mi caso...*

*HABÍA SANGRE*

*Fue... Ahí ya hubo acojone, fue de "uh, esto...". "Si hay algo es fijo porque vamos, es que...". Sí, porque ya lo ves como más... Que no tiene nada que ver, pero... Pero quizá un poco más.*

*COMO QUE LA SANGRE ES UN...*

*Es más peligroso todavía. Me parece, vamos. De entrada, sí [...] Porque hay veces que hay prácticas que dices, o sea, esta práctica es muy peligrosa. Por lo que sea. Es que en mi caso pues hubo sangre también, así, pues por accidente, ¿sabes? y tal. Entonces era una cosa ya como bastante evidente. O sea, si hay riesgo, ahí va a ser sí o sí" (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).*

## 6.4.2. EL CONOCIMIENTO DE LA CARGA VIRAL INDETECTABLE Y LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN

Relacionadas con la mayor o menor información que se tiene sobre el VIH aparecen dos cuestiones que, de acuerdo con lo recogido en entrevistas y grupos, estarían actualmente en proceso de extensión de su conocimiento en diferentes perfiles de jóvenes gays (no así en heterosexuales). Dos cuestiones que, además de por su conocimiento específico, resultan relevantes por condensar buena parte de las lógicas de cambio que están produciéndose en el entorno del VIH. Por un lado, la difusión del conocimiento de que, en estado de carga viral indetectable, la probabilidad de transmisión del virus desciende sensiblemente; por el otro, la creciente información sobre la existencia de tratamientos "preventivos" tras una posible exposición al virus o práctica sexual de riesgo.

### El conocimiento de la carga viral indetectable

Según se ha evidenciado, el conocimiento del estado de carga viral indetectable y, de forma directamente relacionada, de la existencia de ciertas evidencias que apuntan a que en este estado el virus "no se transmite" estaría poco a poco extendiéndose entre ciertos perfiles de HSH, en concreto entre quienes socializan en los entornos gays centrales y, en menor medida, en entornos de relaciones esporádicas. En rigor, **son únicamente quienes viven con el VIH y/o participan de la vida asociativa quienes tienen un conocimiento más preciso de estas cuestiones**, pero en los espacios concomitantes sería una información que parece tener visos de extenderse en el futuro:

*"¿HABÉIS OÍDO HABLAR DE LA CARGA VIRAL INDETECTABLE? ¿DE SI SE TRANSMITE MÁS O... MENOS?"*

*Yo por la experiencia de mi ex, que es uno de mis mejores amigos ahora... Se fue a Amsterdam de Erasmus y tuvo relaciones sexuales con un chico con VIH y él me decía que tenía muy pocas posibilidades de pegarle nada porque la carga viral era menos que de un 0,2. O sea, que si se hacía unas pruebas... ahora mismo, la prueba rápida de detección de VIH ni siquiera saldría positiva porque tiene ... como... por defecto...*

*A mí honestamente me la suda... O sea si tienes la carga viral alta o baja... O sea, si tienes VIH no voy a tener relaciones sexuales contigo sin protección, es que..*

*¿LO DE LA PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN MÁS ALTA O MÁS BAJA SE SABE?"*

*Yo no lo conocía.*

*Yo creo que eso da igual.*

## *¿TÚ LO CONOCÍAS?*

*Algo... Pues lo mismo: que tienes posibilidades bajas de pillarlo... Pero es lo que opina él, para mí es igual... O sea, lo puedes pillar y tu carga puede ser baja, pero a lo largo del tiempo lo puedes desarrollar o no. Yo, en esos temas los desconozco un poco. Pero si lo sabe y se lo han dicho después como a tu amigo, pues muy mal por el chico... Se lo tiene que decir al principio... O sea yo las tengo bajas, pero por muy bajas que las tenga, pues te lo digo.*

*Yo ahí... Aunque haya un 0,00 de probabilidades, lo siento mucho, ya para mí es suficiente" (Rg 2, HSH, 21-24 años).*

Como se ve en esta cita (que por otro lado, resulta relativamente anómala, pues entre quienes no tienen VIH, casi siempre se ha recogido un gran desconocimiento sobre el tema), de momento esta información no alteraría significativamente la fuerza del estigma ni la "disposición" a practicar sexo sin protección con personas seropositivas. Sin embargo, como señalaremos más adelante, sí que estaría significando un cambio actitudinal entre quienes viven con VIH, en ese caso, sí que puede percibirse una creciente apertura a renunciar al preservativo cuando se logra dicho estado "indetectable".

### **El conocimiento de la Profilaxis Post-Exposición**

La otra información que, de forma más marcada, estaría actualmente en un proceso de difusión entre los jóvenes gays es la existencia de la profilaxis post-exposición (PpE). Cada vez se conoce más de ella y así, en varios de los grupos se menciona haber sabido recientemente de su existencia y/o se comparte esa información con los otros participantes. Al igual que con la carga viral indetectable, aunque de una forma más evidente, sería en los espacios más cercanos al discurso "gay central" y en el entorno de relaciones esporádicas donde se estaría difundiendo esta información.

La existencia de una suerte de "píldora del día después" o "vacuna", como se le denomina en algún caso, modifica en cierta manera la comprensión de las prácticas de riesgo y, junto con la concepción preventiva de la prueba, estaría creando un espacio emergente en el que la prevención sexual adoptaría crecientemente una **lógica "a posteriori"** –tras la realización de prácticas de riesgo. A ello contribuye igualmente el hecho de que la información sobre la PpE sea parcial e inexacta– lo único que se sabe es que esa "vacuna" "te lo quita", pero que existe una cierta reticencia oficial a administrarla, supuestamente por su alto precio:

*"¿Y HUBO ALGO QUE OS CHOCARA DE LO QUE OS CONTARAN [AL HACEROS LA PRUEBA], QUE NO SUPIÉRAIS...?"*

*Yo la primera vez eso, lo de los síntomas. Y no sabía que por sexo oral es muy difícil de contraer, muy muy muy difícil... Y sabes eso, más que la enfermedad en sí...*

*Pues a mí fue lo de la jeringuilla, lo de la vacuna esta que hay... que yo creía que no existía y decían: "no, es que no quieren decirlo porque es súper cara". Entonces la dan a...*

*Yo eso no lo sé.*

*Pues existe una vacuna que si has pasado menos de seis horas de la relación de riesgos puedes solicitarlo en el hospital. Y además te la quita en un 90%" (Rg 3, HSH, 25-29 años)".*

*\*\*\**

*"[He oído que] si tú mantienes una relación sexual de riesgo y te vas al Gregorio Marañón, que es donde está la sede anti VIH en Madrid, y te tomas dos pastillas retrovirales, es decir, doble carga, supuestamente eso debería de mantenerte, pero no se la dan a cualquiera, solo a gente que ha sufrido una violación y cosas así. Pero no sé hasta qué punto... Aunque siempre vas a ser mejor que nada. Si fuera así, realmente sería como una pastilla del día después, todo el mundo tendría siempre dos pastillas retrovirales en casa" (Dani, HSH, 28 años).*

Dado que, en grupos y entrevistas se ha repetido esa mención a "haberse enterado hace poco" de la existencia de la PpE, y que la información al respecto resulta muchas veces simplificada hasta resumirse en "una vacuna que te quita el VIH", cabe pensar en un **previsible aumento de las demandas de PpE** en el medio plazo, según los más jóvenes vayan teniendo acceso a esa información y empiecen a acudir, como señala retrospectivamente el siguiente entrevistado, a "acogerse al programa este de profilaxis":

*"Pero es verdad que hay un montón de cosas que no se conocen, así a gran escala. Como yo qué sé, la profilaxis por.... Post-exposición. O sea, que yo qué sé, si yo lo hubiera sabido cuando tuve la práctica de riesgo por la que me infecté... Porque bueno, por cosas de la vida hablé un poco con la gente de quien podía ser... También por avisar, ¿no? Y nada, cuando ya supe quien fue y tal... O sea, si yo hubiera sabido por ejemplo que eso existía, pues habría ido al día siguiente o esa misma noche al hospital y habría dicho: "me ha pasado esto y, yo qué sé, quiero acogerme al programa este de profilaxis". Y punto. Y a lo mejor no estaría ahora infectado" (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).*

### **6.4.3. LAS VIVENCIAS DE LOS JÓVENES HSH CON VIH**

Acabaremos este capítulo haciendo una breve mención a las vivencias y experiencia de los jóvenes HSH que viven con VIH. En el estudio se ha entrevistado a 9 jóvenes que viven con VIH, 4 autóctonos y 5 de origen inmigrante (cuatro latinoamericanos y uno africano), todos ellos diagnosticados a lo largo de los últimos 3 años y todos

por vía HSH. Además de esta presencia exclusiva de HSH, otro aspecto destacable de la muestra es la escasa presencia de jóvenes con VIH menores de 25 años: sólo dos chicos, y ambos de origen latino. El hecho de que no se haya logrado involucrar en el estudio a varones heterosexuales con VIH y las deficiencias en la representación de los chicos más jóvenes han de ser tomados no sólo como un reflejo de las lógicas epidemiológicas de la enfermedad, sino también como una señal de en qué espacios y perfiles persiste más el estigma alrededor del VIH. Estigma que influiría sobre los propios procesos de participación en una investigación.

En cualquier caso, aunque la muestra de entrevistados resulta reducida y nos obliga a tomar las siguientes afirmaciones con la debida precaución, sí que se ha expresado –en las narraciones que hacen los jóvenes con VIH, en la propia consonancia con el resto de transformaciones que venimos mencionando en el campo del VIH y en la coincidencia con otras investigaciones recientes que abordan cuestiones similares<sup>82</sup>– que también se habrían venido produciendo cambios significativos en las experiencias de las personas que viven con VIH, cambios que suponen que los jóvenes varones que se ven hoy diagnosticados de VIH viven algunas cuestiones nuevas respecto de lo que experimentaban en otras épocas las personas con VIH.

De forma particular, hay tres cuestiones que se han evidenciado en el estudio y que resultan cardinales a la hora de comprender las transformaciones que estarían produciéndose en la experiencia de tener VIH: **el carácter “innotado” de la enfermedad**; la **individualización de la enfermedad y del estigma**; y la **apertura creciente a las relaciones sexuales sin protección**.

---

82 Aunque sea para perfiles diferentes, como el caso de mujeres con VIH: Pernas, B, Román, M y Arévalo, E (2013) Mujeres con VIH/sida que están sometidas a Violencia de Género, Documentos Técnicos de Salud Pública, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid

## **La nueva experiencia de lo "innotado"**

Como también señalan otros estudios recientes que dan voz a las personas que viven con VIH, los avances terapéuticos y clínicos logrados en los últimos 10 años han modificado ampliamente la vivencia de la enfermedad. Frente a épocas anteriores, en las que los miedos y preocupaciones eran primordialmente médicos (sobrevivir, controlar el virus, soportar los efectos secundarios de la medicación, etc.), los pacientes diagnosticados recientemente se enfrentan hoy a lo que Conde y Santoro (2012) proponen denominar "**lo innotado**"<sup>83</sup>. Esto es, con los tratamientos actuales (tanto por su propia efectividad como por la desaparición paulatina de los efectos secundarios de la medicación), no es sólo que la enfermedad se haga crónica, sino que la experiencia de las personas con VIH que están en tratamiento prácticamente se "descorporaliza": casi deja de haber experiencias "físicas" que denoten al VIH, aparte del tratamiento (cada vez más simplificado) y del control médico rutinario (cada vez más leve). Así, la práctica totalidad de las narraciones de la "adaptación" a la enfermedad recogidas en la investigación se refieren en mayor medida a cambios en otros aspectos de la vida:

*"A nivel médico, pues con los tratamientos... Una vez que ya asumí en qué situación estaba y empecé a cuidar mi calidad de vida, a fumar menos, a cuidarme más, a tener menos excesos de fiesta y demás... empecé a hacer yoga otra vez... Las diferencias se notan más en otros ámbitos que en el puramente clínico" (César, HSH, VIH+, 29 años).*

La conjugación del control médico del VIH, la cronificación "innotada" y el acercamiento positivo al tratamiento conducen a que, en la mayor parte de los casos, **la visión de impacto del VIH sobre la vida tenga más que ver con cuestiones "psicológicas", emocionales y sociales (con el estigma, en último término) que médicas en sentido estricto**. Ante todo, la principal preocupación tiene que ver con el miedo a la soledad y a la exclusión de la vida sexual y afectiva - particularmente del efecto que el VIH puede suponer sobre la posibilidad de conocer a alguien y establecer una relación duradera. "¿Volveré a tener pareja?" es una de las primeras preguntas que venía a la mente de todos los entrevistados tras el diagnóstico.

*"Y además te planteas, en esa etapa en la que quedas con chicos y ves que no, y dices: ¡Joder! ¿Será como antes? O sea, ¿tendré un novio que sea negativo o tendrá que ser seropositivo porque sí, porque yo también lo soy?" (Ramón, HSH VIH+, 26 años).*

Al mismo tiempo, los entrevistados han tendido a expresar una **vivencia positiva del tratamiento**, que además se acompaña de una cierta sensación de "facilidad" en el mismo (aunque no eran objetivo de la investigación, no se ha mencionado

---

83 Conde, F., Santoro, P. y Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de Seisida (2012): "Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo", Revista Española de Salud Pública 86(2), 139-152

ninguna problemática sentida de adherencia). A través del ideal de carga viral indetectable, la mayor parte de los entrevistados expresaron haber tenido un deseo de comenzar cuanto antes con la medicación que contrasta con actitudes expresadas en investigaciones de hace pocos años, donde muchos pacientes preferían retrasar lo más posible el comienzo del tratamiento<sup>84</sup>.

Algunos profesionales entrevistados hablan de una **tendencia a una cierta relativización del impacto del diagnóstico**, según se va extendiendo la imagen más "debilitada" de la gravedad médica del VIH. La muestra reducida del estudio aconseja aquí una valoración matizada. Este menor "impacto" parecería haberse producido en algunos jóvenes, pero para la mayor parte de los entrevistados recibir un diagnóstico de VIH sigue siendo muy duro. Hay aquí diferencias claras por edades (con mayor impacto del diagnóstico y menor capacidad de ocultamiento<sup>85</sup> en varones más jóvenes, significativamente menos representados en la investigación), por vías de transmisión (mayor impacto para los heterosexuales, según expresan los profesionales entrevistados) y por grados de conocimiento (cuanta menor información, mayor impacto).

Aún entre quienes más se acercan a la idea de una "cronicidad débil", atenuada, la "desdramatización" relativa de la enfermedad no es completa, por supuesto. La persistencia del estigma frente a las personas con VIH genera aún miedos y situaciones reales de discriminación. Pero sí es cierto que se repiten menciones a vivencias menos negativas de la enfermedad e incluso, de forma más minoritaria, sensaciones positivas, de cambio vital "a mejor", algo que, por la propia "paradoja" sentida de atribuir consecuencias vitales positivas al VIH, se tiende a decir casi con la boca pequeña:

*"Ahora la verdad... es que mi salud es mejor que antes... porque ya sé que la medicación me daña el hígado y no quiero... Prefiero cuidarme... no beber, hacer ejercicio. Y sí que te cambia pero... Y también, por circunstancias de la vida, que vine al grupo de ayuda y conocí a varios chicos y tal... Y bueno, dentro del grupo uno de los chicos, ahora es mi pareja: llevamos dos años, vivimos juntos, tomamos la misma medicación... Y eso está muy bien... O sea, no sé, claro... Sé que suena raro y que alguna persona puede pensar.... Pero el virus del VIH cambió mi vida, y yo siento que la cambió para bien"* (Gustavo, HSH, VIH+, origen venezolano, 28 años).

\*\*\*

**"¿Y TÚ QUÉ CAMBIOS HAS NOTADO ASÍ EN TU VIDA, MÁS ALLÁ DE LO QUE ESTÁS DICRIENDO DE...?"**

---

84 Santoro, P; Conde, F (2013). "Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo", Revista Multidisciplinar del SIDA 1(1): 41-58.

85 Las condiciones de vida de los varones más jóvenes, y especialmente la convivencia en el hogar familiar, suponen una menor posibilidad de mantener el seroestatus en secreto a la familia.

*Pues psicológicos. Así, emocionales, afectivos... muchas cosas.*

*¿Y EN QUÉ SENTIDO O...?*

*A ver, pues por ejemplo... Te replanteas muchas cosas de tu vida, ya no sólo en el tema sexual o... qué sé yo, de parejas, sino también tus amigos, tu familia, tal. Porque te planteas todo nuevo un poco. O sea yo cuando me entero, pues pienso: "¿Qué hago, lo digo, no lo digo? ¿Me hago visible, no me hago visible? ¿Qué hago con esto?". Y claro, te hace plantearte muchas cosas también: cuando se lo he ido planteando a mis amigos pues han surgido temas... Nos ha sorprendido a todos, porque han surgido temas, no sólo de esto, sino luego, de nosotros... Y así con cada relación en concreto.*

*O SEA, REMUEVE UN POCO COMO TODAS LAS RELACIONES*

*Sí, sí, por lo menos en mi caso. Y no quiero... Vamos, no quiero decir que esto sea una bendición o algo así como: "Qué guay, me ha tocado la lotería". Pero, qué quieres que te diga, me han pasado más cosas positivas que negativas. Por ahora. O sea... En el tema, sobre todo, eso, emocional. Y conmigo mismo" (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).*

No todos los entrevistados han experimentado vivencias positivas con la misma intensidad. Pero sí que en estas declaraciones –probablemente impensables hace sólo unos años– se estaría reflejando una tendencia más general, que se observa con mayor o menor fuerza en casi todos los jóvenes con VIH y que tiene que ver con el menor "cambio de vida" percibido que en el pasado y la mayor continuidad con otras enfermedades más comunes:

*"No es que no me importe pero....procuro verlo como una enfermedad como es. Sé que debo tener cuidados y tomar medicamentos y hasta ahí. No me siento ni victima ni victimario...." (Israel, HSH, VIH+, origen mexicano, 29 años).*

Al mismo tiempo, esta vivencia de lo innotado no deja de tener sus ambivalencias y sus paradojas. Como señalan Pernas, Román y Arévalo, la vivencia abstracta e "innotada" de la enfermedad se acrecienta por el propio hecho de que la carga viral llegue a ser indetectable, algo que "aumenta su **carácter fantasmal y su ambivalencia**"<sup>86</sup>. Quizá sea esa perplejidad y cierta incompreensión que implica el estado de "indetectable" el que explique, al menos en parte, el relativo retorno de tesis cercanas al negacionismo y de opiniones fuertemente críticas contra la industria farmacéutica que señaló algún profesional entrevistado:

*"Cada vez veo más el peso que están teniendo los negacionistas frente al VIH. Mucho miedo. Conozco muchos casos de hombres diagnosticados que*

---

86 Pernas, B, Román, M y Arévalo, E (2013), op.cit, pág. 92

*han renunciado al tratamiento. Y te hablo de gente de menos de 33 años. Bastantes casos. Y desde discursos de que recurren a Internet, a redes sociales. A documentales seudocientíficos, como "The House of Numbers", que lo cogen como si fuera la Biblia..." (Entrevista asociación).*

Si bien en el curso de este estudio esas opiniones no se han manifestado con mucha fuerza, sí que han aparecido en algunos jóvenes ciertos rastros de "sospecha" que se ponen directamente en relación con el estado ambivalente que supone el estado de carga viral indetectable ("si te dejan con dos copias, ¿quién te dice que no podrían...?"):

*"Hay una corriente de científicos que ponen en duda la existencia del VIH como tal... Y te digo, que yo no descarto que sea un invento de la industria farmacéutica. Porque es que si te dejan con dos copias ¿quién te dice que no podrían ya...? Pero es que con eso tienen clientela de por vida... Pero vamos, que tampoco me arriesgo a dejar de tomar la medicación" (César, HSH, VIH+, 29 años).*

### **La individualización de la enfermedad y el estigma**

Como hemos señalado, a pesar de la mayor "invisibilidad social" del VIH/sida, **las lógicas del estigma siguen operando**<sup>87</sup>. El seroestatus se revela a pocas personas, siendo la cuestión de la revelación a una posible pareja, que ya hemos indicado, la "piedra de toque" más sensible a este tema. Cuando el estado serológico se revela ampliamente o se "descubre" a otras personas, muchos hablan de "juicios moralistas" ("¿Pero cómo se habrá infectado éste?") y hasta de experiencias de discriminación como la que cuenta César:

*"Se lo he comunicado a familia, a amigos...Tampoco voy con una chapita que ponga: soy VIH positivo pero... pero no oculto mi enfermedad, porque considero que, bueno, que en determinados ámbitos es mejor que la gente que tengo cerca sepa lo que tengo y pueda entender que, en un momento dado, si tengo un bajón de defensas sepa que es debido a esto [...] Puedes vivir con normalidad, pero relativamente. Tienes que batallar todos los días con según qué cosas. Yo hace un año perdí un puesto de trabajo por ser VIH positivo. Porque se enteraron por unas pruebas médicas rutinarias de la empresa y... Dos semanas después me vinieron con un motivo que, evidentemente, "no tenía nada que ver con esto" y me dieron la carta de despido para firmar. Pero vamos, que después de 6 meses de trabajo, todo perfecto... y de pronto te hacen unas analíticas y a las dos semanas..." (César, HSH, VIH+, 29 años).*

---

87 La tesis doctoral de María Jose Fuster – aunque no se centre en los jóvenes ni diferencie entre periodos o fases de la epidemia y de la percepción social del VIH/sida – supone una indagación detallada en las lógicas del estigma y de su vivencia por parte de las personas con VIH: María Jose Fuster, La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento, Tesis Doctoral, Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, UNED; 2011

Sin embargo, en los discursos de los chicos con VIH entrevistados pueden encontrarse diversas ideas, anécdotas y planteamientos personales que apuntan a una cierta menor relevancia personal de la experiencia del estigma, debida no tanto a la desaparición real del mismo como a la **mayor capacidad percibida de gestión individual de la comunicación del seroestatus**. Dado el control médico de la enfermedad y la proscripción de los efectos secundarios visibles como la lipodistrofia, así como la propia simplificación técnica de los tratamientos<sup>88</sup>, es hoy más posible para una persona con VIH pasar totalmente “desapercibida”, no ser “notado” por los otros. En los jóvenes entrevistados se detecta así una menor preocupación por la visibilidad, entendiéndola más como una estricta decisión “personal” y no tanto, como podía ocurrir en otros momentos históricos, como una decisión “política”.

En ese sentido, la visibilización o invisibilización del seroestatus es, aún más que en el pasado una decisión personal. El juego, en ese sentido, entre revelar/no revelar, entre “decirlo” o “no decirlo”, se sitúa más en el terreno de la opción individual, habiendo desaparecido las señales externas que en el pasado podrían “revelar” de forma no deseada el seroestatus a otras personas y que tanta angustia causaban a los pacientes con VIH, así como la “paranoia” pública sobre el tema. Nos encontramos así con una cierta menor relevancia personal de la enfermedad, que hace que la identidad personal no tenga que reducirse forzosamente al VIH, que – como dice Gustavo, un chico de origen venezolano diagnosticado hace 3 años en España– ser seropositivo no tenga ya por qué ser “una forma de vida”:

*"Yo es que no siento que sea necesario que la gente lo sepa... Es como si tienes diabetes, que a la gente no tienes por qué contárselo. No siento que sea mi... mi forma de vida, no es que sea: "Hola, soy Gustavo y soy seropositivo. No" (Gustavo, HSH, VIH+, origen venezolano, 28 años).*

\*\*\*

*"¿TÚ TIENES GRINDR?"*

*Sí, sí. Tampoco uso mucho... Depende del día, de la situación. Yo ahí por ejemplo, de entrada no digo... Lo que pasa es que...*

*SÍ QUE HAY GENTE QUE EN LOS PERFILES PONE QUE ES POSITIVO O... ¿NO?*

*Sí, hay gente... A mí me gusta, vamos, yo soy de la opinión de que lo acabaré poniendo, lo que pasa es que también primero quiero que todo mi círculo... Porque queda gente con la que tengo que hablar, no quiero... [...]*

---

88 La simplificación del régimen de medicación resulta crucial a este respecto, pues incluso hace pocos años, cuando la efectividad de los antirretrovirales era ya grande y los efectos adversos más evidentes estaban casi prosritos, la complejidad de administración de los tratamientos de administración compleja (múltiples pastillas en diferentes momentos del día, condiciones de conservación estrictas, etc.) continuaba siendo un factor de visibilidad que ponía de manifiesto la amenaza del estigma.

*Entiéndeme, no es que yo lo desee ni que crea que es importante, pero si surge algo, pues poder comentarlo normalmente, porque no me apetece esconderme de nada ni de nadie. Pero sí, yo estoy a favor de... Es que tampoco pasa nada, no sé. Yo he visto además un par de perfiles, que hay gente que simplemente lo dice, y había... Yo vi hace poco, como hace diez días o así, no me acuerdo en qué página... Pero era súper interesante, porque el tío explicaba: "bueno, pues soy VIH, pero vamos, estoy medicado, no sé qué, soy indetectable...". O sea, el tío lo dejaba todo como súper claro, decía: "ya lo que quieras depende de ti, a mi me da igual, yo te informo, yo no voy a poner puertas al campo...". Pero el tío súper majo, y súper abierto, muy sincero... No sé, me mola. Pero bueno, en general en los perfiles y todo eso, estas cosas, yo creo que... Y en general, ligando por ahí, es que tampoco se dice, no sé cómo decirte. Prefieres pensar... Te proteges y ya está. Usas condón, o lo que sea, o... Y ya está. Porque es que... No sé"* (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).

Por otro lado, queríamos indicar un cambio que también destacan otras investigaciones: si bien continúa dándose en algunos chicos con VIH un acercamiento al entorno asociativo y al activismo, es una lógica que parecería irse produciendo cada vez menos. Incluso reclutando a los participantes en el estudio a través de asociaciones, sólo uno de los 8 chicos con VIH entrevistados había pasado a tomar un rol más o menos activo en una asociación. Como señala la ya citada investigación de Pernas, Román y Arévalo, "la politización de la enfermedad en sus orígenes ha desaparecido, lo que lleva a una mayor soledad de cada paciente con su problema".

Es quizá dentro de esta individualización de la experiencia de la enfermedad desde donde pueden entenderse las necesidades renovadas de atención psicológica, de apoyo, de atención más integral, etc. que hacen muchos chicos con VIH, así como la demanda a las instituciones públicas de campañas contra el estigma, de presentar referentes positivos, etc. Demandas y expectativas que, evidenciando la necesidad crucial de los grupos de apoyo y autoayuda que mantienen las asociaciones, abren este terreno de la atención más integral a la posible intervención desde otras instancias sanitarias como pueda ser la propia Atención Primaria.

### **Creciente apertura al abandono del preservativo en sus relaciones sexuales**

De cara a los objetivos principales del estudio, las menciones a las lógicas de vida sexual entre los chicos jóvenes con VIH arrojan un aspecto crucial: algunos profesionales entrevistados dijeron estar percibiendo una **tendencia hacia el abandono del preservativo por parte de chicos con VIH en tratamiento**<sup>89</sup>.

---

89 Esta apertura de los jóvenes seropositivos al sexo sin protección, por mediación de la idea de no transmisibilidad en estados de carga viral indetectable, se evidencia en diversos estudios recientes, tanto cuantitativos (Folch C, et al., 2013, "Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual" *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.017>) como cualitativos (Fernández Dávila, P. y Morales Carmona,

Sería este perfil específico, como se señala en la siguiente cita, quien renuncia al preservativo como decisión consciente y consistente, y no tanto en la forma de "lapsos" o "deslices" que apuntan la mayor parte de chicos entrevistados a este respecto.

*"Yo te hablo por lo que conozco: las personas que tienen sexo desprotegido son quienes tienen VIH y están en tratamiento y tienen información. Por el entorno en que trabajo, yo lo que veo es que quienes tienen sexo desprotegido casi siempre son ya positivos y tienen información muy alta. [...] Aquí en España no ha colado mucho la corriente bareback como tal, como definición. Aquí se le dice "apeleros", o BB, que pone en muchos perfiles: "Fulano", o "Pedro BB"... Yo, ya te digo, los apeleros que conozco son personas que están infectadas, tienen tratamiento, son indetectables... Y de vez en cuando se hacen su chequeo de ITS, su screening, para ver que está todo bien. Pero son conscientes, lo asumen... Porque les aburre el uso del preservativo, les aburre el mensaje preventivo..." (Entrevista Asociación).*

En la muestra entrevistada para nuestro estudio, esta opción decidida y consistente por el sexo sin protección entre chicos con VIH no se ha expresado de una forma tan marcada y clara, como una opción "identitaria", como si dijéramos. Generalmente, de hecho, estos jóvenes declaran una primera reacción de abandono, o cuanto menos, limitación de la vida sexual tras el diagnóstico. Actividad sexual que, posteriormente, si parece tender a recuperarse. Ahora bien, más allá de esta dimensión, en la investigación, en línea con lo señalado por este profesional, los jóvenes con vih sí han repetido las menciones al papel que cumple la situación de la carga viral indetectable en el retorno a la vida sexual y, cada vez más, con menores ansiedades relacionadas con la transmisión o la reinfección:

*"Sí, además luego también intentaba quedar con alguien y era un fracaso total. O yo no conseguía empalmarme o no conseguía relajarme y estar cómodo, estaba todo el rato, joder, aquí tengo una herida en la mano, no le vaya a tocar...Yo qué sé, estaba más pendiente de todo, que al final era totalmente absurdo. Y las veces cuando ya conseguí sentirme cómodo y eso, fue sobre todo cuando la carga viral me bajó y las defensas me subieron, que fue como a los cinco meses o así. Y ya se iba como espaciando todo a la hora de hacerme analíticas, se iba como normalizando, en plan ya estás mejor, ya no hace falta que vengas dentro de 15 días a repetir las, ya dentro de dos meses. Y era como descanso mental total, hasta dentro de dos meses no tengo que volver a preocuparme en plan ir rayado todo el día. Y eso, me acuerdo de la analítica que ya salió bien, me dijo el doctor que hasta dentro de cuatro meses, que es lo normal, no vuelvas, estás perfecto. Y yo le preguntaba, pero ¿Y las defensas y eso? Tienes las mismas defensas que una persona normal, una persona sana y la carga viral indetectable, y ya era como: "Uff..."*

*¿CUANDO TE DIJERON LO DE LA CARGA VIRAL INDETECTABLE TÚ YA SABÍAS LO QUE ERA?*

*Sí, ya me lo habían explicado, y lo de las copias, hasta tantas copias es indetectable y los CD4 si no bajan de... No me acuerdo. De 400 o...*

*Y A PARTIR AHÍ, POR LO QUE DICES, YA SUPUSO UN RELAX GENERAL EN CUANTO A TU VIDA SEXUAL TAMBIÉN, ¿NO?*

*Sí, yo hasta ahí todo normal, seguí teniendo cuidado con el preservativo pero ya..." (Ramón, HSH, VIH+, 26 años).*

Así, parecería que a partir de las informaciones sobre la transmisión "mínima" en estado de carga viral indetectable se estaría avanzando en un progresivo alejamiento de los jóvenes con VIH respecto del preservativo como mandato absoluto. Primero, el abandono del preservativo se habría producido en el entorno de la pareja estable seroconcordante: actualmente, en una pareja donde ambos están indetectables el preservativo habría desaparecido junto con el miedo a la reinfección:

*"Pero al principio también nos daba miedo tener relaciones sexuales entre nosotros, porque no sabíamos muy bien cómo funcionaba lo de la reinfección. Entonces pensábamos que no queríamos perjudicarnos el uno al otro, porque tú estás tomando una medicación, yo estoy tomando otra. Y digo yo: a ver si yo te voy a pasar mi virus, tú me vas a pasar tu virus, me va a dejar de hacer efecto la medicación y vamos a echar todo... ¿sabes? Y eso, en un principio fue así. Luego ya, pues fuimos al médico juntos, empezamos a buscar información y tal, y vimos que en un principio, pues que si los dos estábamos indetectables y teníamos... defensas bien, pues que podíamos tener relaciones sexuales..."*

#### *SIN PRESERVATIVO*

*Sin preservativo. Entre nosotros. Entonces, en un principio fue como más natural. Nos liberamos, fue como más placentero todo, mucho más llenador en ese sentido" (Edmar, HSH, VIH+, 21 años).*

De acuerdo con la expansión de las personas con vih y con carga viral indetectable, puede pensarse que crecientemente estaría apareciendo la "tentación" de abandonar el preservativo también con otros perfiles: con parejas estables serodiscordantes o con parejas esporádicas de las que no se sabe el estado:

*"Yo siempre he tenido un par de amigos que... O sea, conocidos, y siempre he conocido gente con VIH y... Y luego he tenido también relaciones con gente con VIH, o sea, que tampoco... Siempre es diferente a cuando te pasa a ti, eh, porque... Pero qué sé yo, hace unos años [antes de tener VIH], tuve relaciones con un chico que tenía VIH y... Súper bien, o sea, yo no tenía*

*ningún problema. Teníamos que tomar las precauciones que teníamos que tomar en ciertas cosas. Y yo qué sé, hubo una época también que era indetectable y ya podíamos ir más libremente... ¿no? Sin estar tan pendientes de frenar cosas y tal" (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).*

Todo esto implica que **resulta necesario abordar de una u otra manera la prevención secundaria con los jóvenes HSH que tienen VIH, cuyo abandono del preservativo estaría, como mínimo, exponiéndoles a otras ITS (sin entrar a considerar la posibilidad de transmisión del virus a otros ni de reinfección)**. De hecho, varios de los chicos entrevistados manifiestan haber tenido diversas ITS ya teniendo el VIH, sin percibir ninguna continuidad entre ambas cuestiones ni expresar excesivo "miedo" a las consecuencias de salud de tener una ITS (con la excepción de la Hepatitis C)<sup>90</sup>:

*"POR LO QUE DECÍAS, TÚ SÍ QUE HABÍAS TENIDO OTRAS ITS, CLAMIDIA...*

*Sí, fue lo primero que tuve, no da síntomas de ningún tipo y nada, me dieron una pastilla y ya está, solucionado*

*¿EN TU CABEZA HABÍA ALGÚN TIPO DE RELACIÓN ENTRE EL VIH Y OTRAS ITS?*

*No, yo no pensaba que se contagiara por... Que puede ser o que no. Yo, por ejemplo, cuando me contagié de VIH fue solo de VIH y, bueno, tuve también un gonococo como a los 19 años y así... Bueno, a partir de ahí gonococos he tenido varios, además, no sé por qué, es una cosa que cojo con bastante facilidad" (Ramón, HSH, VIH+, 26 años).*

\*\*\*

*"Luego reconozco que hemos tenido que ir al médico porque hemos tenido infecciones sexuales del tipo de... gonococo, clamidiasis, todo este tipo de cosas. Pero nunca hemos tenido ni despuntes de carga viral ni nada. Abrimos un poco la veda y empezamos a tener relaciones sexuales con otras personas y... Pero fue muy... bastante frustrante porque en seguida empezamos a comernos la cabeza y empezamos a escuchar noticias de que se está disparando el número de infectados por hepatitis C..." (Edmar, HSH, VIH+, origen colombiano).*

---

90 Al menos un estudio reciente llevado a cabo con personas que viven con VIH/sida ha detectado una asociación estadística entre la creencia en que la carga viral indetectable reduce significativamente la transmisión y la contracción de alguna ITS en los seis meses anteriores: Kalichman, S.C et al, "Sexually transmitted infections and infectiousness beliefs among people living with HIV/AIDS: implications for HIV treatment as prevention" HIV Medicine, Volume 11, Issue 8, September 2010, Pages 502-509

## 7. LA IMAGEN Y REPRESENTACIÓN DE LAS ITS

---

Una vez acabado este recorrido por las actuales lógicas de percepción, conocimiento e imaginario del VIH entre los varones jóvenes, pasamos ahora a analizar el conjunto más amplio de las ITS, tal como han aparecido en el discurso de los jóvenes. Para acercarnos a ellas, lo más útil es exponer el contraste que se repite una y otra vez en los discursos entre el VIH y el resto de ITS. Es, de hecho, a través de ese juego de oposiciones cómo se construye en la investigación la imagen de la mayoría de ITS.

Evidentemente, desde el punto de vista simbólico, en el discurso espontáneo de la mayor parte de los jóvenes entrevistados, el VIH/sida sigue siendo la más importante de las ITS. Esto es, el VIH/sida no sólo "pertenece" a la clasificación de las ITS y ocupa al mismo espacio simbólico que las demás, sino que destaca por resultar la más temida de ellas. Al mismo tiempo, en el análisis podemos observar cómo la construcción simbólica de las ITS, en su imagen más global, procede por contraste del VIH/sida:

- Mientras que los jóvenes heterosexuales consideran que el sida ha desaparecido y para los HSH tendría hoy una menor presencia, las ITS parecen ser **una realidad presente** para los jóvenes, son algo que en mayor o menor medida forma parte de la vida sexual "normal". Especialmente para los HSH, donde la práctica totalidad de los entrevistados habla con normalidad y cierta "cotidianidad" de las ITS, pero también entre los heterosexuales que también hablan con cierta normalidad de las mismas.

*"¿Y EN EL ÁMBITO DE LAS ITS? ¿HAY ALGUNA MÁS PREOCUPANTE?"*

*Yo sinceramente no.*

*Yo, la candidiasis... porque mi pareja tuvo... pero, claro, yo no sabía eso hasta que me lo dijeron porque a mi pareja, lo que le pasó es que, es lo que le dijo el médico, que al tomar antibióticos, estuvo un tiempo con antibióticos, y la flora le bajó y produjo... o sea, la flora vaginal, y produjo que... vamos, favoreció que... el crecimiento del hongo... Pero porque es un hongo que está siempre y, entonces, claro en ese momento aumentó... Ella se lo notó porque tenía cistitis, le dolía al hacer pis y tal, y fue y le diagnosticó eso, pero claro, en ese momento si yo no hubiera tomado protección me la habría pasado... por eso yo lo veo más cerca, esa precisamente. El VIH y las otras no... porque no he tenido constancia de momento que...*

*¿Y VOSOTROS?*

*Yo estoy de acuerdo con él en lo que dice de la candidiasis porque es algo que vive en nuestra flora, entonces te puede pasar en cualquier momento. O sea, en cualquier momento puedes ser propenso al crecimiento de estos bichos... Entonces es como que no te tienes que preocupar. Te tienes que preocupar de que la otra persona lo sepa, que tenga que ir al médico, que tenga que sacarse la receta para el tratamiento... pero no es algo de lo que haya que preocuparse en demasía.” (Jóvenes 21-24 años. Heterosexuales autóctonos. C. M.).*

Tal como se apunta en el texto anterior, fue relativamente común en las entrevistas y grupos realizados la referencia a conocer a hermanos, amigos o compañeros directos de ambos sexos que han sufrido alguna ITS o a haberla tenido personalmente. Existe, por tanto, una sensación de presencia en el entorno que hace que, a diferencia del VIH, las ITS formen parte de lo cotidiano y en cierta medida desplacen al VIH como objeto de preocupación:

*“Yo, un amigo mío tuvo gonorrea y pensaba: “¡Uy! La gonorrea”. Pero el otro día descubrí que un chico tenía sífilis y dije... Pues al final vas a tener que estar pendiente de todas... Casi el VIH se te va a olvidar más por el hecho de decir ¡joder! Si puedes coger no sólo esta, que la tenemos ahí, en el altar por ser la más gorda... Pero que también hay otras, que se curan pero duelen y...” (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

- Mientras que el VIH es una enfermedad crónica, “sin cura”, las ITS son **curables** y generalmente con **mucha facilidad**<sup>91</sup>. Puede ser que “duelan” un poco, como se dice en la anterior cita, pero casi únicamente la sífilis evoca imágenes de tratamientos más agresivos y molestos, y esto en el “raro” caso de no haber sido detectada a tiempo. Por ello, la norma de uso del preservativo resulta mucho menos interiorizada en relación con el resto de ITS:

*“Yo, honestamente, uso condón para el VIH... O sea, el resto de enfermedades sexuales, tengo entendido y sé que... O sea que son...que se...*

*Tienen cura.*

*O sea, que se pueden curar... Entonces, pues bueno... Es como si voy por la calle y me cojo un resfriado, pues no sé... O sea, puedo coger una bufanda pero si no me pega con lo que llevo... O sea...” (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

\*\*\*

*“Yo unos días después de que yo tuviese una relación con una amiga que conocía, me empezó a picar y tal, y dije “¡hostias!, aquí pasa*

---

91 La única excepción es la hepatitis, que solamente apareció en el discurso de los jóvenes con VIH y que la mayor parte de jóvenes no tenderían a considerar dentro del conjunto de las ITS

*algo". Y ya me entró la neura y dije: imposible... Y unos días después, hablé otra vez con la chica y le dije... Como que a ella la vi con intención de preguntarme algo pero que no quería decírmelo... Y ya nos lo dijimos, y resultó que a los dos nos pasaba lo mismo. Y yo me cabreé un montón porque yo no tenía nada, y de eso estaba segurísimo porque llevaba mucho tiempo sin hacer nada (Risas). Y eso sí que me cabreé... Y lo tuve que hablar con mis colegas, así en plan de ime ha pasado esta historia!... Pero no como algo malo, sino como que ha pasado: "ve al médico, que te van a dar una pomada, vas a estar dos semanas dándote una cremita y ya..." (Rg 1, Heterosexuales, autóctonos 21-24 años. CM.).*

- Hay una sensación extendida, que se repite en entrevistas y grupos, que apunta a que sería "raro" no darse cuenta de que uno mismo u otro tienen una ITS y que se explica por la concepción de las mismas como visibles. Mientras que el **VIH es invisible**, tiende a pensarse en el resto de las **ITS** como **visibles** y **(relativamente) fáciles de identificar por uno mismo y, las más graves, también por otros** (emiten signos corporales, como las "manchas" en la tripa de la sífilis o los "granos", o bien generan picores y escozores en el pene o el ano).

*"LO QUE MÁS OS PREOCUPABA ERAN LOS EMBARAZOS.*

*Hombre, con tu pareja estable, seguro... A no ser que tuvieras una relación esporádica y con alguien que ni conoces: igual te preocupas algo más de las ITS que de la otra cosa... También el embarazo, pero te preocuparía más eso.*

*Yo creo que si lo haces y ves que no te ha pasado nada raro, en unos días te quedas tranquilo... Si da la casualidad, justo unos días, de que empieza a pasar algo, que te empieza a picar... Entonces ya te empiezas a montar una película: "¡Me ha pegado algo!" (risas) y te pones nervioso. Como que no te fías de la ITS hasta que no ves que pasa algo. Como que si no lo vieras, no está. Es un poco así, si no lo veo no existe" (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

\*\*\*

*"ANTES TÚ DECÍAS QUE NO TIENES MUY CLARO QUÉ SÍNTOMAS TIENE CADA ITS...*

*Sí... O sea, lo que yo sé es que si me veo sano, estoy bien [...]*

*El caso con las ITS es que físicamente te sientes mal. Y mal. Que si no te sientes mal, no te sientes limitado..." (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

- **Sin estigma:** con la relevante excepción de la sífilis –que únicamente en los espacios de encuentros esporádicos es tratada con "cotidianidad" y que aún suscita en general sospechas, alarmas y juicios de valor– la mayoría de las

ITS no suponen una estigmatización directa. Así, especialmente entre los HSH pero también entre heterosexuales, se reconoce con cierta facilidad haber padecido alguna personalmente, especialmente las clasificadas como más leves. Además, aunque sigue existiendo una asociación simbólica entre **ITS, promiscuidad y prostitución**, el vínculo esencial que se hace de las ITS es con la **"falta de higiene"**: las ITS se asocian primariamente con suciedad<sup>92</sup> y la sanción moral de las mismas es claramente menor que la que se hace del VIH. Incluso por parte de quienes se hallan más instalados en el modelo de pareja estable, la asociación negativa con la "promiscuidad desordenada" se complementa con un situar las ITS en momentos vitales de soltería, lo que también implica una sensación de posible exposición personal. Esto rebaja la censura moral en el caso de que la ITS se dé en alguien que esté en ese momento sin pareja. En el caso de las parejas abiertas, las ITS de menor gravedad se integran muchas veces como una especie de contingencia, de "pequeño" riesgo que viene asociada a la experimentación sexual y al placer.

- Aunque las imágenes del sida pertenezcan al pasado, continúan teniendo relativa fuerza en el imaginario. Por el contrario, **las ITS son pobres en el imaginario**: *"son como algo abstracto, no les pongo cara"*, se dice en una entrevista (Javier, HSH, 21 años). La sífilis es, una vez más, la única que, con matices y con menor fuerza entre los más jóvenes, posee algunos restos de imágenes simbólicamente poderosas (el siglo XIX, la locura, las enfermedades "venéreas"...), que, por otro lado, se piensan totalmente superadas.
- Tendencialmente aparece una asociación simbólica relativa del VIH y las ITS con diferentes tipos de relación sexual. El **VIH** se asociaría a lo **anal** y a la **penetración**, especialmente con presencia de sangre, y la sensación es que existen muy pocos casos de transmisión vinculados al sexo oral. Por el contrario, las **ITS** se asociarían menos con la penetración y más con el **sexo oral**, incluso sin eyaculación.

*"LA TRANSMISIÓN DEL VIH, ¿POR QUÉ VÍA VIENE PRINCIPALMENTE, SEGÚN VUESTRO PUNTO DE VISTA?"*

*Yo creo que anal*

*Anal... Yo por eso me pongo condón*

*Pero no porque no te lo puedan transmitir haciendo una mamada... Sino que es que en realidad, los factores para que se te pase haciendo una mamada tienen que ser muy específicos: él tiene que*

---

92 Como ya señalamos anteriormente en relación con el VIH, desde los sectores de clase media-alta, esta asociación se continúa en una cadena simbólica con lo extranjero y la "otredad" étnica, que en el mundo gay parecerían operar principalmente sobre los latinos.

*tener una herida, tú tienes que tener otro sitio donde se te pueda meter la sangre, encima tiene que tenerlo... Además, que tiene que haber sangre, que es todo muy rebuscado. En cambio, en el sexo anal pues lo das por hecho. No hay otra...*

*Aparte de que en el sexo anal, en la penetración, suele haber... O tiendes a haber más posibilidades de que haya sangre" (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

- Por último, esta construcción de la imagen de las ITS por oposición a la imagen del VIH también nos indica algo relevante: con la excepción de la sífilis (que como hemos visto ocupa un espacio algo más intermedio) y a pesar de la evidencia científica a este respecto, **no hay una continuidad simbólica entre el VIH y otras ITS**; las ITS no se conciben como "signo" o "puerta de entrada" al VIH. Únicamente los perfiles más "hipocondríacos" dentro del modelo de pareja cerrada podrían entender el signo de infidelidad que supone una ITS en la pareja como posible vía de entrada del VIH en la relación, pero a tenor de lo recogido en la investigación, incluso en ese caso la sospecha no es habitual. Algo comprensible dada la distancia en las representaciones de VIH y ITS que acabamos de exponer.

Todo lo señalado indica cómo, a pesar de la sensación de mayor presencia en el entorno y posibilidad de exposición personal, la mayor parte de las ITS generan mucho menor temor que el VIH y para casi todos los perfiles, preocupan poco desde una perspectiva de salud. La **excepción**, en cierto modo paradójica, la encontramos entre quienes llevan una vida sexual instalada en el espacio del sexo "nómada", con un alto número de parejas sexuales esporádicas. En este caso, las ITS con mayor gravedad relativa no pueden integrarse dentro de la sociabilidad sexual habitual: bien porque se asocian con un cierto "detractamiento" de la imagen personal o "fealdad" (Rg 5, HSH, 20-21 años) y pueden resultar visibles a los posibles compañeros sexuales, bien porque sus síntomas impiden directamente la relación sexual durante la curación. Esto explica por qué se dice que **ciertos perfiles de HSH jóvenes con más frecuencia y diversidad de relaciones sexuales "casi" temerían más en lo inmediato a otras ITS, como la gonorrea, que al propio VIH.**

*"Hay gente que ni se preocupa, se preocupa mucho más por otras enfermedades que directamente sí que pueden ser... que te pueden afectar más o más rápidamente. Como una gonorrea. Que una gonorrea, aparte de darte síntomas, te evita poder mantener relaciones sexuales en las próximas semanas. O una sífilis o un tal." (Dani, HSH, 28 años).*

### **La clasificación de las diferentes ITS**

**La principal distinción interna entre las ITS** se hace por relación a la gravedad, de modo que en el discurso de los jóvenes se generan dos grandes grupos: las más graves y las más leves.

Por un lado, **las más graves**, que se relacionan en mayor medida con procesos "internos" y que requieren tratamientos de más severidad, tales como la **sífilis**, la **sarna** (evocada solamente en el espacio de relaciones esporádicas) o, en menor medida, la **gonorrea** (que tiende a ser considerada de mayor levedad y que se identifica invariablemente con la expulsión de pus al orinar).

La **sífilis**, en particular, se considera la más grave de todas las ITS y es la que en mayor medida se entiende en una cierta continuidad con el VIH. Entre los HSH (no entre los heterosexuales), muchos conocen en mayor o menor medida su manifestación por etapas y creen poder reconocer sus signos visibles.

*"La sífilis es jodida.*

*La sífilis si no te la pillan a tiempo te puedes..*

*Puedes palmarla*

*Puedes palmar*

*La sífilis tiene tres grados [...] cuando ya directamente vas al hoyo, son las pústulas estas...*

*No, yo lo que sé es que si te sale una mancha en la planta de los pies o aquí, en la tripa, eso es como la segunda fase, que eso se cura con un pinchazo y ya está.*

*Es que yo luego creo que están los mitos de las enfermedades, de: "te sale esto..." (risas). Que no sé.*

*No, porque ésta me lo ha contado un amigo que curra en tema de... de ayudar a gente con sida y tal. Y me estuvo contando que a una persona, a un exnovio suyo, le dijo, y siempre le estaría agradecido, le dijo que tenía sífilis, porque le había visto como una mancha aquí. Y eso te lo tienen que coger como a tiempo, porque si no la palmas." (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

La **gonorrea**, como hemos indicado, ocupa un espacio a mitad de camino entre lo grave y lo leve, entre lo interno y lo externo. Los síntomas mediante los cuales se identifica son el picor y la expulsión de pus por el pene, lo hace suponer una supuesta facilidad en su identificación.

*"¿La gonorrea no es esa cosa asquerosa que te sale en el pene y sale líquido...? Entonces lo puedes ver y no tiene tanta... Lo ves y dices..."*

*"Eso no lo toco" (Risas)*

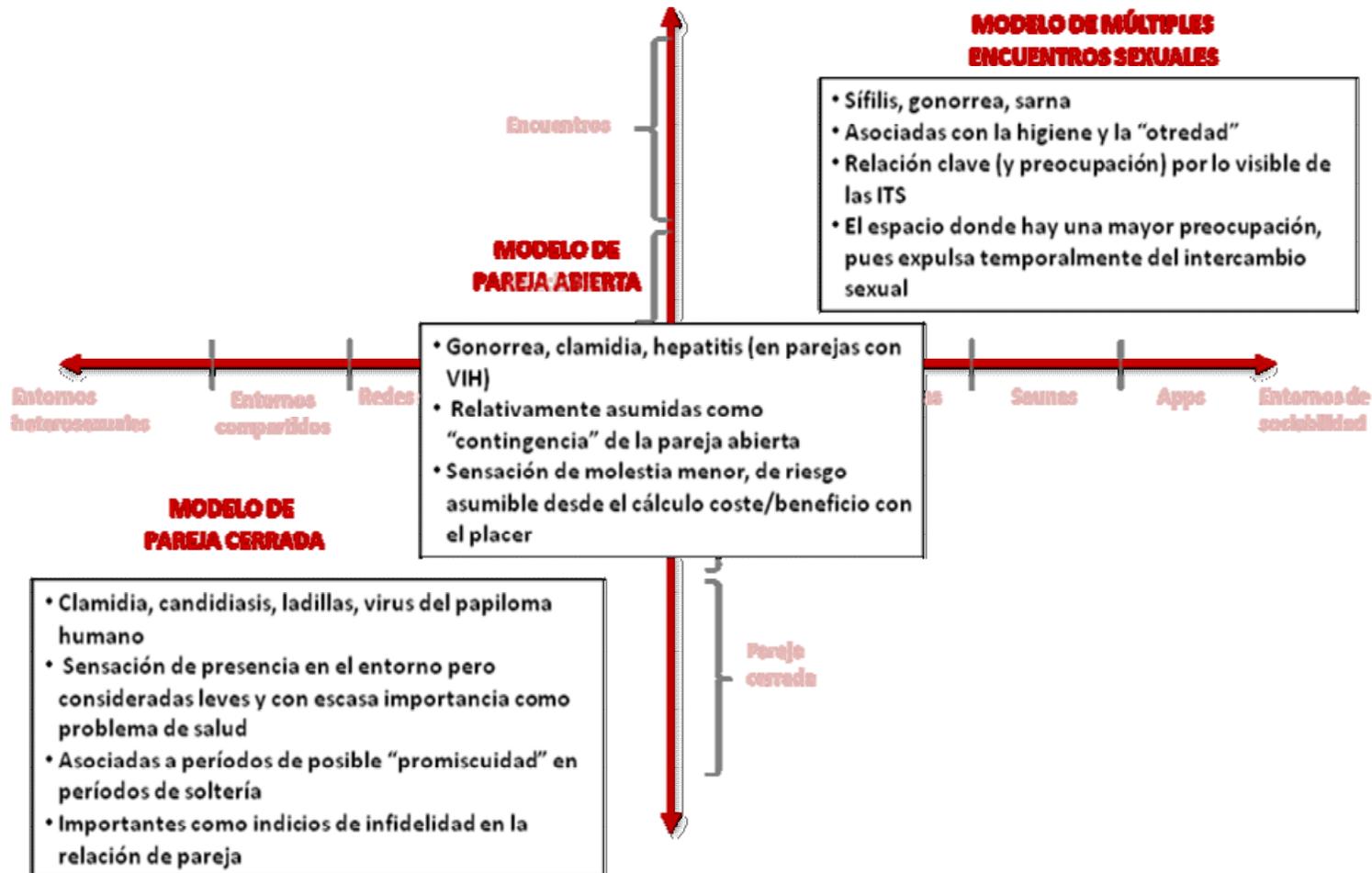
*Entonces sabes que lo tienes porque... se ve" (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

En el otro extremo se situarían las **ITS más leves**, que serían de un carácter más "dermatológico", más "superficial", con síntomas relacionados con picores y algo menos visibles a simple vista, tales como la **clamidia**, la **candidiasis** o las **ladillas**. Muchos jóvenes no entienden estas ITS más leves como un problema real de salud y se comprenden más bien como "señales" de una vida sexual activa entre quien está soltero o como "contingencias" de la vida en pareja, en su caso. Existe incluso en algunos grupos y entrevistas ciertas dudas (que se discute sobre todo en relación con el **Virus del Papiloma Humano**) sobre si algunas de estas enfermedades no "estarían ya" en el propio cuerpo, habiendo "gente que se le manifiesta y gente que no" (Rg 3, HSH, 25-29 años).

### **Las posiciones discursivas frente a las ITS**

En el gráfico 7.1 situamos las tres grandes posiciones discursivas en torno a las ITS. Como podría quizá deducirse de todo lo que llevamos dicho hasta el momento sobre las ITS, **la línea divisoria más central a la hora de representarse las ITS tiene que ver con el modelo de relación que se establece prioritariamente**. La diferencia central en la relación con las ITS viene de cómo se integran en el modelo de **pareja cerrada**, en la **pareja abierta** y en una vida sexual más "nómada" y con **múltiples relaciones esporádicas**.

**Gráfico 7.1: MAPA DE LAS POSICIONES DISCURSIVAS FRENTE A LAS ITS**



Así, sería principalmente en el entorno de la pareja abierta donde las ITS parecen presentar menor sensación de urgencia y constituirse en un problema más relativizado, al integrarse como "contingencia" posible en esa experimentación sexual y afectiva. Por el contrario, dentro del modelo de pareja cerrada, cuando una pareja está establecida, las ITS aparecen como "huella" de una infidelidad y como ruptura, por tanto, de esa "barrera de protección" que simbólicamente supone la pareja.

Por último, como ya hemos señalado, los perfiles más comprometidos con las relaciones esporádicas múltiples mostrarían una mayor preocupación por ellas: las perciben más presentes en su entorno; se preocupan más que otros jóvenes por lo "visible" de las ITS frente a las posibles parejas sexuales; y, entre aquellos más afectos al sexo "nómada", tenderían a tener un aspecto incluso "casi" más negativo que el VIH, pues implican la expulsión temporal del intercambio sexual.

Esta preocupación por las ITS de los perfiles que tienen mayor número de parejas sexuales ocasionales podría llevarnos a argumentar que **una política preventiva respecto del VIH debe integrar hoy las ITS, situarlas en continuidad con el VIH**. Entre otras cosas, como señalaremos cuando hablemos de la relación con las pruebas y el sistema sanitario, también porque la infección por ITS es una puerta de entrada al sistema de salud para jóvenes que, de otra manera, no acudirían a hacerse la prueba del VIH.

## 8. LOS DISCURSOS SOBRE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO Y LA PROTECCIÓN

---

Un estudio cualitativo puramente “discursivo” como el que hemos llevado a cabo no puede cuantificar o certificar con precisión la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo dada la diferencia, el salto entre los “discursos” y las “prácticas”. Sin embargo, entendiendo los “discursos” como una cierta forma de alusión a las prácticas, sí que resulta posible diferenciar, a partir de lo que comentan los entrevistados, los diferentes discursos y posiciones existentes respecto a dichas prácticas y a la posible existencia del sexo sin protección en su seno. Esto nos permite discriminar entre diferentes tipos de prácticas de riesgo y proponer, correlativamente, los diversos espacios y diversas formas que adoptan.

Pero antes de pasar a exponer estos espacios, queríamos señalar algunas cuestiones más generales en relación con la percepción del riesgo, para apuntar sobre todo, la creciente ambivalencia del preservativo.

### 8.1. LA AMBIVALENCIA DEL PRESERVATIVO

En primer lugar y en línea con lo ya sabido por muy diferentes estudios, lo recogido en la investigación parece corroborar que, para los chicos heterosexuales, la percepción de “riesgo” en el sexo se limitaría casi exclusivamente al **embarazo**. Aunque, como hemos comentado, existe una relativa conciencia de la existencia de ITS en relaciones casuales, la propia percepción de levedad de las mismas implica que el embarazo sea aquello que espontáneamente resulta más temido. Por otro lado, la posibilidad del recurso a la píldora post-coital relativiza en parte ese miedo:

*“Yo apostaría porque a mucha gente lo hace [no usar preservativo], que hacen locuras. Es que he escuchado cada historia...”*

*Bueno, sí...*

*Hay mucho de “aquí te pillo, aquí te mato”. Y muchos sustos también.*

*Y lo que no son sustos... Y lo de después del susto. (Risas)*

*¿Y CUAL SERÍA EL PRINCIPAL SUSTO?*

*Que te diga que está embarazada y que lo va a tener, así en plan...*

*A mí con que diga que tiene un retraso, a mí ya me ha acojonado para toda la semana (risas)*

*Es verdad [...] A nosotros nos pasó eso, que se nos rompió una vez... Y la pastilla del día después, que eran 17 euros, se la tuvo que tomar, pero sólo una vez.*

*¿A ALGÚN OTRO OS HA PASADO ESO?*

*Yo sí.*

*Yo fui... Una vez que se nos rompió el preservativo, fuimos a planificación familiar de la Comunidad de Madrid y nada, ahí te dan la pastilla... Y no nos costó nada, ya te diré dónde es..." (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Ahora bien, lo que si se apunta en esta investigación en línea con algunas otras investigaciones realizadas (Conde y Gabriel 2004) es la creciente pérdida de fuerza de la norma del uso del "preservativo" en las relaciones sexuales. Si hace unos años, la norma era el uso del preservativo y la excepción era su no uso. Ahora, la regla es "casi" su no utilización y la excepción es su uso.

Por otro lado, es importante notar que, para los jóvenes gays entrevistados, **la sensación de "riesgo" en la PASC, por las diversas razones que venimos apuntando, es menor que en el pasado.** La norma sigue siendo la utilización del preservativo para la penetración anal, (no para el sexo oral, que se hace sin protección tratando de evitar, se dice, la eyaculación). Aún así, parece que en la penetración anal el preservativo se tiende a introducir en la relación pasados unos minutos, no para toda la penetración. Concepción que abre la puerta y que facilita el no uso del preservativo durante toda la penetración ya que, una vez iniciada la misma, el uso del preservativo rompería, se dice, su desarrollo, el "calentón", con lo que, en la práctica, se realiza la penetración sin el recurso del preservativo. En este mismo sentido, de menos fuerza normativa del uso del condón, en la investigación se habría una menor censura y una mayor comprensión de los llamados "deslices".

En relación con esta comprensión algo matizada de la obligación de usar preservativo, se repite en entrevistas y grupos **una consideración paradójica de la relación entre preservativo y VIH.** Entre los jóvenes HSH, el preservativo, en efecto, se sitúa en una posición marcada por lo paradójico y por la contradicción: dada la menor fuerza de la "amenaza" del VIH y la menor sensación de presencia del virus, se entendería que hay una menor necesidad "real" de usarlo, pero a la vez continúa la norma colectiva, el mandato "oficial", de ponérselo:

*"Yo creo que todo el mundo tiene la idea de usar el condón, pero que no saben para qué lo están usando [...] Todo el mundo sabe que te lo tienes que poner pero nadie quiere que te lo pongas" (Alberto, HSH, 22 años).*

**El preservativo se sitúa así en un lugar de ambivalencia.** Ese posicionamiento paradójico, de *doble vínculo*, del condón en la relación sexual entre varones se manifiesta también en contradicciones similares, que parecen presentarse en toda nueva relación sexual: por ejemplo, hay que usarlo con quien no quiere usarlo,

pero con quien sí que quiere no sería necesario. Esto es: generalmente se entiende que quien explícitamente demanda no utilizar preservativo "tiene algo turbio", "da mal rollo": probablemente sea alguien que habitualmente no utiliza protección y que por tanto podría "tener algo":

*"Yo con mi pareja, cuando he tenido relaciones con otra persona y te ha dicho: "vamos a hacerlo a pelo, pues tal...". Y dices: "a ver loco ¿adónde vas?". Pero luego te da mal rollo porque dices...este tío ¿qué podía tener? ¿Sabes?" (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

Pero al mismo tiempo, la idea es que alguien que quiere con mucho ahínco utilizar preservativo aparece como alguien preventivista, motivado, y que por tanto muy probablemente esté sano:

*"Cuando un tío... Yo dejo que la otra persona tome la iniciativa. Si propone usar condón... Cuando ves a alguien que quiere ponérselo... como que me fío, como que supones que... generalmente se lo pone, que estará sano. Casi podría hacerlo sin condón" (Eric, HSH, VIH+, origen guineano, 26 años, origen guineano)<sup>93</sup>.*

Esta situación de doble vínculo, de paradoja o aporía en el recurso al preservativo en las relaciones sexuales entre dos varones, podría estarnos indicando que, dado el panorama que venimos describiendo, con una relativización e invisibilización del peligro del VIH y un miedo atenuado a las ITS, **el "mandato" de uso del preservativo se halla menos justificado**, y que resulta necesario desarrollar argumentos más convincentes para promover su uso. De hecho, es significativo en relación con esta línea de análisis que los **jóvenes gays entrevistados expresen no llevar encima preservativo**, a pesar de ser conscientes de la posibilidad de tener algún encuentro.

Por último, es de resaltar, que en los interlocutores de la investigación ha habido una **ausencia casi total de decisiones "totales" de abandono del preservativo**, así como de la denominada "**subcultura bareback**", o "**apeleros**", a quienes se alude por parte de los profesionales entrevistados en el contexto de los entornos de locales de sexo y apps.

## 8.2 ESPACIOS DE PRÁCTICAS DE RIESGO

A partir de los discursos recogidos en la investigación, estamos en condiciones de diferenciar ocho principales espacios de riesgo, de situaciones o contextos donde se producen, con diferentes motivaciones y significados, prácticas sexuales que, al tender a no incluir el preservativo, se tornan en prácticas de riesgo y de posible

---

93 Esta contradicción aparentemente insalvable también se observa en algunos mensajes preventivos, como p.e. en la campaña de Fundación Triángulo "10 Síntomas de tener VIH", donde se señala "hacerlo a pelo" como uno de esos síntomas: "Hacerlo a pelo (sin condón) es un síntoma claro de que puedes tener VIH"

transmisión del VIH y de otras ITS (gráfico 8.1). Las presentamos en orden de mayor a menor frecuencia y consistencia en el rechazo al preservativo, es decir: en orden de prioridad respecto de la intervención:

- **Consumo de alcohol y drogas en situaciones de sexo esporádico, generalmente en relación con el ocio nocturno:** los “deslices” y olvidos asociados al consumo de drogas y alcohol en entornos nocturnos aparecen como el motivo principal para la no utilización de preservativo en una relación sexual casual. Sea de forma más o menos consistente, entre jóvenes con una mayor cantidad y diversidad de relaciones sexuales, o entre jóvenes que sólo ocasionalmente mantienen relaciones fuera de una pareja, la pérdida de conciencia preventiva que se relaciona con la alteración de la conciencia tras consumir alcohol o drogas es el motivo que más repetidamente se ha asociado en la investigación a la desaparición del preservativo en la relación sexual y, en un sentido más general, a la apertura a relaciones sexuales menos “controladas”:

*"Yo no... no se la chupo a cualquiera... (risas)*

*A ver, yo tampoco se la chupo a cualquiera pero... A mí si un chico se baja el... al minuto de conocerme... Si estoy de fiesta, estoy pedo... pues no voy a decir que no. O sea, yo hacer la mamada ya es otra cosa, ya me tiene que gustar un poquito más el chico.*

*Es que si no te gusta tanto... mejor que se esfuerce él (risas)*

*¿EL RESTO CÓMO VEIS ESTO...?*

*Depende de la situación, del nivel de alcohol y de otros niveles... de otras cosas” (Rg 5, HSH, 21-25 años).*

\*\*\*

*YA QUE SALE EL TEMA....¿EL ALCOHOL ,LAS DROGAS, CREÉIS QUE AFECTAN AL RIESGO...?*

*Depende de qué droga tomes...*

*No, no. Ya con el alcohol, tú te tomas...y te estás desinhibiendo..*

*Te atontas...y no sabes..*

*Sí, pero no es lo mismo tomar MDMA que tomar cocaína*

*Claro, evidentemente, pero me refiero...Yo creo que todo lo que sea alterar la conciencia y, al final, todas las drogas, incluso las legales, te alteran la conciencia.... Bueno un cigarro no, pero el alcohol también, eso está haciendo...De hecho, mi experiencia personal es*

*que cuando, por ejemplo, en una sauna o... te lo llevas a tu casa o lo que sea y el chico está muy borracho, o ha tomado drogas... puede pasar cualquier cosa y me da mucho miedo ese tema. Pero si va muy borracho, o lo que sea, tú le puedes hacer lo que quieras y él se deja"* (Rg 2, HSH, 21-24 años).

\*\*\*

*"HABÉIS HABLADO ANTES DE DROGAS... EN EL CONTEXTO DE TENER RELACIONES SIN PROTECCIÓN, ¿CUMPLE ALGÚN PAPEL, PUES... ESTAR BORRACHO, ESTAR DROGADO...?"*

*Todos: Sí*

*Sí, porque estás...*

*Cuando estás con cuatro copas ya todo es más...*

*"Venga, venga, no pasa nada"* (Rg 3. HSH, 27-29 años).

De hecho, alguno de los profesionales entrevistados en la investigación ha señalado la fuerte correlación existente entre los "positivos" que se detectan en las "pruebas del vih" en el Centro Sandoval y el consumo de drogas.

En particular, la investigación ha recogido cómo se estaría dando una aparente generalización en ciertos entornos gays de toda una serie de **nuevas drogas sintéticas** con claros efectos sexuales (GHB, MDMA, Mefedrona, Viagra...), nuevas drogas que acrecentarían la exposición al riesgo al juntar la pérdida de sentido de la realidad con una sobre-excitación que no dan el alcohol ni otras drogas anteriormente más extendidas, como la cocaína:

*"Ahora las drogas han cambiado, hay mucha más droga de diseño*

*ANTES HABÍA MÁS COCAÍNA, SUPONGO*

*Antes era más cocaína a saco. La cocaína por lo menos te despierta, hace que se te baje un poco el rabo, en cierta manera es menos sexo, era más fiesta y tal. Ahora las drogas que se llevan, sobre todo en el mundo homosexual, son drogas que incitan exclusivamente a la sexualidad. Sólo sirven para el sexo.*

*¿CUÁLES SON? GHB...*

*El GHB, la mefedrona, que es como si fuera éxtasis con anfetaminas. Vamos, son unas bombas... Y encima las mezclan todas. Porque la gente ya no bebe alcohol. Entonces: zumito con GHB... Esnifa las*

*pastillas de mefedrona con viagra, que también las esnifan, el Viagra, para mantener el subidón continuo. Porque claro, una cosa te lo levanta y otra te lo baja. Es un cóctel molotov para poder pasarte durante horas con la polla dura [...] Y que además [de ser más baratas que la cocaína] te da tanto calor...Es que te pone cachondo, en pocas palabras. Entonces es cuando llegas a casa, estás colocado, te metes en el Grindr y quedas con quien sea, y muchas veces te da igual que tengas el cajón lleno de condones, te da lo mismo, lo que quieres es echar el polvo. Y muchas veces viene uno y como (...) y estás buscando al siguiente. No sabes si se ha ido el otro o no, es igual. Y lo ves continuamente, ves a la gente que está conectada; pasa media hora, se desconecta, luego vuelve a meterse. Así todo el día" (Dani, HSH, 28 años).*

- **Encuentros sexuales sin uso del preservativo por parte de HSH no gays o "aislados"**, con gran desconocimiento del VIH y de sus vías de transmisión. Desde estos perfiles, y particularmente cuanto menos información exista sobre el VIH, se tiende a considerar que el preservativo no concierne al sexo entre hombres:

*[Hablando de los perfiles de Grindr de ciertos jóvenes que están "en el armario"] "Muchos, la mayoría están sin foto, o todo súper discreción. Se nota mucho los tipos de ambientes. Y luego también se nota mucho a la hora de mantener relaciones con esas personas. Son mucho más asustadizas. Son a veces... aunque sean más asustadizas para algunas cosas, son más abiertas para realizar prácticas sin preservativo. Porque se lo toman como algo más heterosexual. Es decir, el típico que vive su vida heterosexual, que piensa que porque se la vaya a meter a un tío no va a coger nada. Están mucho más desinformados, no salen por el ambiente, no..." (Dani, HSH, 28 años).*

- La **confianza**, desde dos perspectivas: por un lado, cuando se cuenta con "referencias", "conocidos", como se ve en la siguiente cita, o cuando se está en relaciones no exclusivas con gente conocida, con "amantes" y "amigos con derecho a roce". Dimensión de "confianza relacional" que opera en la misma dirección a lo que ocurre entre los jóvenes heterosexuales, como vimos en su momento, en el sentido de que la confianza, la existencia de un cierto conocimiento, reduce la percepción del riesgo.

*"EN ESE CONTEXTO DE ACOSTARSE CON UN AMIGO DE UN AMIGO O... ¿HAY AHÍ MENOS PRECAUCIONES?*

*No, no. Hay iguales pero... desconfías menos, ¿no?*

*Claro, es lo mismo que si te vas a vivir con un amigo de un amigo. Que dices...*

*Que no significa que no tengas riesgos y que no uses protección. Pero bueno, le conoces de algo más y tu amigo te puede comentar...*

*O SEA, QUE HAY UNA IDEA UN POCO DE QUE COMO LA CONFIANZA O EL CONOCIMIENTO... DIGO INTERPRETANDO EN UN SENTIDO UN POCO PERVERSO LO QUE ESTÁIS DICIENDO... COMO SI LA CONFIANZA FUERA UNA PROTECCIÓN... UNA ESPECIE DE PRESERVATIVO, DIGAMOS, MENTAL...*

*Pero eso en todos los ámbitos de la vida. Si conoces a alguien que sea porque es amigo de cual o es primo de tal, bueno, es como más..." (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

Pero la confianza también opera en un sentido más general, de modo que en línea con lo destacado en los capítulos iniciales, también aspectos relativos a lo que podríamos llamar como una "confianza simbólica" vinculada a los "canones" de la belleza, del aspecto sano, de la "higiene" personal, etc. llevan a algunos chicos a suponer que el VIH no está presente.

*" Pero si es un chico así, todo cachas, morenito de piel...*

*-... que se le ve bien...*

*- Claro, pues dices, ¿qué más da?*

*- Claro.*

*- O sea que te dejas llevar por las apariencias, claramente.*

*- Eso es. Por el físico es por lo que yo me guío." (Pedro. Marroqui. 20 años).*

- Aunque no se ha declarado como tal entre los participantes en la investigación, muchos profesionales entrevistados (y, casi en forma de "mito", algunos entrevistados) han hecho mención a **ciertos perfiles aludidos de renuncia consistente al preservativo en entornos de relaciones esporádicas ("apeleros") y de prácticas no normativas (orgías, S&M...)**. Sería preciso, de cara a posibles futuras investigaciones, profundizar en el conocimiento de estas prácticas.
- Más allá de las relaciones sexuales ocasionales, la presencia de una pareja generalmente conlleva una probable renuncia al uso de preservativo con el compañero. Como venimos indicando, existe una extendida sensación de que la **"pareja" resultaría una protección frente al VIH y, por tanto, un espacio donde se puede renunciar a la protección**. Esta desaparición del preservativo en pareja tendría dos variantes:

- Por un lado, y de forma más preocupante, la encontraríamos entre HSH cuya **pareja no es estable y/o cerrada** como tal, y que no renuncian a mantener relaciones sexuales esporádicas o no conocen si su compañero tiene relaciones fuera de la pareja. Al decir de los profesionales, y también corroborado en los casos estudiados, esta situación se da con mayor frecuencia en perfiles con menor autoestima y capacidad de negociación, y particularmente en chicos inmigrantes.
- La segunda variante sería el **abandono definitivo del preservativo en parejas cerradas estables** (casi siempre, después de la realización de una prueba conjunta de VIH e ITS con resultado negativo), abandono que abriría un espacio de riesgo ante posibles "infidelidades". En este caso, hay que señalar que el uso de preservativo dentro de una pareja cerrada, a pesar de la insistencia de algunos mensajes preventivos, es absolutamente minoritario, casi testimonial, y las personas que se encuentran en esta situación no se muestran en absoluto dispuestas a volver a incorporarlo, por mucho que el "mandato" preventivo así lo ordene:

*"(Molesto) Vale, es cierto lo que dices, que la pareja no excluye el VIH, pero yo tengo confianza. Se presupone la fidelidad. Y que es un riesgo que es mínimo, que es un riesgo que estoy dispuesto a correr: si tú estás sano, yo estoy sano, no estamos con otras personas... Imposible, no vas a tener sida. Así que ¿para qué usar preservativo."*  
(Javier, HSH, 21 años).

\*\*\*

*"Pero bueno [es que con tu pareja con la que tienes confianza y eso...]. Y ya tienes ahí lo de la prueba y... Que también es un poco confiar, pero bueno.*

*Hombre, es que si ya no te fías de eso no te fías de nada. No vivas."*  
(Rg 3, HSH, 27-29 años).

- De forma algo menos explícita, pero también importante como espacio de transmisión de ITS, encontraríamos la exposición a otras ITS desde la extendida práctica de **sexo oral sin preservativo**, que ya hemos indicado en varias ocasiones que sería un comportamiento absolutamente generalizado:

*"H3: Es que el condón es como un básico del sexo. Al menos desde mi punto de vista. O sea, hay condón, hay sexo. Si no hay condón, hay mamada"* (Rg 5, HSH, 21-24 años).

- De manera algo diferente al resto, el último espacio de riesgo que queríamos señalar es la exposición a ITS por parte de **jóvenes con VIH con carga**

**viral indetectable que tendencialmente estarían dando menor importancia al preservativo**, así como las declinaciones de esta situación que, como ya hemos señalado, sería cada vez más común entre los chicos con VIH.

De forma transversal a estas declinaciones más concretas, hallamos pues tres lógicas diferentes de prácticas de riesgo. Tres lógicas que requerirían de estrategias de información y prevención diferenciadas.

### **La quiebra de la fidelidad de la pareja**

Se trata de la lógica menos mencionada y la menos tenida en cuenta por los propios jóvenes, puesto que quien puede vivirla (quien está en pareja) no la toma en consideración: la retórica de la pareja impide, como acabamos de indicar, que se mantenga el preservativo en una relación que se cree estable y cerrada. Pero se ha hecho mención, en varios de los entrevistados (tanto profesionales como chicos con VIH), a la relación entre algunas transmisiones y situaciones encubiertas de infidelidad.

*"Yo me contagié porque tuve una relación de 5 años y medio con un chico que era más joven que yo... Entonces a lo largo de este tiempo, al final de la relación, descubrí que había habido muchos cuernos por su parte y demás... y, bueno, pues, tenía la duda de si realmente pues, pues...de haberme infectado o no. El en ningún momento me dijo que se había infectado. Lo descubrí tiempo después de que lo hubiéramos dejado y, bueno, yo en 2009 me había hecho unas pruebas, cuando terminamos esa relación, y me hice un test rápido y, al parecer, dio un falso negativo" (César 29 años VIH+).*

### **El exceso de confianza**

Es una lógica relacionada con la anterior, pero con un sentido más amplio, pues va más allá de la pareja. Aquí es la confianza, en una lógica más generalizada y no sólo dentro de una pareja cerrada, la que excluye simbólicamente la presencia del VIH. Es decir: si "conozco" a mi compañero, si con quien me acuesto no es un "otro", no puede tener VIH. La suposición de que el compañero sexual no tiene VIH no tiene que ver con el conocimiento real del seroestatus (pues como hemos señalado en varias ocasiones es un tema generalmente tabú), sino con las "referencias", el "ser amigo de amigos", etc.

Hay que resaltar, además, que a diferencia de lo que ocurre con una pareja formada, en este caso no se produce/requiere una prueba de VIH, sino que la mera "confianza" sirve como prueba de que no se tiene el virus. Además, el establecimiento de este tipo de confianza resulta un acontecimiento "único" en el tiempo: se gana la confianza y ya no hay más que hablar, no se "revisa" esa confianza.

*"A lo mejor, el que más se protege, lo tiene [el VIH], porque ha nacido con él... o algo así, o se lo han pasado en un descuido. Y el que lo hace más a lo loco, a lo mejor no lo tiene.*

*iQué miedo!*

*O sea, no es el que es más limpio no lo tenga. ¿Qué más da? Pero también es verdad es que si es alguien con el que tengo mucha confianza, Si he quedado con él, más de 1, 2, 3, 4 veces...*

*Claro, con ese ya no [usas el preservativo]*

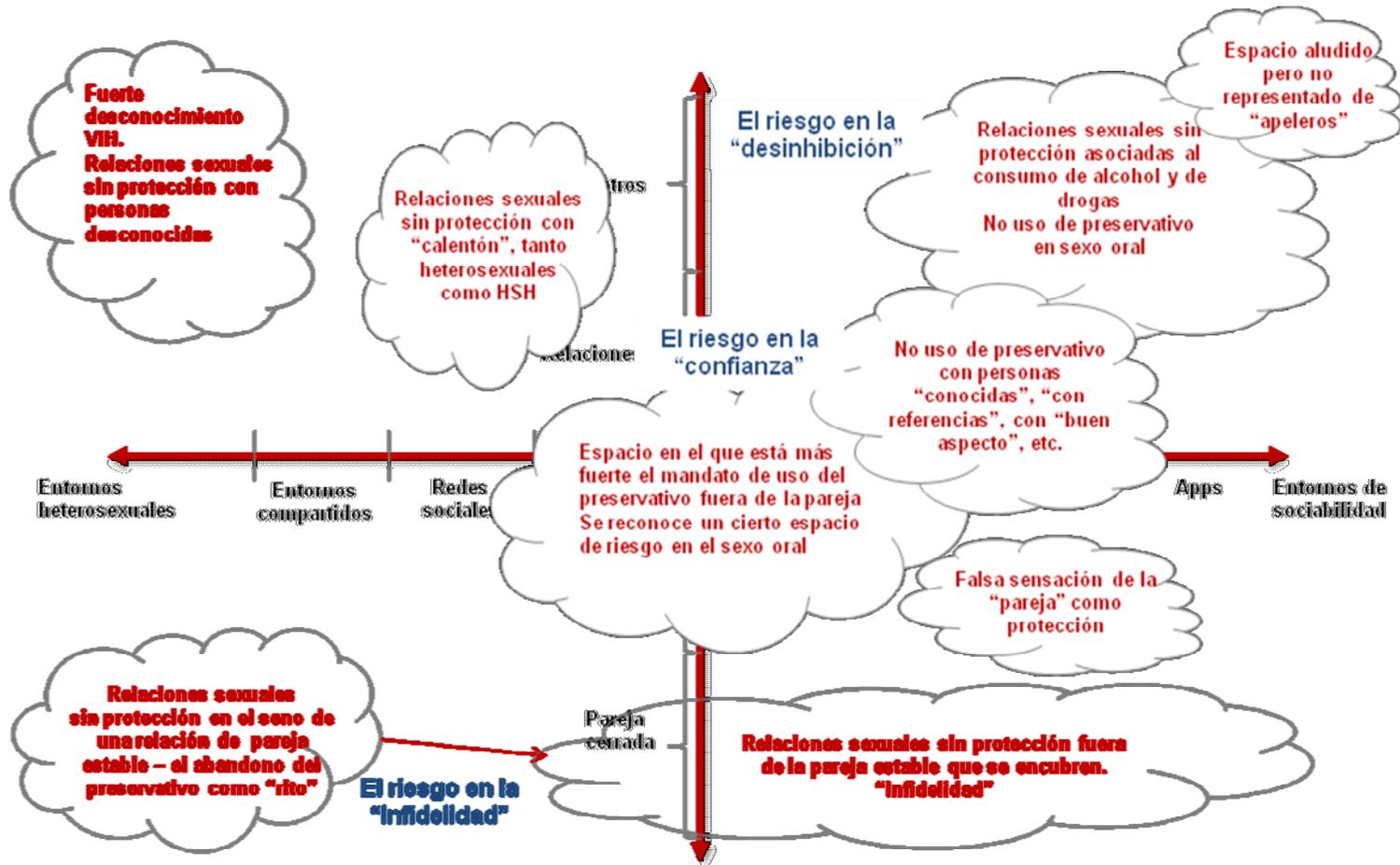
*Pues ya, ¿yo qué sé?, Ya le tengo confianza y sé que no tiene nada y tal, pues lo normal, no pasa nada. Pero si no le conozco, yo no me dejo llevar porque sea guapo o limpio o feo o sucio o guarro o algo así" (Asaad y Pedro, HSH/transgénero, origen marroquí, 20-22 años).*

Por otro lado, como señalábamos anteriormente, la confianza también se expresa en una dimensión simbólica en relación con el aspecto físico de modo que un interlocutor con aspecto joven, bello y con aspecto saludable reduce las "defensas" personales y la consiguiente presión hacia el posible uso del preservativo.

### **La desinhibición y la pérdida de control**

La última lógica de las prácticas de riesgo tiene que ver ya no con la confianza, el conocimiento de la pareja, la suposición "racional" y "consciente" de que el VIH no está presente, sino directamente con el olvido de la prevención, la inconsciencia, la conducta "irracional" en sentido médico... En este caso, el preservativo interfiere la relación, se olvida, no viene a la memoria, no se piensa en él. El sujeto se halla en un estado de "desinhibición" que implica un "descontrol" personal, y con él, una huida o postergamiento de los mandatos normativos de usar el preservativo. Como también se destaca en Fernández Dávila y Morales Carmona (2014), muchos jóvenes sitúan en esta lógica la situación de excitación sexual en sentido general ("calentón"), pero también actúa de una forma destacada el consumo de alcohol y drogas, la propia situación nocturna (discotecas, after-hours...) o también momentos específicos del año en los que la libido sexual se acentúa, como el verano.

**Gráfico 8.1: ESPACIOS DE RELACIONES SIN PROTECCIÓN DE ACUERDO CON LOS JÓVENES**



## 9. LÓGICAS DE RELACIÓN CON LA PRUEBA DEL VIH

---

Uno de los objetivos secundarios de la investigación ha sido acercarse a los contextos y lógicas de realización de pruebas de VIH entre los jóvenes varones. Como es sabido, la difusión de las **pruebas rápidas de detección** y las campañas para fomentar la realización del test diagnóstico del VIH han sido una opción decidida por parte de las autoridades sanitarias y las asociaciones, luchando por hacer disminuir el problema del **diagnóstico tardío** que tan extendido resultaba en los últimos años, en los primeros años del siglo XXI, y que aún continúa afectando a casi el 50% de las personas diagnosticadas por primera vez<sup>94</sup>. Por otro lado, la creciente tendencia en los planteamientos preventivistas hacia la propuesta del **Tratamiento como Prevención (TasP)**, defendida por la Organización Mundial de la Salud<sup>95</sup>, también requiere de una amplia extensión de los test diagnósticos, de modo que idealmente todo afectado por el VIH conozca su estado y pueda encontrarse en tratamiento. Desde esta perspectiva, hacer disminuir los diagnósticos tardíos no es sólo una cuestión de salud individual de las personas afectadas sino que aparece como una herramienta preventiva para mejorar la salud pública en general.

Según los datos epidemiológicos oficiales, el problema del **diagnóstico tardío** aumenta con la edad, y es por tanto menor entre los jóvenes, pasando de un 31% en el grupo de 15 a 19 años, hasta un 66% en los mayores de 49 años. También resulta menos marcado entre los HSH, que son la categoría de transmisión que menor DT presenta: al decir de varios de los profesionales entrevistados y por lo que han señalado los propios jóvenes, el colectivo homosexual habría incorporado la prueba en mucha mayor medida que otros colectivos. Sin embargo, siguen existiendo carencias al respecto, incluso dentro de estos perfiles: la encuesta EMIS, por ejemplo, hallaba que, de los 13.111 HSH que respondieron desde el territorio español, un 26% nunca se había hecho la prueba del VIH<sup>96</sup>.

Conviene, por tanto, continuar mejorando el conocimiento sobre los motivos, lógicas y formas de acceso a la prueba diagnóstica. Ya hemos citado en diferentes ocasiones el estudio específico que Fernando Villaamil, Maria Isabel Jociles y Fernando Lores realizaron para la Comunidad de Madrid sobre el tema en 2006, y que aún continúa proporcionando claves importantes sobre las diversas "racionalidades" existentes entre los HSH a la hora de acercarse a la prueba del VIH. El mismo equipo de investigación de la Universidad Complutense está

---

94 Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Actualización 30 de junio de 2013 Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología

95 World Health Organization, HIV/AIDS Programme, Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. Programmatic update, June 2012, [http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic\\_update\\_tasp/en/](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update_tasp/en/)

96 EMIS 2010: The European Men-Who-Have- Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries, European Centre for Disease Prevention and Control

actualmente realizando otros estudios al respecto<sup>97</sup>. Aunque la finalidad del presente estudio no era profundizar en el test y su realización, los jóvenes entrevistados han indicado toda una serie de cuestiones que permiten quizás “afinar” o “complementar” la información que se pueda tener al respecto.

## 9.1. ASPECTOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA PRUEBA DEL VIH

El citado estudio de Villaamil, Jociles y Lores presenta, como uno de sus principales resultados, el planteamiento de diversas “racionalidades” respecto del test del VIH, de formas diversas de relacionarse con la prueba diagnóstica y de acercarse a ella: no todos los HSH piensan de igual manera la prueba ni la introducen de igual forma en su vida cotidiana, su vida sexual y su relación con el sistema sanitario. El corolario de este hallazgo es la necesidad de “afinar” las estrategias de fomento de la prueba, de modo que las diferentes acciones lleguen específicamente a cada uno de los perfiles.

Nuestro estudio también ha recogido, como no podía ser de otra manera, formas muy diferentes de pensar la prueba y de relacionarse con los servicios que la ofrecen y con el sistema sanitario en su conjunto, tanto dentro del colectivo HSH como en los otros perfiles estudiados. “Racionalidades” de la prueba, por tomar el vocabulario de Villaamil y sus colaboradores, que en cierta manera podríamos proyectar sobre el mapa conceptual que venimos usando como guía interpretativa de la investigación. Pero antes de expresar los matices y diferencias que presentan los diversos espacios de sociabilidad, resulta conveniente apuntar algunas cuestiones más generales sobre las actitudes y concepciones de la prueba que han aparecido de forma transversal en la mayoría de los discursos de los entrevistados.

Ante todo, el estudio ha ratificado la **amplia extensión de la información sobre la existencia de pruebas del VIH entre los gays jóvenes**. La práctica totalidad de los gays entrevistados, incluyendo a quienes no fueron reclutados dentro del “circuito” de pruebas y asociaciones, conocía los tests del VIH, y muchos eran conscientes de la existencia de pruebas rápidas. Además, la mayor parte de los gays entrevistados se habían realizado la prueba en algún momento y pensaban en volver a realizársela en el futuro: se sentían, en ese sentido, “concernidos” al respecto. No sucede así entre los jóvenes heterosexuales, que desconocen en mayor medida la propia existencia de las pruebas y más aún de las pruebas rápidas. Esto indicaría, como también señalaban algunos profesionales, que la realización con mayor o menor frecuencia de las pruebas se habría convertido en una suerte de **“normatividad” gay**, que circula en los entornos con mayor presencia homosexual y, como resulta lógico, con especial fuerza en el espacio “gay

---

97 Villaamil, Jociles, Lores, La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), op. cit. El 15 de noviembre de 2013, dentro de una jornada de reflexión y debate sobre “el counselling en el contexto de la prueba rápida del VIH”, Fernando Villaamil presentó los principales resultados del estudio “Investigación cualitativa sobre la prueba del VIH y el consejo en diferentes contextos” que será próximamente publicado.

central". "Normatividad" que encuentra una corroboración estadística en los datos que muestran el significativo aumento de la proporción de HSH que se ha realizado la prueba del VIH en alguna ocasión y/o en el último año<sup>98</sup>. No es por tanto extraño que, en las entrevistas, se repitieran anécdotas relacionadas con la recomendación de otros chicos gays para hacerse la prueba:

*"Pues yo tenía... justo había cumplido los 18 años y una semana antes me había hecho la prueba del VIH. Pero no me la había hecho porque... sospechaba algo, sino porque siempre me habían dicho: "tienes que hacerte la prueba, tienes que hacerte la prueba...". Amigos [...] Pues la pedí porque me lo decían muchos amigos, en plan de: háztela, háztela. Una pareja de amigos con los que me llevaba bastante bien, que me decían: "tienes que hacerte las pruebas, hazte las pruebas. Porque tú has tenido relaciones sexuales de riesgo y es muy probable que pueda pasarte algo". Insistían mucho, o sea, se ponían muy pesados. Hasta que ya decía en plan: "Pero qué pasa, ¿vosotros tenéis algo o qué?"... porque como también tenía relaciones sexuales con ellos... "¿Tenéis algo vosotros que decirme a mí? Porque si estáis insistiendo tanto...". Me decían: "no, no, pero las pruebas tienes que hacértelas porque puede pasar esto, puede pasar lo otro". Entonces un poco por seguirles... pues me hice las pruebas" (Edmar, HSH, VIH+, origen colombiano).*

Ese habituamiento, o conciencia de la necesidad de hacerse pruebas, entre los jóvenes gays, no quiere decir que no persista el miedo, las resistencias personales... La emoción que se asocia más repetidamente a la realización de la prueba, incluso en ausencia sentida de exposición al virus, es el miedo y el nerviosismo. **Miedo que, en algunos casos, aparece como obstáculo fundamental para no hacerse el test.** Este "bloqueo" se expresó especialmente en el espacio de las relaciones esporádicas: cuando hay una cierta sospecha de una posibilidad de infección, de una práctica sexual "de riesgo", se repite en parte la idea de que *"cuanto menos sabes, más feliz eres"* (Rg 5, HSH, 21-14 años). Esto implicaría que, a pesar de la señalada "normativización", no debe cejarse en la promoción de la prueba:

*"¿POR QUÉ NO SE HACE LA GENTE LAS PRUEBAS, SEGÚN TÚ?"*

*Yo creo que la mayoría es por miedo. Saben que se pueden curar, pero tienen miedo a saberlo. Es más fácil hacerse el loco cuando la has cagado dos o tres veces, a todos nos gusta eso del desconocimiento para algunas cosas. Es un poco como esa frase: lo que mamá no sabe no le duele. Mucha gente tiene ese miedo al rechazo propio de ellos mismos, incluso cuando haces un examen y tienes claro que vas a suspender, cuando te llega la*

---

98 De acuerdo con los datos recogidos por Folch et al, 2010 "Incremento de la prevalencia...", op. cit., "la proporción de hombres que se había realizado la prueba del VIH en alguna ocasión aumentó [entre 1995 y 2006] tanto en el grupo de menores de 30 años (del 63,2% al 81,8%) como en los mayores de 30 años (del 69,4% al 87,6%), al igual que la proporción de hombres que se había realizado la prueba en el último año (del 24,5% al 46,1% en los menores de 30 años y del 19,5% al 31,8% en los de más de 30 años)". Cifras que, de acuerdo con la promoción y difusión de las pruebas rápidas, no pueden haber dejado de crecer aún más en los últimos 8 años.

*carta con la nota no la abres, no tienes ese ímpetu de ir corriendo a abrirla. Todo el mundo, incluso yo mismo... Por muy tranquilo que esté, desde el momento en que me las hago hasta que me las dan lo paso fatal" (Dani, HSH, 28 años).*

Por otra parte, tanto entre los HSH que acuden a servicios específicos como entre quienes optan por el propio médico de cabecera, continúa expresándose ciertas preocupaciones al acceder a la prueba, relacionadas con la **confidencialidad** y el **rechazo al juicio "moral"** por parte de los profesionales que la realizan. Este es un aspecto clave tanto en la preferencia mostrada por algunos en acudir a centros especializados más "anónimos", tales como Sandoval, como en la persistencia de ciertas estrategias "indirectas" para hacerse el test, particularmente **donar sangre**. La donación de sangre, además de una estrategia para evitar el "estigma", permite "desplazar" el miedo, pues no hay un centramiento exclusivo en el VIH; eso, en cierta manera, relativiza el nerviosismo que se siente al enfrentarse a los resultados de la prueba:

*"Yo dono sangre y me hacen las pruebas... Porque soy cero positivo o cero negativo o algo así... Entonces tengo que donar porque eso va a todos*

*ERES DONANTE CERO NEGATIVO*

*Entonces dono a todos y... Y por eso lo hago*

*¿Y EMPEZASTE A DONAR A RAIZ DE QUE TE HICIERAN LA PRUEBA O...?*

*Lo he hecho para que me hagan la prueba*

*¿Y POR QUÉ NO VAS DIRECTAMENTE A QUE TE HAGAN LA PRUEBA Y VAS A DONAR...?*

*Uff, es que eso de ir a que te hagan la prueba... Es más serio*

*Porque nunca me lo había hecho*

*Cuando vas a donar sangre, es que como lo tienen que analizar sí o sí porque luego se lo van a poner a alguien... Pues es como más...*

*ES MENOS TRAUMÁTICO*

*Claro, es más... rutinario. No es de: "voy a ir a...". Es que eso es una mierda! (risas)*

*ES UNA MANERA DE ALEJAR EL MIEDO, ENTIENDO*

*Sí" (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

Otro aspecto que resulta importante, y que se ha evidenciado en la investigación a pesar de no haberlo tratado de manera específica, es el impacto que tiene la **sesión de counselling** durante la realización de una prueba rápida. En efecto, muchos entrevistados han señalado cómo la realización de la prueba en entornos específicos donde existe una sesión de counselling resulta uno de los principales modos de tener más información sobre el VIH, lo cual no significa, de por sí, un cambio de comportamiento, pero sí que puede ayudar a aumentar la conciencia de riesgo. Se refieren así dos efectos inmediatos asociados a la realización de la prueba cuando se acompaña de una sesión de counselling (y que no se asocian en igual medida con los entornos puramente clínicos): por un lado, el **aumento del conocimiento sobre el VIH** (vías de transmisión, etc.) y la solución de dudas que pueden tener los jóvenes. Por el otro lado, al menos entre los perfiles más cercanos al espacio "gay normalizado", donde como señalamos anteriormente la conciencia de presencia del VIH está muy mitigada, la sesión de counselling conlleva un **aumento de la propia conciencia de riesgo, de la sensación de "peligro" respecto del VIH**, que la mayoría de las veces se experimenta como "miedo":

*"Y CUANDO HABÉIS IDO A HACÉROSLA... ¿CAMBIÓ LA IMAGEN QUE TENÍAIS DEL VIH O DEL SIDA...?"*

*¿Dices de la primera vez a después?*

*SÍ. ES DECIR, ¿IBAIS CON UNA IMAGEN...?"*

*Sí*

*Yo me acojoné el doble*

*¿LA SEGUNDA VEZ?*

*No. Es decir. Entré acojonado, pero yo creo que salí más*

*Yo la primera vez que fui a COGAM....*

*Es que COGAM es muy chungo, ¿eh?*

*Entré y allí te la hacen, esta de la lengua.... Entonces, nada, tienes que esperar 20 minutos [...] Y claro, en esos veinte minutos, la persona que te hace la prueba evidentemente te pone en lo malo. Y yo que entré: "me la voy a hacer", tal... A los veinte minutos estaba...*

*Sales llorando, ahí, dices: "joder..."*

*Madre mía, qué cague. Y no fue ni por nada de riesgo ni nada, fue porque a lo mejor me lo comentaron, que existía eso, tal... Y dije: "pues voy a pedir cita para hacer..."*

*Y jiña un huevo" (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

Este aspecto positivo de la sesión de counselling, tal como lo refieren los entrevistados, no debe hacer olvidar, sin embargo, la necesidad de profundizar en esta actividad del consejo y en la misma concepción de la prueba ya que, como destaca uno de los profesionales entrevistados, un relativamente alto porcentaje de los "positivos" que se detectan en un centro como Sandoval se habían realizado la prueba previamente sin que la realización de la misma hubiera conllevado un cambio real de las posibles prácticas de riesgo.

En la propia investigación se expresan algunos elementos que pueden dar alguna pista de por qué estaría ocurriendo este fenómeno. En efecto, el "cambio" cognitivo señalado anteriormente con la sesión de counselling no parece suceder, o al menos no con igual fuerza, entre quienes se encuentran más instalados en el modelo de relaciones esporádicas. En este caso, en cambio, tiende a primar una cierta orientación retrospectiva, una **comprensión preventiva de la prueba**. He aquí un posible problema que se estaría generalizando, a tenor de lo que dicen algunos informantes clave y de lo que se puede extraer de diversos grupos y entrevistas: una creciente concepción implícita de la prueba como acto preventivo "en sí". Desde esta concepción, no siempre enunciada como tal pero detectable en los discursos de diversos entrevistados, lo importante no sería tanto "protegerse" *a priori* de la posibilidad de infección, sino "prevenir" mediante la realización de pruebas que puedan hacer un diagnóstico precoz (ineludiblemente *a posteriori*). La conducta preventiva personal frente al VIH se "secundariza", al asociarse preponderantemente con la detección precoz y no tanto con cambios de conducta respecto de posibles prácticas de riesgo, con lógicas de prevención primaria – la incorporación consistente del preservativo. Así pues, el **apoyo exclusivo en la realización de pruebas como acto preventivo conduce a algunos jóvenes a un desinterés por el resto de posibles conductas preventivas primarias**.

Además, de forma más emergente, en la investigación se ha expresado una cierta concepción "indeseada" de la prueba en algunos perfiles más cercanos a las múltiples relaciones ocasionales y, sobre todo, con conciencia de haber realizado prácticas de riesgo: hacerse la prueba con un resultado negativo es interpretado por algunos como una especie de "sanción" positiva de las prácticas que se han llevado a cabo. La lógica dicta que, si habiendo realizado prácticas de riesgo no se ha adquirido el VIH, ese tipo de prácticas no tiene consecuencias inmediatas.

Ambas razones llevan a que, **para algunos jóvenes, el mero hecho de realizarse pruebas ya aparezca simbólicamente como una conducta protectora:**

*"¿Y LO DE LAS PRUEBAS? PUEDE INFLUIR QUE EL HECHO DE HACERSE PRUEBAS PERIÓDICAS...PUEDA REFORZAR LA IDEA DE, BUENO, "LO HE HECHO OTRAS VECES Y NO ME HA PASADO NADA..."*

*Por supuesto que sí... Estoy convencidísimo de que sí. De hecho, conozco gente que funciona así: "Me he hecho las pruebas cada dos meses y siempre*

*doy negativo...". Y no sé qué, películas que se monta la gente" (Dani, HSH, VIH+, 27 años).*

\*\*\*

*"Estaría más seguro usando condón, eso lo sé, pero ya que no lo uso... pues la prueba.*

*YA, PERO LA PRUEBA NO TE QUITA EL VIH*

*Vale, pero si la prueba te sale que estás bien... Y como no lo tienes, te sientes más seguro de ti mismo" (Asaad, HSH/transgénero, origen marroquí, 20-22 años).*

Esta **falsa comprensión protectora** de la prueba explica así el que, para algunos jóvenes, su realización no implique modificaciones en sus prácticas de riesgo. Como señala la epidemióloga Elisabeth Pisani desde una posición crítica con el apoyo exclusivo de la prevención del VIH en la prueba y el acceso al tratamiento, "para alguna gente parece funcionar así. Si la prueba sale positiva: 'Ya estoy infectado, ¿qué razón tengo para usar un condón'. Si sale negativa: 'Bueno, me he librado de ello hasta ahora, así que no debo estar haciéndolo tan mal'" (Pisani, 2008:173). La concepción erróneamente preventiva de la prueba puede llevar incluso a algunos desinteresarse por la misma información sobre VIH e ITS, sus modos de transmisión, etc., instalando al sujeto en una racionalidad "a posteriori" que puede desembocar en un abandono de la propia responsabilidad "en" el acto (de la prevención clásica, "primaria"):

*"Y VOSOTROS DE ITS ¿QUÉ SABÉIS? ANTES HABÉIS HABLADO DE GONORREA, DE SÍFILIS...*

*Yo no me.... O sea, yo me hago el test cada tres meses, y no... Soy un poco vago en estas cosas...*

*O SEA, CONSTANTEMENTE CADA TRES MESES*

*Sí... Entonces soy un poco vago y yo no me sé de todas las enfermedades ni cómo se.... Las tengo o no las tengo, y vale. Bien" (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

Además de la propia extensión cuantitativa del número de jóvenes que se hacen pruebas, este cambio en la concepción de la prueba podría ayudar a explicar parcialmente la pregunta mencionada anteriormente de alguno de los profesionales entrevistados de por qué muchos de quienes se infectan se han hecho pruebas ya anteriormente. Resulta, por tanto, clave investigar más a fondo lo que ocurre en el marco de las pruebas y desarrollar una estrategia que articule el fomento de la realización de tests para quienes presentan prácticas de riesgo, con el **mensaje de que hacerse pruebas no es un acto de protección de por sí.**

## 9.2. LA PRUEBA PARA LOS DIFERENTES PERFILES

Más allá de estos apuntes más generales, en el estudio se ha mostrado cómo la realización de la prueba del VIH muestra diferentes lógicas de acuerdo con los diferentes espacios discursivos/perfiles de jóvenes que venimos señalando. Ante todo, aparece una diferencia clara de acuerdo con la orientación sexual.

Entre los **heterosexuales** entrevistados, la prueba aparece como algo poco presente, en línea lógica con la menor sensación de exposición al VIH y de presencia del virus en los entornos. Por tanto, tienen muy escasa información sobre ella y tienden a desconocer casi por completo la propia existencia de pruebas rápidas. Es significativo, de hecho, que en el siguiente extracto del grupo de heterosexuales se sitúe la mínima relación con la prueba en otro país:

*"¿HABEIS OÍDO HABLAR ALGUNA VEZ DE PRUEBAS RÁPIDAS DEL VIH O DE TEST DEL VIH...?"*

*A mí me suena que cuando donas sangre y demás te hacen un análisis y determinan si tienes... si tienes el sida ¿no? Pero pruebas rápidas no tengo ni idea..*

*Yo no tengo ni idea de cómo se hace el test ni...*

*Yo había oído hablar porque mi padre es de Perú y en su pueblo había un autobús, que era de eso. Ni entré ni nada, no sé cómo se hace la prueba, pero yo sabía... Es que del VIH no sabía que había ni pruebas ni nada: me enteré por eso, que yo nunca lo he visto (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años)".*

La posible realización de una prueba entre varones heterosexuales estaría vinculada así, a la conciencia expresa de un comportamiento de riesgo excepcional, sobre todo –en línea con la comprensión del VIH que hemos señalado en el grupo de heterosexuales– con posibles compañeras sexuales casuales o en todo caso, a una más amplia prueba serológica con ocasión de alguna otra ITS.

Por el contrario, en la práctica totalidad de **jóvenes gays**, la prueba del VIH es más ampliamente conocida y casi todos están al corriente de las pruebas rápidas, más allá de ciertas dudas y déficits informativos sobre la de la necesidad de esperar el período ventana. También se expresan déficits informativos sobre los lugares donde se ofrece una prueba rápida gratuita (aunque algunos centros, como Sandoval o COGAM, parecen ser muy conocidos), pero una rápida búsqueda en Internet soluciona normalmente esta carencia.

Sin embargo, a pesar de que este conocimiento de las pruebas parece estar, en general, suficientemente extendido, las lógicas de realización de la prueba, las razones y formas de hacérsela, son muy diferentes en los diversos espacios.

Entre los **"gays normalizados"** con modelo de pareja estable (tanto cerrada como abierta), **la prueba se ha ritualizado como "ceremonia" de entrada a la pareja**, que permite mantener relaciones sexuales sin protección en su seno. Resulta muy marcada la "ritualización" de este comportamiento, que se ha repetido constantemente en los discursos recogidos y que para algunos jóvenes casi opera como una especie de rito "matrimonial". Junto con el abandono de Grindr y las apps, pues, la prueba de VIH ha pasado a formar parte de ese ritual de establecimiento de pareja y para muchos de los jóvenes que persiguen el modelo de pareja estable cerrada (no para todos), esta es la principal situación en la que se incorpora el test:

*"Mi chico, a pesar de la edad, por ejemplo, no es un chico que nunca haya salido a ligar ni ha buscado sexo. Ha tenido relaciones anteriores a la mía, pero tal...Al principio nos hicimos las pruebas, esperamos un tiempo, los tres meses que hay que esperar desde la última práctica... No teníamos ninguno de los dos VIH y... Y desde entonces no hemos usado protección..."*

*Yo con mi pareja, personalmente me hice la prueba del VIH, los dos, y desde entonces...O sea, dio negativo en ambos y desde entonces tenemos relaciones sin protección*

*Sí, te vas haciendo la prueba rutinariamente, y luego ya cuando empiezas con la pareja te haces el completo, que dicen... Que estés limpito (risas)" (Rg 2, HSH, 21-24 años).*

\*\*\*

*"Yo ahora mismo con mi pareja mantengo relaciones sexuales sin preservativo, porque hace seis meses nos hicimos las pruebas, estaba todo bien, y la confianza que tenemos el uno en el otro..." (Oscar, HSH, 23 años).*

En el **espacio "gay central"**, más vinculado a Chueca, el ambiente y el entorno asociativo (y a edades algo más adultas), **la prueba se ha "rutinizado" en forma de "chequeo médico"**, "como el colesterol", se dice en algún grupo. Muchos HSH se hacen regularmente las pruebas, con periodicidad anual o semestral en la mayor parte de los casos. De manera significativa –en la continuidad que se establece con otras patologías "invisibles" que también requieren "tests" para ser detectadas– algunos entrevistados refieren haber incorporado la prueba del VIH a otro tipo de revisiones médicas más generales:

*"VALE. ME INTERESABA TAMBIÉN EL TEMA DE LAS PRUEBAS. ¿TÚ TE HABÍAS HECHO PRUEBAS...?"*

*Todos los años. Todos los años me hacía... O sea, depende: a veces pasaba un año y medio, a veces sólo ocho meses, depende. Pero no por las prácticas, o sea por... Me sale en alemán, "regelmäßig"*

*¿Y POR QUÉ TE SALE EN ALEMÁN? (RISAS)*

*Porque he vivido allí. Entonces, "regelmäßig", o sea, "regularmente". Pues yo qué sé, desde que tengo dieciocho, diecisiete, siempre... pues a lo mejor esto de que vas al médico y: "Ah, ¿me haces análisis? Y sácame todo". Siempre me lo he sacado*

#### *O SEA, NO ERA SÓLO DEL VIH*

*Claro: para ver también hepatitis, lo que sea... Pero sobre todo por el tema VIH, un poco porque, claro, es lo más fuerte. Pero también por pedir análisis normales y corrientes, y por ver un poco todo. Porque también es que en mi familia hay como colesterolemia; yo no la tengo muy fuerte... pero está. Y a veces, depende de situaciones, me sube bastante. [...] Entonces esa también era una razón importante por la que siempre me he solido hacer... como análisis de sangre. Y ya aprovechaba: ya puestos... Y siempre que me he hecho un análisis de sangre he pedido serología. Siempre. O sea, que más o menos, puede haber un año que ha pasado un año y medio, pero más o menos cada año me he ido haciendo" (Pedro, HSH, VIH\*, 29 años).*

El mandato médico de la prueba se enlaza, en estos perfiles, con otras acciones de prevención secundaria que se han rutinizado. Sin ninguna duda, esta rutinización de la realización de la prueba constituye un signo del éxito de las acciones de información y difusión de la misma durante los últimos años en los espacios gay centrales, hasta el punto de que, según comentan algunos profesionales encargados de realizar pruebas, hay un número significativo de jóvenes que acuden a hacerse la prueba sin necesariamente haber tenido prácticas de riesgo:

*"Yo durante el último año he tenido dos casos de chicos de 18 años que les he preguntado "¿Por qué vienes a hacerte la prueba?" "Porque soy gay". "¿Pero has tenido práctica de riesgo?". "No, yo me protejo siempre, pero como dicen que los gays nos hagamos la prueba...". Y vienen chicos de 29, 30 años que me dicen "Vengo a hacerme la prueba porque ya era hora" "¿Pero ha pasado algo?" "No, pues que ya toca". (Mediador de Salud).*

Este aspecto, siendo señal del éxito de las campañas de difusión al respecto, tiene también como señalábamos anteriormente una faceta potencialmente negativa: **la desconexión entre prueba y práctica, la "rutinización" automática de la prueba, y el refuerzo de la idea de que habría menor probabilidad de transmisión, que podría estar también influyendo en esa concepción "protectora" del test del VIH que señalábamos antes.** Resulta necesario, por tanto, que los profesionales encargados de realizar las pruebas "desmitifiquen" este carácter protector del test.

En el caso de quienes tienen una **vida sexual más cercana a las relaciones esporádicas y al sexo anónimo**, la realización de la prueba se halla claramente menos rutinizada/ritualizada que en los otros dos espacios. Es decir, se asocia en menor medida a acontecimientos significativos o a costumbres ya incorporadas, y por tanto, se diría a tenor de lo mencionado por los entrevistados, que hay un

índice algo menor de realización de pruebas. No quiere esto decir que los HSH que ocupan estas posiciones no se hagan "jamás" la prueba, sino que la realización de la misma se ha incorporado en menor medida a las lógicas vitales y/o médicas que entre los gays "normalizados" (ritualizada como ceremonia de pareja) o los gays del "espacio central" (rutinizada como chequeo médico).

De hecho, la no incorporación de la prueba en estos perfiles, tal como indicábamos más arriba, tiene su justificación paradójica en la mayor sensación de exposición al virus y la mayor conciencia de haber podido vivir situaciones de riesgo – es, en este caso, **el miedo y la sospecha de la posibilidad de un resultado positivo** lo que **paraliza** muchas veces e impide tomar la decisión de hacerse la prueba. La realización de la misma se posterga, se va dejando... Como si al no hacerse la prueba se estuviera, de una u otra forma, manteniendo "a raya" al virus. Sin embargo, las infecciones por ITS sí que movilizan a los perfiles más reticentes, al "obligarlos" a acudir al médico/entorno de pruebas. Esto es algo que resulta de clara relevancia a la hora de pensar en "captar" a estos perfiles: el contagio de alguna ITS debería entenderse como "atajo" o "señal" de alerta para hacerse ya la prueba del VIH:

*"¿Y EN QUÉ SITUACIONES SE INCORPORA LA PRUEBA?"*

*Cuando te has cogido otra cosa*

*O cuando te llevas un susto.*

*Cuando te has cogido otra cosa ya dices: "bueno, ya me hago todo ya ver qué pasa"*

*O cuando a lo mejor has podido tener una relación de riesgo, que dices: me la voy a hacer y me la quito*

*Claro. También. Sí. Pero suele ser más cuando ya has cogido algo, que dices: bueno, ya aprovecho y me hago todo" (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

El caso de los **HSH no gays** es más dudoso, por su menor presencia en la investigación y por las propias estrategias de "ocultamiento". Sin embargo, todos los indicios apuntan a que serían un colectivo con muy baja presencia de la prueba, tanto desde su lejanía sentida al VIH como desde el mismo desconocimiento de las instituciones sanitarias o asociativas que las realizan. El reciente análisis realizado por Percy Fernández Dávila, Cinta Folch y sus colaboradores sobre los datos de la encuesta EMIS desvela que, en España, los HSH que nunca se han hecho la prueba tienden en mayor medida a definirse como bisexuales o heterosexuales, a no haber revelado su orientación sexual a nadie, a no haber visitado locales de ocio gay y locales de sexo...<sup>99</sup>. Asociación de factores que parece lógica, dada la

---

99 Fernandez Davila, P Folch C et al (2013) "Who are the men who have sex with men in Spain that have never been tested for HIV?", HIV Medicine, 2013, 14 (Suppl. 3), 44-48

normativización gay que hemos señalado respecto de la prueba y que nos indica que este espacio –que ya indicamos como especialmente vulnerable respecto del VIH y las prácticas de riesgo– también sufriría mayores dificultades en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas.

Queríamos mencionar, finalmente, una situación específica en las condiciones de acercarse a la prueba entre los **jóvenes inmigrantes**. Si bien, en un sentido general, podemos decir que a la hora de hacerse pruebas del VIH la nacionalidad o el origen resultan factores menos relevantes respecto a otras características centrales, como el grado de “inserción” en la comunidad gay, sí que hay un tema directamente relacionado con aquellos jóvenes que provienen de otros países: **la exclusión del sistema de salud de las personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria**, a causa del real Decreto 16/2012. Es cierto que, según comentan los técnicos entrevistados, la atención a pacientes con VIH es una de las excepciones al decreto. Pero esta información no es conocida por la mayoría de personas (e incluso, al decir de algunos técnicos entrevistados, tampoco por muchos profesionales del sistema de salud madrileño, donde la aplicación del decreto se estaría produciendo dentro de una gran confusión y de informaciones contradictorias).

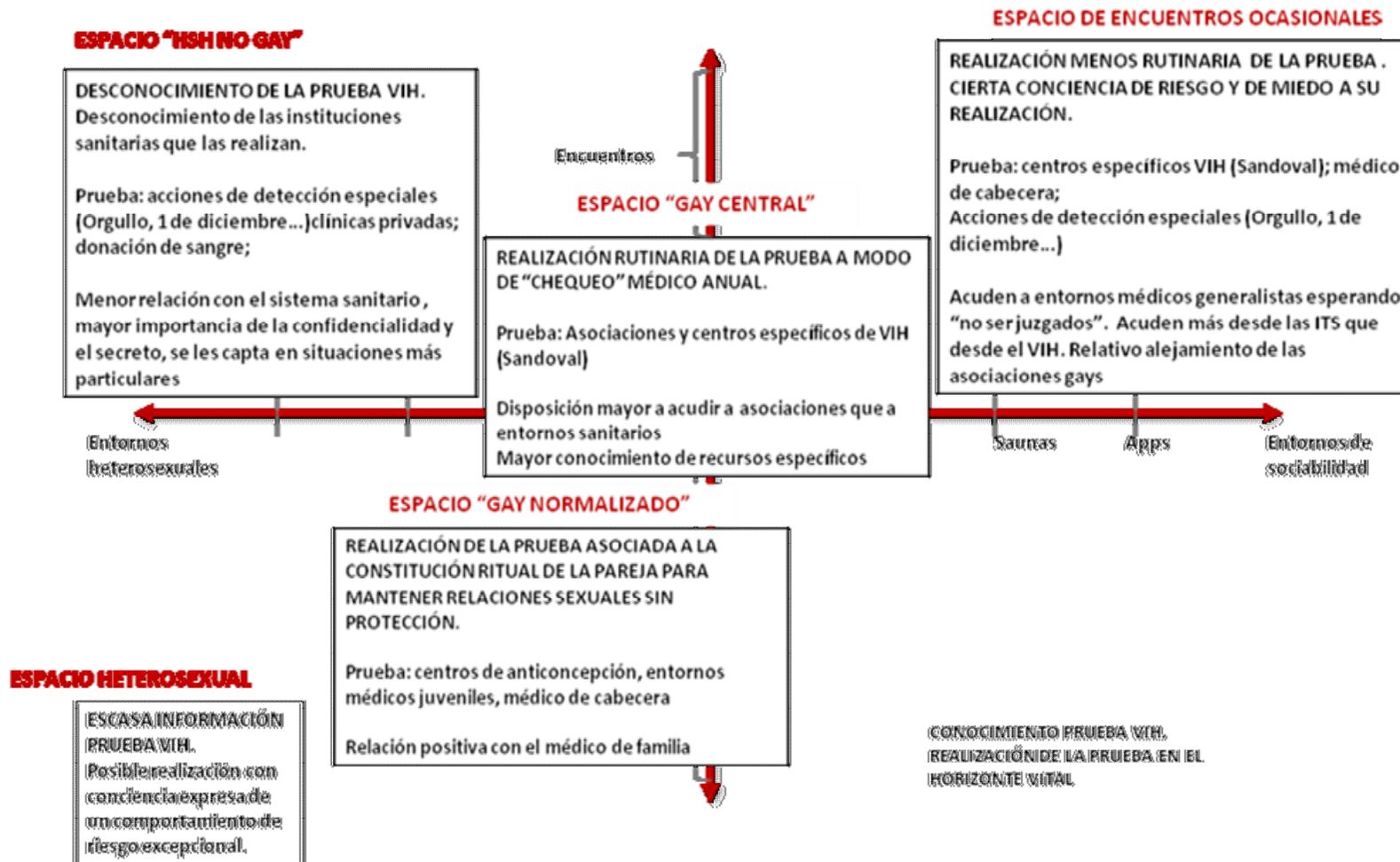
Por ello, aunque la atención a personas con VIH continúe estando en mayor o menor medida garantizada<sup>100</sup>, resulta claro que **la exclusión sanitaria está teniendo un efecto disuasorio respecto de la realización de pruebas del VIH** (tanto en este estudio como en otras investigaciones cualitativas –Conde y Santoro 2012–, se detectó en algunas personas subsaharianas una resistencia a hacerse pruebas desde la creencia de que, ante un hipotético resultado positivo, no iban a tener atención sanitaria o de que tener VIH iba a conllevar su expulsión de España). Por otro lado, aunque no se tenga mucha información sobre los tratamientos, todos los entrevistados, tanto autóctonos como inmigrantes, saben que se trata de **medicación muy cara**, lo cual agudiza los miedos a los recortes en la atención sanitaria – e incluso en otros perfiles lleva a interpretar determinadas decisiones preventivas y sanitarias (p.ej. no “publicitar” la Profilaxis Post-Exposición a la población general) como una cuestión económica.

Resulta imposible estimar cuantitativamente cuántos varones inmigrantes habrían dejado de realizarse la prueba del VIH debido a estos temores, pero caben pocas dudas de que ese efecto disuasorio se está produciendo. Como ya señalamos al comienzo del informe, parte del significativo descenso de nuevos diagnósticos entre la población **subsahariana** podría quizá atribuirse a este contraefecto de la reforma sanitaria. Sería preciso, por tanto, actuar al respecto (facilitar el acceso a la prueba y garantizar realmente la atención sanitaria).

---

100 Si bien en principio la excepción estaría explicitada dentro del decreto, su aplicación no está siendo tan fácil y automática: Yo Sí Sanidad Universal y otras plataformas de ciudadanos y profesionales sanitarios llevan tiempo trabajando en el área y denunciando casos de exclusión sanitaria al respecto. Igualmente, los técnicos entrevistados han apuntado ciertas situaciones de dificultades en el acceso a la atención que, incluso en algún caso, nos dicen que habrían llevado a casos de jóvenes extranjeros que recurren a la prostitución para pagar su medicación de forma privada.

**Gráfico 9.1: LA RELACIÓN DE CADA ESPACIO CON LA PRUEBA DEL VIH**



### 9.3. LOS LUGARES DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA Y LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO

En el gráfico 9.1 de la página anterior, donde hemos tratado de proyectar todo lo que venimos indicando en torno a la prueba sobre el mapa topológico que estamos utilizando, hemos incluido igualmente algunas precisiones relacionadas con los lugares donde cada uno de los “espacios” tiende a realizarse la prueba. Si bien se trata de menciones esquemáticas, y que individualmente están sujetas a grandes variaciones, sí que podemos apuntar tendencialmente formas diversas de entrar en relación con el sistema sanitario desde cada uno de los espacios.

En el **espacio “gay normalizado”** – en continuidad con su cercanía respecto de los jóvenes heterosexuales – se ha expresado una cierta tendencia a realizarse la prueba en **centros más generalistas y destinados a la población juvenil general**. En ese sentido, este perfil (como también han indicado algunos técnicos entrevistados) se hallaría más cercano a recursos que incluyen a público heterosexual: centros de salud joven, centros de anticoncepción... También se ha mostrado, como volveremos a señalar inmediatamente, una mayor relación con la atención primaria y el **médico de cabecera**, desde la mayor apertura a la “revelación” de la orientación sexual que se da en el actual contexto de normalización.

Quienes ocupan lo que venimos llamando el **espacio gay central**, en coherencia tanto con la presencia destacada en este espacio de asociaciones comunitarias como de una conciencia más destacada del propio VIH, muestran una mayor cercanía a **recursos específicos**, sean estos las **asociaciones gays** o los **recursos sanitarios específicos para VIH e ITS**, como el Centro Sandoval. La diferente consideración que se hace de estos recursos más específicos y especializados señala, de hecho, una de las diferencias más claras entre quienes venimos situando en el espacio de la “normalización” y quienes ocuparían el “espacio gay central”, como puede verse en el siguiente diálogo sobre el Centro Sandoval entre un chico “normalizado” y crítico del ambiente y otro que sí se “mueve” por el ambiente gay y muestra más proximidad al mundo asociativo: mientras que al primero la imagen de “ghetto” que le evoca el centro y el centramiento específico en el VIH tienden a expulsarle del espacio, el segundo destaca cómo no se le juzga y lo “relajado” que le parece:

*“Es horrible el sitio ese, es horrible... [Sandoval]”*

*Ay, pues a mí me parece súper relajado*

*¿Relajado? Es horrible con todos los carteles ahí: sida sida sida... Y toda la gente que hay que es...*

*Pues fíjate, en un hospital público normal me daría más cosa que en Sandoval*

*Yo toda la gente que vi era... Es que no quería ni que se me sentaran al lado.*

*¿Pero qué coño? ¡Al revés! Perfectamente, porque dices: "Este ¿que me va a juzgar?". Pues vete a un hospital público...*

*Pero era el ambiente, todo desconchado.*

*Yo la verdad, ahí, la chica que me tocó, bueno, la señora, muy bien.*

*Sí, muy majos, muy profesionales*

*Ahora, te preguntan de todo. Pero es su trabajo, evidentemente. Y todo muy bien.*

*Lo que pasa es que el sitio sí que es verdad... No sé, está ahí en una planta baja, la sala de espera, todo desconchado, los carteles del sida, que te van a pinchar... Es como: "Madre mía, quiero salir ya. Que me digan que estoy bien y me voy: no quiero volver aquí nunca más". (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

En el caso de quienes ocupan el **espacio de relaciones ocasionales**, parece que también existiría una cierta resistencia respecto a la realización de la prueba en los entornos asociativos. Ya sea por el propio alejamiento simbólico de las asociaciones gays, ya sea por una sensación, expresada a medias en el estudio, de la abundancia de preguntas personales que, desde ciertos pre-juicios, se pueden asociar con un cierto "juicio moral" en las sesiones de *counselling*, este perfil de jóvenes HSH tendería más bien a acercarse a **entornos clínicos más generales pero también más anónimos**.

*"[En las asociaciones] te hacen un cuestionario sobre tu vida personal, que yo las contesto encantado porque me da igual, pero habrá personas que son más reservadas... y que se mete mucho en tu vida personal. Es interesante porque se sacará mucha información demográfica y tal, pero una persona que sea muy introvertida es probable que no vuelva, que la próxima vez se vaya a su médico o no se la haga, porque invade mucho tu vida personal, se mete mucho en tus prácticas, en lo que haces o no haces, cómo lo haces. A mí no me importa contar lo que hago, pero no creo que sea así con todo el mundo [...] Y el médico de cabecera no hace preguntas, solamente te mira mal cuando se lo pides, pero... vamos, te las va a hacer sí o sí. O si no, vas a otro médico" (Alberto, HSH, 22 años).*

De hecho, según lo que se ha mencionado repetidamente, muchas veces es el contagio de alguna ITS lo que se encuentra detrás del contacto de estos perfiles con el sistema sanitario – infección que lleva al médico de cabecera o, directamente, al hospital o a recursos especializados como Sandoval.

*"Reconozco que hemos tenido que ir al médico porque hemos tenido infecciones sexuales del tipo de... gonococo, clamidiasis, todo este tipo de cosas" (Edmar, HSH, VIH+, 21 años).*

Por otro lado, ya hemos señalado cómo el tabú y el miedo respecto del VIH que operan en este espacio de relaciones ocasionales aparece como un obstáculo mental para la propia realización de la prueba, que se posterga en el tiempo incluso (o sobre todo) cuando se es consciente de haber tenido prácticas de riesgo. Es por esto que muchas veces el contacto de estos perfiles con el test del VIH es más "lateral": bien por **mediación de alguna otra ITS** de la que uno se pueda haber contagiado, como acabamos de indicar; bien en relación con **acciones especiales de detección** (el Orgullo, 1 de diciembre), que suponen una suerte de "aquí te pilló aquí te mato" que permite romper ese bloqueo:

*"Entonces, pues eso, volviendo a lo del VIH, a raíz de la semana que me puse enfermo [N: cree que fue la primoinfección], tenía la mosca detrás de la oreja, pero como estábamos en la semana del Orgullo era como que no era el momento de plantearse hacerse la prueba*

*¿Y POR QUÉ EN LA SEMANA DEL ORGULLO NO ERA EL MOMENTO DE HACERSE LA PRUEBA?*

*Pues no sé, parece como que sales con tus amigos, no sé, no era el momento de estar preparado psicológicamente para...*

*PARA ENFRENTARTE...*

*Sí. Pero al final me pudo la curiosidad y en la plaza de Vázquez de Mella pusieron una caravana o algo así, para hacerte la prueba rápida, que te pinchaban en el dedo y tal. Y no lo tenía pensado, pero quedé con un amigo, además en la misma plaza y eso, viendo las casetas que había, que en una te regalaban condones, nosequé y tal, pues estaba ahí la caseta y de hecho estaban casi cerrando, creo que fui la última persona que atendieron. Y no sé, fue como instintivo, además con mi amigo delante y le dije: espérate aquí que entro un momento..." (Ramón, HSH, VIH+, 26 años).*

El caso del espacio que venimos denominando como **"HSH no gay"** es también relevante. Se expresa aquí una mayor lejanía y desconocimiento de los recursos específicos y, en muchos casos (especialmente cuando hablamos de jóvenes inmigrantes), una menor cercanía al sistema sanitario en general. Dada la persistencia de la homofobia y del estigma, la importancia concedida a la confidencialidad es mucho mayor, lo cual explica, entre otras cosas, el aparente mayor recurso de estos perfiles a la donación de sangre o, más aún, a la realización de la prueba en clínicas privadas. Además, la lejanía sentida respecto de la problemática del VIH (que sería "una cuestión de gays") aleja de la propia realización de la prueba. Todo esto implica que estos perfiles más aislados y con una menor auto-identificación como "gays" resultan accesibles al sistema sanitario casi únicamente en situaciones más particulares y en acciones especiales de

detección. El problema central, en los casos en los que se ha logrado llegar a ellos, es **lograr instaurar una conciencia de la necesidad de repetir la prueba en caso de persistencia de conductas de riesgo**, pues pueden entender que “con una vez que me haga la prueba basta”:

*“¿Y TENÉIS PENSADO REPETIROS LA PRUEBA HABITUALMENTE?”*

*Yo ya... Yo me la hago ya y de ahí... Ya sabré si sí o si no, y que ya tengo que usar condón... O sea, que yo ya...” (Pedro, HSH/transgénero, origen marroquí, 20-22 años).*

Por último, aunque saliéndonos del mapa de espacios, queríamos señalar también algunas cuestiones que se aplican en el caso de los **jóvenes inmigrantes**. Por supuesto, es preciso diferenciar entre los jóvenes nacidos fuera de España que pertenecerían a una “inmigración económica”, y cuya llegada al país es relativamente cercana en el tiempo, tanto de los inmigrantes “de segunda generación” (que han nacido en España o han venido a muy corta edad) como de aquellos jóvenes gays que habrían llevado a cabo una “inmigración sexual” y muestran una mayor inserción en la comunidad gay. En lo que respecta a la prueba, los dos últimos grupos mostrarían una gran similitud con los perfiles autóctonos; así pues, es el primer colectivo indicado, los “inmigrantes económicos”, quienes presentan ciertas características propias en la relación con el sistema sanitario y la prueba, esencialmente tres.

La primera singularidad del colectivo inmigrante residiría en su mayor **desconocimiento de la lógica del sistema sanitario español** y, de forma general, en la relación más limitada que establecen con los centros de salud y otros recursos de atención sanitaria (sobre todo en tanto que estamos hablando de jóvenes con, generalmente, buena salud y menor necesidad de acudir al médico). Esto también conlleva un mayor desconocimiento de los posibles recursos específicos para la realización de pruebas del VIH.

En relación con el VIH, hay otra cuestión altamente relevante y que tiene que ver con la concepción de la salud vigente en sociedades más tradicionalistas: **la enfermedad se concibe ante todo como un episodio agudo y que muestra síntomas claros** (dolor, mareos, signos físicos, molestias, etc.). La visita al médico se organiza exclusivamente, por tanto, en relación con la “alerta” de la condición aguda sintomática y tiende a excluir el seguimiento y control más preventivo de la salud que se asocia a las enfermedades crónicas. Por ello, se ha observado entre algunos inmigrantes latinos y, sobre todo, entre los subsaharianos, una menor conciencia de la necesidad de “revisiones” y “pruebas” vinculadas a enfermedades crónicas o a patologías que no muestran síntomas:

*“Es que si no duele nada... los africanos no vamos al médico. Si no te duele, no estás enfermo... Pero si sientes algo, temblando, o duele la cabeza... vas hacer pruebas. O si hay un mareo o...” (Yossou, Senegalés, Heterosexual, 29 años).*

La última cuestión, que ya señalábamos en el apartado anterior, se vincula a la creciente sensación de **“rechazo” o “expulsión” del sistema sanitario** que pueden estar experimentando los jóvenes inmigrantes sin permiso de residencia a raíz del Decreto que recorta la atención sanitaria, y que probablemente ejerce un “efecto disuasorio” a la hora de pensar en realizarse un test de VIH.

#### **9.4. DOS TENDENCIAS EN LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO Y LA PRUEBA DEL VIH**

Más allá de las singularidades de cada uno de los espacios, la investigación ha mostrado transversalmente dos cuestiones, dos tendencias, en la vinculación con el sistema sanitario, que resultan relevantes a la hora de pensar en la atención al VIH y en las lógicas de relación con la prueba.

En primer lugar, en línea con el proceso más generalizado de legitimación y “normalización” de la homosexualidad, cabe detectar en los chicos gays entrevistados una **mayor cercanía al sistema sanitario generalista, desde la relación más abierta que se establece con el médico de cabecera**. La salida del armario, de acuerdo con lo que dicen los entrevistados, también se habría producido con respecto al médico, lo cual implica que los gays más jóvenes y de perfiles más “normalizados” tenderían a establecer con el médico una relación más “franca”, menos marcada por el secreto y el ocultamiento de la orientación sexual. Evidentemente, no en todos los casos es así, y también se han mencionado anécdotas críticas con médicos más mayores o más intolerantes. Pero para muchos jóvenes gays, la relación con el médico de cabecera tendería a ser hoy más positiva, con menores tabúes. Por ello, resulta un aspecto emergente **la demanda directa al médico de cabecera de la prueba del VIH**, que – incluso haciendo la mayor parte del reclutamiento de los entrevistados a partir de asociaciones y centros de pruebas rápidas – se ha repetido en la investigación:

*“Yo mi médico de cabecera... tengo suerte, que yo conozco casos que a lo mejor su médico de cabecera no les hace ni puñetero caso, y les dice: “Si es que te he hecho una [prueba] hace tanto...”. Pero siempre me ha cuidado mucho en ese caso. Sabe que soy homosexual y siempre ha estado muy pendiente” (Oscar, HSH, 23 años).*

\*\*\*

*“Sí que es cierto que en los sitios donde hay más colectivo homosexual lo saben, en cuanto te ven saben lo que tienes. Saben a lo que estás expuesto, saben que hay otro tipo de prácticas de riesgo, de formas de infección. Aparte, si tu médico te conoce, sabe perfectamente si la lías parda o no, porque si vas yendo por una cosa y otra...” (Dani, HSH, 28 años).*

Una segunda tendencia detectada en el estudio, en una lógica algo diferente, apunta a la **mayor continuidad percibida entre las lógicas de detección del VIH y las de otras patologías/situaciones médicas**, que parecen estarse

aproximando hoy en la experiencia de los jóvenes gays. Evidentemente, esto tiene relación con la "desdramatización" del VIH y su menor excepcionalidad percibida: despojado en parte de sus caracteres más agresivos y peculiares, cronificado, el VIH cada vez "se parecería más" a otras enfermedades, cada vez ocupa en menor medida un espacio propio e incomparable. Así, donde antes la "prueba del sida" marcaba un terreno de especificidad absoluta en su detección, ahora su particularidad, su marcadísima relevancia simbólica (sin llegar a desaparecer, por supuesto) se habría mitigado. De ahí que, como apuntan algunos profesionales entrevistados, muchos de quienes hoy acuden a realizarse pruebas del VIH soliciten la realización de test más generales, que incluyan también otras ITS. Incluso el repetido recurso a donar sangre como forma "indirecta" de realización de la prueba podría interpretarse ya no como un modo de salvaguardar la confidencialidad, sino en línea con esa cierta normalización del VIH en el espacio del control médico, con el creciente "alineamiento" del VIH con otras patologías:

*"Pero por ejemplo, mi amigo Z hace lo de cada x tiempo se va a donar sangre..."*

*Claro, yo por eso me voy a donar sangre...*

*Y te hacen la prueba y fuera, ya te dicen...*

*Pero no sólo por el VIH, por todo, por... "Ah, que tienes bajo algo", o "que tienes alto tal" o lo que sea.*

*Ya, que seguro que tu primera preocupación es que tengas bajo el hierro, seguro (Risas)*

*No, pero evidentemente te miran todo: VIH, hepatitis, te miran todo. Y mira, es una forma más de donar y de..." (Rg 3, HSH, 25-29 años).*

Esta tendencia hacia el "alineamiento" del VIH con otras enfermedades, al menos en lo que respecta a la concepción de su detección, resulta relevante a la hora de pensar en las estrategias de comunicación y extensión de la prueba – y en particular, en cuanto a la **conveniencia de estrategias que señalen una mayor continuidad entre el VIH y el resto de ITS.**

## 10. LOS JÓVENES VARONES INMIGRANTES Y EL VIH

---

La atención específica de la investigación a la posición de los jóvenes inmigrantes procedentes de América Latina y del África Sub-Sahariana ha arrojado también, a pesar de la escasez del tamaño muestral, algunos resultados que pueden ayudar a reflexionar sobre acciones o líneas de actuación para intervenir en estos perfiles. Ante todo, aparece la necesidad de **diferenciar entre la nacionalidad y la situación de inmigración**: cada vez resulta más común en las nuevas generaciones (sobre todo entre los chicos latinoamericanos) el caso de inmigrantes de segunda generación, o bien venidos a España con pocos años de edad e integrados en entornos autóctonos, cuya mentalidad y comportamiento sexual se aproxima en gran medida al de los españoles.

Igualmente importante es la diferencia entre **inmigración económica** e **inmigración por motivos sexuales** (esto es, varones gays que han inmigrado a nuestro país en busca de mayor libertad sexual y huyendo de contextos homófobos). Buena parte de los gays latinos entrevistados, especialmente los de mayor edad, respondían al mencionado perfil de inmigrante sexual, procedentes de países con culturas más machistas y homófobas que la española. Con relativas excepciones referían contextos similares al que describe Patricio Aguirre: "las celebraciones entre amigos y familiares invisibilizan la homosexualidad, mientras que en la televisión se la ridiculiza a través de la feminidad o la parodia de personajes travestidos. Frecuentemente el gay es representado como enfermo, transformado, cambiante de sexo, anormal, sin posibilidades de derecho y autonomía"<sup>101</sup>. Homofobia que, por otra parte, no deja de tener su efecto (limitador) sobre la posibilidad de encuentros sexuales.

En el proceso migratorio, varios de ellos decían haber vivido tras su llegada lo que algún profesional describió como una suerte de "**segunda adolescencia**", multiplicando su número de contactos sexuales.

*"En los chicos latinos, más allá de la prostitución, han vivido su sexualidad en los países de origen de una manera muy encorsetada..., por la homofobia, por el machismo, y entonces cuando salen de su país y vienen aquí... lo tienen todo tan a a..., es todo es tan anónimo que se vuelve una especie de segunda adolescencia y eso les hace no tener una percepción del riesgo clara... y se exponen mucho más.... Es como si hubieran estado 30 años encarcelados... y, de repente, eres libre...pero es una etapa cultural...Hay una libertad en España, en ciertos aspectos, que ellos nunca la han vivido..y eso fomenta los contactos sexuales que puedan tener...".(Entrevista Asociación).*

---

101 Aguirre Arauz, P. (2008) "Maricones: entre la disputa y la clandestinidad", en Araujo, K y Prieto, M., eds. Estudios sobre Sexualidades en América Latina, FLACSO:Ecuador, pág. 141

Al mismo tiempo, el desamparo, la soledad y la carencia de redes sociales y de amistad (común en las primeras etapas de cualquier proceso de inmigración) les llevaría a conceder **una gran importancia a la pareja** y a depositar una "excesiva" confianza en el compañero sexual, incluso cuando la relación no es exclusiva: varios profesionales se refirieron al papel que el "mito del amor romántico" cumple en muchas infecciones que observan entre chicos latinos. Esta tensión entre la apertura a un gran número de contactos sexuales y la "necesidad" de apoyo emocional y confianza en una pareja genera una situación contradictoria y dificultosa que parece generar en sí una cierta vulnerabilidad frente al VIH.

*"En Latinoamérica es, incluso, denigrante ser homosexual... Cuando vienes a un país, como España, y ves toda esta libertad...y en Latinoamérica ni siquiera se habla de sexo seguro, ni de prácticas en las escuelas, ni de nada... El VIH está mal visto, del VIH no se habla...Y llegas aquí y te encuentras con este mundo que... Es un choque cultural, y obviamente, como se dice aquí, los latinos sueltan las trenzas y empiezan a vivir a lo loco... Pero los latinos no tienen sexo sólo entre ellos: están con la población autóctona. Eso quiere decir que la vulnerabilidad no está en... sobre todo en el hecho de que sean latinos, sino en el hecho de que tengan, a lo mejor, una necesidad mayor de integrarse que otras gentes..." (Entrevista Asociación).*

Esta tensión específica alrededor de los primeros momentos de los gays inmigrantes por razones de mayor libertad personal y sexual en Madrid se ha mostrado especialmente relevante para muchos de los chicos latinoamericanos entrevistados, pero no se trata tanto de una "propiedad" cultural como de un factor estructural, relacionado con la lógica del proceso migratorio. Así, aunque en menor medida, también se observa una situación parecida en los primeros momentos en Madrid de **gays autóctonos que han realizado una migración interna** (por ejemplo, por motivos de estudios o trabajo) a Madrid desde entornos más pequeños y homófobos.

## **10.1. LOS VARONES LATINOAMERICANOS ENTREVISTADOS PARA EL ESTUDIO**

La información que se ha producido en la investigación sobre la situación de los jóvenes de origen latino en la Comunidad de Madrid en relación con los objetivos de la investigación parezca apuntar, dentro de las limitaciones de la muestra realizada, a un intenso **proceso de transformación de dicha población desde un doble punto de vista.**

Por un lado, se constata la creciente presencia de un colectivo amplio de **jóvenes latinos "de segunda generación"**, a los que coloquialmente se sigue denominando "inmigrantes" pero que, en realidad, **han pasado una gran parte de su vida en España**, se han socializado en este país y participan, de forma creciente, del conjunto de valores, de normas y de criterios de la población

autóctona y que, desde estos puntos de vista, son ya más “españoles” que “inmigrantes”.

*"POR EMPEZAR, SI ME PODÍAS DECIR TU EDAD..."*

*21 años*

*¿Y DE DÓNDE ERES?*

*Yo nací en Colombia, pero llevo toda mi vida aquí...*

*O SEA, VINISTE MUY PEQUEÑO*

*Sí, con cinco años.*

*O SEA, QUE COMO SI FUERAS DE AQUÍ*

*Sí". (Edmar, HSH, VIH+, 21 años).*

Un componente muy mayoritario de los procesos migratorios de las familias de origen de estos jóvenes fue, simplificando la expresión, la **motivación económica** y el afán de promoción personal y familiar. Motivación y proceso migratorio fuertemente disminuido en los últimos 7-8 años en el contexto de la actual crisis económica con su traducción en que una gran parte, un alto porcentaje de los adolescentes y los jóvenes latinos residentes hoy en la Comunidad de Madrid se han educado en España y presentan características crecientemente similares a los jóvenes autóctonos. En este sentido, el grupo de jóvenes latinos heterosexuales realizado que habían nacido fuera de España pero que llevaban ya más de 11 años de residencia en Madrid, manteniendo ciertos elementos más propios de las culturas latinoamericanas –como puede ser la mayor duración del “cortejo” entre heterosexuales o la persistencia de estereotipos y roles de género algo más tradicionales–, expresaban y descubrían comportamientos muy similares, por ejemplo, “las amigas con derecho a roce”, a los expresados por los jóvenes autóctonos de un tiempo a esta parte (Conde y Gabriel, 2004).

*"Llevo sin novia 2 años... No me llama la atención tener novia... Prefiero salir con mis amigos... Tengo amigas con derecho a roce... estás con ellas, pero no estás... Tienes alguien con quien quedar, pero no es la novia." (Rg 4, Jóvenes Latinos Heterosexuales, 18-19 años).*

En esta misma dirección de un mayor acercamiento y aproximación a las conductas y comportamientos de los jóvenes autóctonos, algunos entrevistados de ONGs que trabajan con jóvenes latinos HSH subrayan cómo estos jóvenes, a diferencia de los jóvenes HSH inmigrantes de los llamados “países del Este”, o del Norte de África, que se mantienen al margen del “ambiente” gay de Chueca y del contacto con las propias ONGs, sí participarían más directamente del “ambiente gay” de Chueca. Evolución de las lógicas migratorias en el colectivo latino que lleva a más de un informante de las ONGs entrevistadas a cuestionar la posible razón de ser de las

campañas específicas para inmigrantes latinos en la medida, destacan, que son prácticamente “españoles”.

*“Yo creo que latinos y autóctonos manejan una información muy parecida. A lo mejor hace 6 años no era así, pero ahora que, digamos, no hay una oleada de población migrante reciente, sino que la que tenemos es la de hace 10 años... Yo creo que la información que manejan es prácticamente igual: internet y asociaciones.” (Entrevista asociación).*

Por otra parte, también se ha constatado la emergencia de un componente de **emigración desde Latinoamérica por motivos sexuales**, muy focalizada en **jóvenes homosexuales** que acceden a España, y más en concreto a la Comunidad de Madrid, por el **clima de tolerancia y de libertad** existente en esta ciudad, en contraste con sus países de origen en los que –dentro de las diferencias entre unos y otros países y culturas– la cultura dominante expresa un fuerte componente machista y homófobo y donde los procesos de estigmatización y de exclusión social de los países homosexuales son muy intensos y dolorosos. Ya señalamos anteriormente las difíciles y dolorosas “salidas del armario” narradas por algunos chicos inmigrantes:

*“¿Y COMO FUE PARA TI CON TUS PADRES, TU FAMILIA...?”*

*No, no, no fue fácil. Porque mi papá era machista, de hecho. Entonces siempre fue desde niño, que me criaba y: “es que tienes que trabajar y trabajar y...”. Yo me di cuenta de que soy gay, creo que en la secundaria... De hecho en la secundaria todavía intenté tener novias pero sabía que... [...] Se enteró primero mi mamá, pero porque me pilló... [...] Reaccionó muy mal, a mí me dijo que me quería mandar al psicólogo, que seguro que estaba confundido... Le tomó 5 ó 6 años aceptarlo”. (Israel, HSH, origen mexicano, 29 años).*

Tendencias y componentes migratorios de clara y diferencial repercusión en uno y otro tipo de joven latino. Los jóvenes “de segunda generación”, que han tenido su proceso de socialización en España, tienden a asemejarse de forma creciente a los jóvenes autóctonos. Sin embargo, el proceso migratorio más vinculado directamente a la búsqueda de libertad suele ir asociado, según testimonia algún entrevistado de dicho perfil y según destacan los informantes de las asociaciones, a esa especie de “choque cultural” inicial ya mencionado, que se traduce en una amplia exposición a posibles prácticas de riesgo durante los primeros meses tras su llegada.

*“En los chicos latinos, muchos han vivido su sexualidad en los países de origen de una manera muy encorsetada... por la homofobia, por el machismo. Y entonces cuando salen de su país y vienen aquí... lo tienen todo tan a mano, es todo es tan anónimo que se vuelve una especie de segunda adolescencia y eso les hace no tener una percepción del riesgo clara y se exponen mucho más. Es como si hubieran estado 30 años encarcelados y, de repente, eres libre... pero es una etapa cultural. Hay una libertad en*

*España, en ciertos aspectos, que ellos nunca la han vivido, y eso fomenta los contactos sexuales que puedan tener..." (Entrevista asociación).*

Es, por tanto, en este caso de inmigración sexual más reciente en el que algunos interlocutores de la investigación acentúan el contraste entre el "cocktail" de represión y desinformación en los países de origen y el contraste con la libertad y la mayor exposición al riesgo en la vida de Madrid que, como indicamos, se ha expresado mediante diferentes metáforas, como en este extracto de entrevista:

*"Si, (noté muchos cambios), tanto en el ambiente social como en....Es muy distinto la forma de pensar de aquí de la forma de pensar de Venezuela... , la forma de actuar con la parte homosexual, ...O sea aquí hay muchísima más libertad, ...Cuando yo llegué aquí pues, es como si viviese en África, no tuviese nada de comer y llegara a un sitio y te pusieran un buffet libre y te dijeran ihalai, ihaz lo que quieras (risas)...Hice lo que quise...No tenía hora de llegada, ni hora de salida. También tenía mucha promiscuidad, muchísima... Yo era la persona que se iba de fiesta, me iba a las saunas, no tenía pareja estable, y aquí había menos represalias que en Venezuela...Aunque actualmente ya no hay tanta allí, pero si, si, hay una diferencia cultural abismal". (Juan, HSH, origen venezolano, 28 años).*

Pero esta "explosión" se topa también con la propia desinformación sobre el VIH. Aunque se observan diferencias significativas por países y entornos sociales de origen, sí que parece darse entre los chicos latinos de este perfil entrevistados un **mayor desconocimiento específico del VIH**, una **educación sexual más deficitaria** (incluyendo el "mandato" más relativizado del preservativo), y una **pervivencia de imaginarios más tradicionales del VIH/sida** (ideas de sufrimiento físico y muerte, sensación de que el sida "se nota" físicamente, etc.). Así se expresa un contraste entre las imágenes que se poseen sobre el sida en sus países o culturas de origen y el aspecto físico sano, bello y saludable de los HSH que se encuentran en Madrid.

*"¿Y DEL SIDA EN VENEZUELA?*

*Personas muy flacas, desnutridas, personas muy tristes, personas deprimidas. En los carteles era gente que tenían sida y estaban muy mal, muy mal..." (Estanis, HSH, VIH+, origen venezolano, 20 años).*

*\*\*\**

*"Yo no tenía ni idea. No sabía la diferencia entre el VIH y el sida... Ni siquiera sabía qué significaba ser seropositivo. De hecho yo buscaba muchas veces información [en Internet]: "¿Qué es ser seropositivo?". Ni siquiera sabía ponerlo: ponía "ceropositivo" y cosas así.*

*¿Y TENÍAS ALGUNA IMAGEN,...?*

*Había escuchado algo del sida, pero que normalmente el sida era una enfermedad que tenían las personas así como muy... muy tiradas. No sabía que era una enfermedad tan común y que afectaba a personas de cualquier... a cualquier persona. Siempre me imaginaba una persona con sida, pues una persona así como... fea, mal vestida, así como... un poco indigente. No me imaginaba que era un perfil... También el sida pensaba que era como que te iba demacrando, te iba afectando físicamente, hasta que te convertías en un desecho humano". (Edmar, HSH, VIH+, origen colombiano, 21 años).*

En este entorno, se expresan dos dimensiones singulares que acentúan la exposición al riesgo de transmisión de vih en este tipo de perfiles. En primer lugar, el **"aspecto físico" dominante en España reduce mucho la sensación de exposición al riesgo** e induce un rápido abandono del preservativo en la relación sexual especialmente durante los primeros momentos de la estancia en Madrid, en la que todavía se están desarrollando los procesos de integración en las comunidades gays madrileñas y en las que todavía no se ha asimilado totalmente los códigos de presentación y de funcionamiento de dichas comunidades.

Un segundo factor de riesgo procede de lo que alguno de los profesionales de las ONGs que más relación tienen con los jóvenes latinos, denomina el **"mito del amor romántico"**, de la excesiva "confianza" en el otro.

*"Hay un perfil que está apareciendo cada vez más,....¿Cual es ese patrón?...El tema del mito del amor romántico. Hay un perfil de chico gay latino que cuando construye su identidad de gay homosexual interioriza los valores femeninos de la cultura de origen...Estamos hablando de una cultura latina donde el machismo todavía es bastante potente y donde...las mujeres y la sexualidad está mucho más controlada que aquí ...y, entonces,... primero hay poca cultura del preservativo, segundo cuando me lo pongo es cuando, por lo que sea, he tenido relaciones sexuales con un desconocido..., pero con aquel hombre que yo percibo que me quiere, que me cuida, que me va a cuidar, que, además, un ejemplo de que me va a cuidar es que no se va a correr dentro, y no me va a hacer un bombo...pero aún así, daría igual porque como me quiere..si tenemos un niño, tenemos un niño.....Eso que percibo en las mujeres lo estoy percibiendo en los gays..., lo estoy percibiendo en menor proporción en chicos gays españoles y lo estoy percibiendo en mayor proporción en chicos gays latinos". (Entrevista mediador de salud).*

En el caso de los jóvenes inmigrantes esta "confianza" sería producto del doble proceso de enamoramiento (en el contexto de "necesidad" de afecto y apoyo que antes indicábamos para los primeros momentos del proceso de migración) y de afán de integración en una idealizada comunidad gay española, que les conduce a un rápido abandono de la protección.

*"Hay chicos que no tardan dos años en infectarse... Y es más por el "me fié de él". Cuando llegan aquí acceden más fácilmente a los mensajes de*

*Chueca, a los códigos, porque también los espacios generan códigos... Si yo aquí vengo y veo que cuando me echo un polvo con alguien pone preservativo, o me pide que yo ponga preservativo... Pero que cuando establezco otro tipo de vínculo, el preservativo, poco a poco va desapareciendo. Y estos chicos, claro, lo que se encuentran es que cuando están con alguien con el que ya han echado tres polvos y hay una confianza... Ya empezamos a establecer un vínculo, y desde ahí, pues venga, un día... Como él me dice que está bien y yo le veo un aspecto sano. Vienen algunos de países donde el sida todavía es muy visible, es muy visible a través de las personas, que están como están..." (Entrevista mediador de salud).*

\*\*\*

*"En una pareja de tanto tiempo, que había confianza, que no hago nada y él tiene su trabajo, su casa. Como que veía que no se desviaba o cosas así y como estábamos todo, todo, todo el tiempo juntos... Había esa confianza. Éramos celosos, el de mí y yo de él, y no iba a pasar nada... Y luego fue él el que..." (Estanis, HSH, VIH+, origen venezolano, 20 años).*

En este sentido, las **formas de integración de los gays latinos en la/s comunidad/es gay/s** madrileña/s también han mostrado su importancia. Como se ha señalado, los gays de origen latinoamericano, a diferencia de otros colectivos nacionales, tenderían a participar ampliamente en la comunidad gay, utilizando el sexo como forma de integración y establecimiento de redes. Esto explicaría, por ejemplo, que parezcan acudir en mayor medida que los jóvenes autóctonos a las saunas y locales de sexo.

*"En Chueca dos de cada diez que nos podamos encontrar son latinos, magrebíes uno de cada 40 y rumanos mucho menos. Y también pasa que un chico latinoamericano sale más por Chueca...¿Cuántos africanos...? Apenas ninguno. Culturalmente no pueden exponerse. Y también los chicos latinos son los que más acercan a las ONGs. Los chicos magrebíes y rumanos no quieren venir. Los latinos salen más, son más visibles como homosexuales. Y también en las saunas o cuando trabajamos con trabajadores del sexo..." (Entrevista asociación).*

Pero esta integración no está exenta de tensiones, lógicas de desigualdad y posibles situaciones de vulnerabilidad. Por un lado, muchos chicos latinos ocuparían **espacios subalternos en el mundo del ocio gay** (camareros, gogós de discotecas...) e incluso, aunque no han existido ejemplos directos en el estudio, en el trabajo sexual. La imagen normativa de "clase media" de determinados entornos gays implica que esta desigualdad, aunque exista, apenas se visibilice. La relación de estas posiciones sociales más subordinadas con la discriminación, la subalternidad y la mayor vulnerabilidad al riesgo no es ni siquiera percibida por chicos como Dani, que lleva años trabajando en el "mundo de la noche":

*"Hay muchísimo extranjero en la noche, y además hay muchísimo muchísimo latino que se dedica a la prostitución. Hay muchísima prostitución entre los latinos. Trabajan muchísimo de noche: que si de camareros, gogós, de camellos, chicos de compañía, de bailarinas, y todos son escort a la vez. Son pluriempleados, vamos, trabajo fácil. Ninguno viene a... hacer nada más, hay muy pocos. Sobre todo en el mundo gay, porque es donde más lo notas. Yo, personalmente, conozco a muy pocos latinos que no se dediquen a la noche. Que sean gays [...]Y a veces he trabajado con ellos, de jefe o como compañeros; iban siempre colocadísimos, sobre todo los que bailan, porque si vas a estar toda la noche bailando en pelotas mientras todo el mundo te está mirando..." (Dani, HSH, 29 años).*

Por otro lado, como se hace evidente en la cita anterior, entre los españoles - especialmente, a tenor de lo apuntado en el estudio, entre ciertos sectores de las clases medias y medias-altas- circulan diversos **estereotipos sobre los latinos**. Estereotipos que a un tiempo, les convierten en objetos de deseo....,

*"Cuando los españoles ven un latino quieren follar y follar y follar...Aquí ven un latino iiiun latinoiii  
- Aquí encantan los morenos". (Estanis, HSH, VIH+, origen venezolano, 20 años).*

... y, al mismo tiempo, les juzgan negativamente como promiscuos, más propensos a ITS y al VIH, etc. En esta suerte de "racismo de baja intensidad" cabría incluir, por ejemplo, el rechazo a los "típicos gays latinos bajitos" que se apuntaba en la Rg 5 (HSH, 19-21 años)<sup>102</sup>.

*"Y también a veces el sexo seguro o no, depende de la apariencia física. Que hay gente que se basa en que, eres guapo, estás bueno, pues no puedes tener VIH. Si no tienes lipodistrofia o... Y también percibo que va un poco también unido al racismo, a la xenofobia: que si eres blanco no puedes tener VIH, en cambio si eres latino, o de Europa del Este, o negro..." (Entrevista Asociación).*

Finalmente, hay que señalar que aunque se estén también produciendo aquí ciertos procesos de cambio, seguiría expresándose entre los jóvenes latinoamericanos una mayor fortaleza de divisiones de género, de **estereotipos de género** relacionados

---

102 Aunque en la investigación no se ha indagado sobre ello y carecemos de espacio para extendernos, algunos estudios apuntan la relevancia de los nuevos procesos de "racialización" que se estarían produciendo en las nuevas apps móviles, donde la explicitación del perfil étnico y la posibilidad de filtrar perfiles en base a su raza/etnia estaría generando nuevas lógicas de identificación y exclusión sexual por este motivo entre los HSH. Senthoran Raj, por ejemplo, señala cómo las normas implícitas en Grindr respecto de la raza, la masculinidad o la apariencia física llevan a que, en muchos casos, "ser blanco se convierta en una forma de capital sexual privilegiada, que se aplica a los cuerpos que 'pasan' por 'blancos', dejando fuera a otros cuerpos que no. En esta economía de deseo, los 'otros' raciales se comprenden, bien como fetiches, bien como objetos repugnantes": Raj, S. (2011) "Grinding Bodies: Racial and Affective Economies of Online Queer Desire", *Critical Race and Whiteness Studies*, Vol.7.2, 2011

más ampliamente con la mayor rigidez de roles masculinos y roles femeninos. Esta ideología de género más tradicional tendría que ver, en parte, con esa idea más clásica del "amor romántico" que indicábamos más arriba por boca de un profesional entrevistado, pero también con otro aspecto de relevancia directa sobre la prevención del VIH. Aunque la muestra ha sido limitada y se requeriría de estudios más amplios que lo corroboraran, parecería haber entre los chicos de origen latino **un modelo más "femenino" de la homosexualidad**<sup>103</sup>, que podría tener que ver con una adopción más frecuente de roles receptivos en la penetración anal.

*"Yo era el pasivo de la relación, él me penetraba y yo se la chupaba... siempre era lo mismo, ni yo me lo follé ni él me la chupó...Con él no tenía ninguna sensación de riesgo...(aunque sabía) que la relación anal es la más peligrosa...que la oral,...Hay más posibilidades que te de vih analmente que oralmente ..."* ( Estanis. HSH, VIH+, origen venezolano, 20 años).

De ser así (no hemos encontrado datos estadísticos al respecto), sería una información relevante a tener en cuenta para las posibles intervenciones de prevención hacia este tipo de jóvenes.

## 10.2. EL CASO DE LOS JÓVENES SUBSAHARIANOS

Dado el propio planteamiento amplio del estudio, y desde la ineludible necesidad de tomar decisiones operativas a la hora de configurar la muestra, la situación de los inmigrantes sub-saharianos ha sido probablemente el aspecto menos abordado en la investigación. También es cierto que, como señalamos al comienzo del informe, el protagonismo de este colectivo entre los nuevos diagnósticos de VIH se ha visto muy matizado durante los dos últimos años, probablemente en consonancia con el descenso en la presencia migratoria general, y de países africanos en particular.

Sin embargo, incluso en una muestra muy pequeña se mostraron diferencias que aconsejan **matizar la consideración conjunta de todos los países del África Sub-sahariana**. Existen grandes diferencias entre los países del área subsahariana en lo que respecta a la prevalencia del VIH, la presencia de programas de información y prevención, el acceso a los tratamientos...<sup>104</sup> Este elemento de socialización y educación previa. Por ejemplo, los dos senegaleses entrevistados, a pesar de hallarse cercanos a la exclusión social, tenían una información relativamente extensa sobre el VIH y un significativo recuerdo de campañas y programas preventivos en su país, mientras que el otro entrevistado contaba con

---

103 Modelo que, según la propuesta de Guasch (1991), se equipararía así en mayor medida con el modelo "pre-gay" que regía en España hasta los años 80, con una mayor equiparación de homosexualidad y feminidad, y que contrastaría con el modelo que rige hoy en España. Alguno de los chicos latinos entrevistados destacó, de hecho, la "masculinidad" de los homosexuales españoles, diciendo que "hasta parecen heterosexuales" (Estanis, HSH, VIH+, 20 años)

104 Para acercarse a las diferencias entre países africanos en todas estas cuestiones, y conocer los avances significativos que se han logrado en el continente durante la última década, puede consultarse el informe especial de UNAIDS How Africa Turned AIDS Around, May 2013

una situación social, profesional y legal más estable pero procedía de Guinea, donde las informaciones y campañas sobre el VIH/sida eran mucho más deficitarias. Así, mientras que Eric, diagnosticado con VIH hace 4 años en su país y hoy residiendo legalmente en España, hablaba de cómo en Guinea...

*"...el sida es muerte. Yo ya me veía... Fue un impacto, se quedo todo a oscuras. Me veía muerto, veía la muerte cerca. Pensaba en adelgazar, en la mortalidad. Porque hay mucha mortalidad" (Eric, HSH, VIH+, origen guineano, 26 años).*

... Yossou, un chico senegalés irregular que residía en un centro de acogida, contaba con imágenes e informaciones mucho más atinadas:

*"Dicen que a la gente que tiene el VIH no le duele nada... Puede vivir muchos años si se trata. Si no se trata se muere rápido...  
¿Y TIENES LA IDEA DE QUE TIENE VIH ALGUN TIPO CONCRETO DE PERSONAS?"*

*No tengo... Puede tenerlo cualquiera, La persona puede tenerlo si no tiene cuidado. Hay algunos que tienen confianza de ver a alguien y no pensar que lo tiene. No puedes ver a una persona, aunque sea limpio, guapo... pero puede tenerlo". (Yossou, origen senegalés, 29 años).*

En este sentido, los entrevistados subsaharianos han referido niveles de conocimiento y de información sobre el VIH y sobre sus vías de transmisión que rompen con algunos estereotipos que, a veces, pueden leerse o escucharse sobre los déficits en información sobre el VIH de este tipo de personas inmigrantes.

Más allá de estos conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH, en los jóvenes inmigrantes entrevistados se ha expresado varias cuestiones de interés en relación con los objetivos de la investigación como puedan ser una imagen del sida fuertemente asociada con personas fuertes marcas físicas, personas muy demacradas, muy delgadas, que, de forma similar a lo señalado en el caso de los chicos latinos, reducen la imagen de la presencia del sida en Madrid y reducen la sensación de peligro y de estar expuesto a un riesgo de transmisión en caso de mantener relaciones sexuales sin protección.

En segundo lugar, se expresa la existencia de un fuerte estigma social en relación a las personas que pudieran tener VIH o sida. El recuerdo de la fuerte exclusión social de estas personas en sus países de origen está muy presente en sus recuerdos.

En tercer lugar, alguno de los entrevistados también ha señalado que en el marco de las relaciones heterosexuales dominantes en los jóvenes inmigrantes entrevistados, la expresión de una fuerte censura moral interna sobre la posibilidad de mantener relaciones sexuales con mujeres de sus países de origen y la existencia entre las mujeres españolas, se dice, del mito del "negro sexualmente poderoso", conduce a jóvenes subsaharianos a mantener un amplio espacio de relaciones sexuales con mujeres españolas a partir de una doble vía de contacto, en

los top manta y en las discotecas. Relaciones sexuales que se realizan sin preservativo salvo que la mujer española así lo exija.

Por otro lado, más allá de las cuestiones más generalmente relacionadas con la experiencia de inmigrar y la vulnerabilidad personal que suponen los primeros momentos de llegada a la sociedad de acogida (comunes con los inmigrantes latinoamericanos y ya indicadas), sí que se señalaron otras cuestiones relevantes más específicas del colectivo sub-sahariano en relación con la valoración de la homosexualidad y las relaciones con el sistema sanitario.

Los entrevistados subsaharianos han señalado la existencia de un fortísimo **estigma** que sigue imperando en la mayor parte de África sobre la **homosexualidad**, y que resulta mucho más fuerte que en Latinoamérica (Awondo, 2011). Estigma que en su decir se mantiene en España en el seno de las diferentes comunidades de africanos residentes en Madrid. Hay que recordar que actualmente en 39 países africanos la homosexualidad está tipificada como delito y en 5 de ellos se castiga con pena de muerte (Thiombano Gallardo, Rojas Castro y Le Gall, 2012). Al contrario de lo que hemos reseñado con respecto a la inmigración sexual latina, los homosexuales africanos no parecen "romper" en tanta medida con su sociedad de origen y el entorno de sus compatriotas en Madrid, por lo que ese estigma y necesidad imperiosa de ocultación seguiría existiendo en gran medida en los entornos africanos de nuestra ciudad. Se trata de una cuestión que también muestra relevancia respecto del VIH: la mayor parte de los HSH subsaharianos se hallarían, por recuperar la caracterización espacial de la sociabilidad sexual, en el espacio "HSH no gay", sumándose así los efectos de la homofobia y el estigma de la homosexualidad a unas lógicas de sociabilidad sexual "nómada" y "furtiva".

Asimismo, en el caso de los jóvenes africanos es donde se ha hecho más evidente **la relación más "tradicional" y distante de los jóvenes inmigrantes con el entorno sanitario** que estos jóvenes expresan en mayor medida que los chicos latinoamericanos. No se trata sólo de las barreras idiomáticas, de la falta de conocimiento sobre los diferentes recursos, etc. sino también que hablamos de jóvenes que generalmente se encuentran "sanos", que no sienten que tengan ninguna razón para ir al médico. Además, como ya indicamos al hablar de las pruebas, la visión más "clásica" de la medicina implica que solamente concibe acudir al médico en relación con episodios agudos, y mucho menos en relación con otras afecciones que cursan sin dolor o en relación a la realización de pruebas preventivas.

Por último, ya hemos indicado en varias ocasiones un aspecto muy relevante dentro del colectivo inmigrante y que tiene impacto tanto sobre la inmigración africana como la latina: la actual **exclusión sanitaria de personas indocumentadas** y el efecto que está teniendo, no sólo sobre la atención a personas con VIH, sino también en tanto su potencial "disuasorio" frente a la realización de la prueba del VIH. Varios de los jóvenes entrevistados con VIH expresaron experiencias de barreras legales, dificultades en acceder al sistema

sanitario, miedos muy profundos a lo que pueda suceder con ellos y con su tratamiento. Ninguna estrategia de prevención del VIH puede obviar estos problemas:

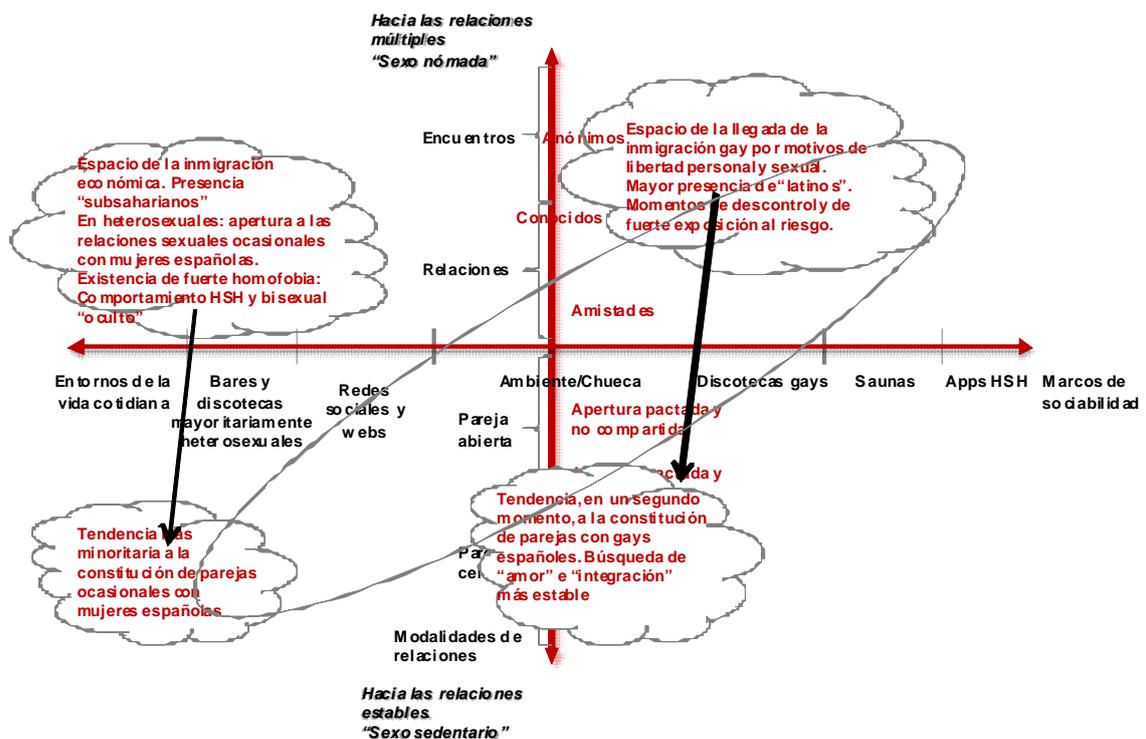
*"Ahora ya sé vivir con el VIH. Sé que lo tengo pero me siento sano. He conseguido estar indetectable... Porque yo ya no tenía casi defensas. Y ahora estoy con 700 y pico de defensas. Estoy indetectable... Y estoy muy contento, Pero porque ahora estoy legal, porque si no... Me da miedo pensar en eso" (Eric, HSH, VIH+, 26 años).*

*"En el Carlos III no me podían atender porque no tengo Tarjeta Sanitaria... Y... bueno, me dijeron de Sandoval pero no sé muy bien qué va a pasar..." (Estanis, HSH, VIH+, 21 años).*

De esta forma, tal como hemos tratado de representar en el gráfico 10.1, las situaciones y los espacios de riesgo de los jóvenes inmigrantes entrevistados, ya sean heterosexuales, ya sean homosexuales, se sitúan en espacios relativamente diferenciales de las situaciones más centrales de los jóvenes autóctonos. Mientras éstos ocupan los espacios más centrales del mapa a lo largo, cabría decir, de la diagonal principal, los jóvenes inmigrantes ocuparían algunos de sus espacios más periféricos y de mayor vulnerabilidad.

Gráfico 10.1:

### ESPACIOS TENDENCIALES DE LOS JÓVENES INMIGRANTES LATINOS Y SUBSAHARIANOS Y TRAYECTORIAS DE INTEGRACIÓN



## 11. LAS PRINCIPALES DIMENSIONES DE VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH

Tras recorrer todo el amplio conjunto de cuestiones que venimos exponiendo en las páginas anteriores, en los dos últimos capítulos del informe vamos a tratar de realizar una cierta “recapitulación” de lo analizado hasta ahora e intentar de enmarcar lo dicho en una de las perspectivas del estudio, como es la relativa a las posibles relaciones entre los determinantes sociales de la salud, las condiciones de vulnerabilidad y el VIH para, en un capítulo posterior, adentrarnos en el terreno de las estrategias y lógicas de actuación más concretas, comenzando mediante una síntesis de las principales cuestiones que conciernen a la vulnerabilidad al VIH.

Para ello vamos a dar un pequeño rodeo que, esperamos, sirva para contextualizar y relacionar la línea de análisis desplegada hasta el momento en el marco de esta perspectiva, proponiendo una cierta hipótesis de cómo operan estos determinantes sociales de la salud en el caso de los jóvenes HSH madrileños en estos años 2013-2014 en los que se ha realizado esta investigación.

Una de las aproximaciones más reconocidas a esta cuestión de las desigualdades sociales y determinantes sociales en salud es la desarrollada por Dalghren y Whitehead. Tal como se desarrolla en la obra “Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud” (2012), dichos autores proponen un modelo de aproximación a dichos determinantes a modo de capas sucesivas de una cebolla, tal como se reproduce en el gráfico adjunto extraído de dicha obra.

**Gráfico 11.1: Marco de determinantes sociales de la salud de Dalghren y Whitehead (1991).**



Fuente: Dalghren y Whitehead (1991) en “Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud” (2012).

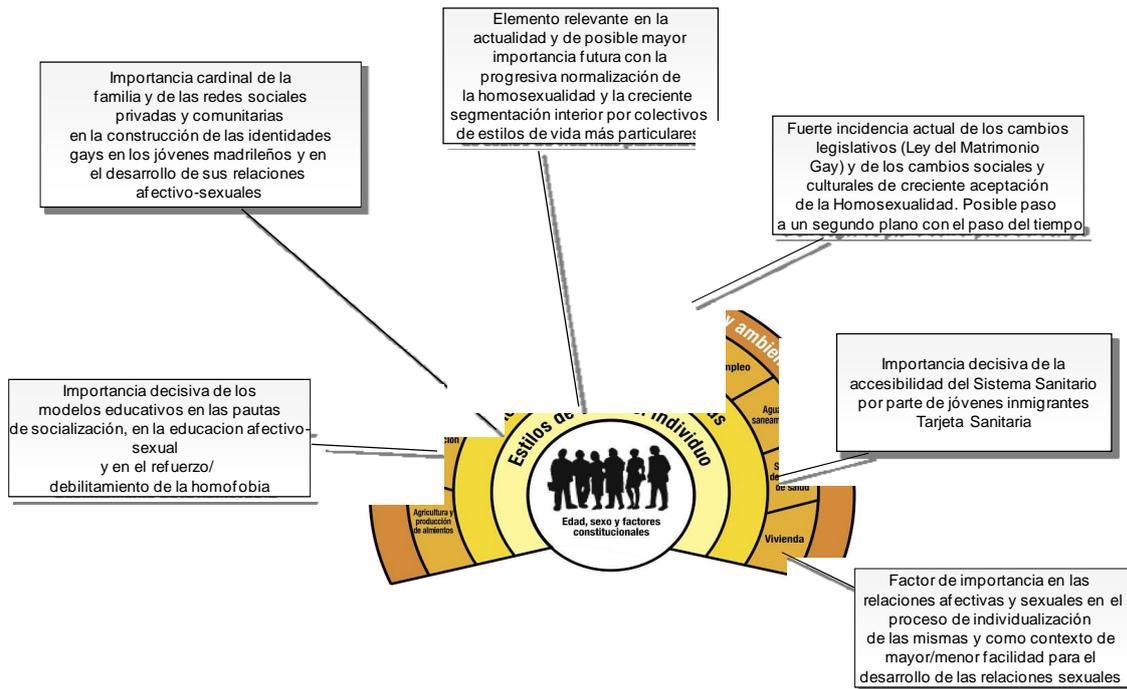
En esta aproximación se viene a señalar una especie de gradiente entre las capas más exteriores, más “macro” y más generales, y el centro de la “cebolla”, más

“micro” y más “singulares” de cada individuo, en la que cada capa juega un cierto papel, tal como se describe en la mencionada obra y reproducimos a continuación.

- *Los factores que no pueden modificarse, como la edad, el sexo y otros factores constitucionales (en el centro en color blanco).*
- *Los factores relacionados con los estilos de vida individuales (en amarillo claro), que a su vez se ven influidos por su contexto social y comunitario (en amarillo oscuro), y por las condiciones de vida y de trabajo (en naranja).*
- *Finalmente, el entorno macropolítico (en marrón), comprende las condiciones generales a nivel socioeconómico, cultural y ambiental de la sociedad en la que vivimos. "Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud" (2012).*

La experiencia de la investigación permite señalar cómo en estos años inmediatamente posteriores a la aprobación de la Ley del Matrimonio Homosexual, en el 2005, y en el caso de los jóvenes gays madrileños, dicho conjunto de factores/capas de la cebolla tienen una incidencia relativamente diferencial, tal como hemos tratado de visualizar en el gráfico 11.2.

**Gráfico 11.2: Hipótesis sobre la importancia relativa del marco de determinantes sociales de la salud (Dalgren y Whitehead, 1991) en los jóvenes gays madrileños (2013)**



A tenor de lo producido en la investigación y en función del orden de importancia que se ha expresado en la investigación, las diferentes “capas de cebolla” expresarían el siguiente gradiente de importancia relativa:

- El factor de las "redes sociales y comunitarias se expresa como el factor decisivo y más importante en la vida de los jóvenes gays madrileños en la medida que, tal como venimos señalando en el texto, es el proceso de integración en la "comunidad gay", el grado de asunción de las normas y códigos de expresión existentes en la misma, la forma concreta de acceso a dicha "comunidad", las redes sociales en las que se mueve el joven, si son más estrictamente homosexuales y/o heterosexuales, si el joven gay se inscribe en un tipo de "tribu" u otra o en ninguna... el elemento decisivo en la construcción de las identidades gays en los jóvenes madrileños y en el desarrollo de uno u otro tipo de relaciones personales, afectivas y sexuales y de uno y otro tipo de exposición al riesgo de vih y de otras ITS, tal como hemos ido describiendo a lo largo del texto del informe y tal como han enfatizado alguno de los profesionales y voluntarios de asociaciones entrevistados.

*"...(....)... Yo creo que la vulnerabilidad en una ciudad como ésta reside en participar o no en los mecanismos de socialización que hay en Chueca...o que te...en la cultura gay ...que si vacaciones gay, que si... las revistas gay, que si... que es una cultura muy hedonista que no piensa en el mañana...y, por supuesto, tampoco en infecciones de transmisión sexual..." (Entrevista asociación).*

Dimensión "comunitaria" que se acompaña con una trascendencia igualmente relevante, por el tipo de reacción familiar (principalmente) y de las redes sociales de amistad más inmediatas ante la visibilización de la identidad gay por parte de los jóvenes madrileños.

De ahí que la línea de exposición central de la investigación que hemos desarrollado a lo largo del informe se puede entender como una especie de despliegue de este "determinante".

- La capa exterior de "condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales", inscribiendo en dicha "capa" los cambios culturales y la Ley del Matrimonio Homosexual de 2005, sería vivida en la actualidad como uno de los elementos decisivos en la progresiva "normalización" de los jóvenes gays en Madrid de importancia clave en sus formas de vida, en el propio proceso de reconocimiento social de sus preferencias sexuales y del proceso tendencialmente menos traumático que en el pasado reciente de "salida del armario", tal como hemos desarrollado en el informe.

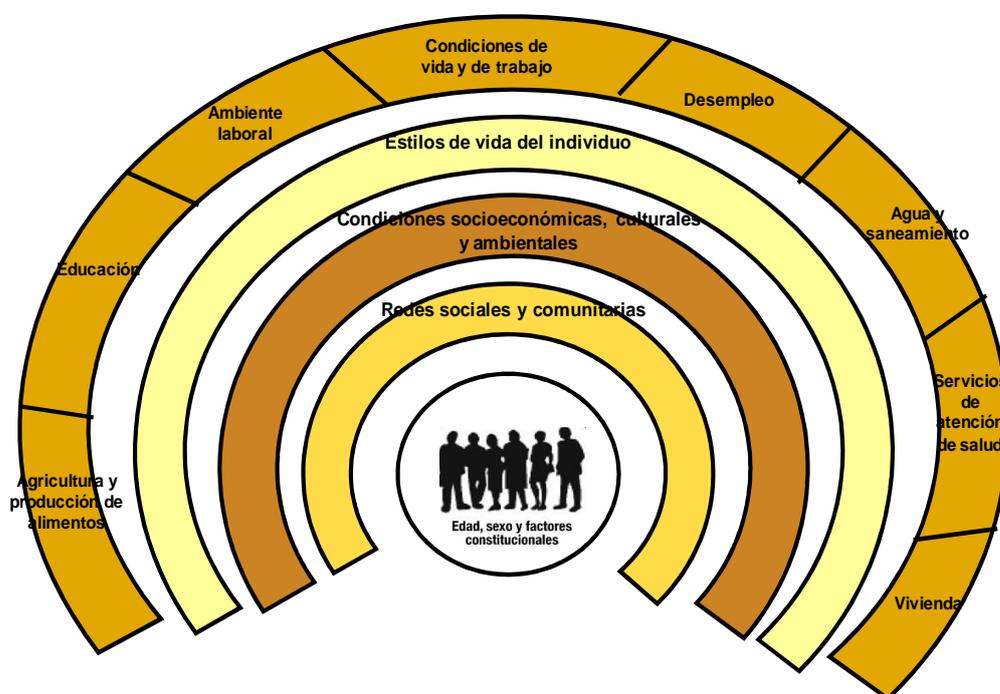
Dimensión "cultural" y "legislativa" de fuerte impacto en la actualidad que probablemente pueda tender a perder importancia expresiva a medio plazo en la medida que la equiparación de derechos se traslade a la vida cotidiana y se pueda ir reduciendo la fuerte actitud de homofobia todavía existente.

- En tercer lugar, con una fuerte incidencia actual, como hemos ido desarrollando en el texto, pero con una importancia que cabe pensar que puede reforzarse aún más en un inmediato futuro, los “estilos de vida” de los jóvenes gays en sus múltiples expresiones y declinaciones como los hábitos de ocio y de salidas, como las preferencias por uno u otro tipo de estética, como los estilos de vida más o menos saludables, como el propio consumo de alcohol y de otras drogas asociadas diferencialmente más a unos entornos u otros..., constituyen un factor importante de especial relevancia en lo que podrías llamar prácticas de riesgo de transmisión del VIH y de otras ITS. De hecho, como hemos recogido en el texto, el consumo de alcohol y, especialmente, de ciertos tipos de drogas constituiría en la actualidad uno de los principales factores de incremento de la probabilidad de exposición a la transmisión del VIH y de otras ITS.
- En cuarto lugar, se expresan toda una serie de factores que tienen una menor presencia en los discursos, que tienen una menor incidencia expresa en la cotidianidad de los jóvenes gays madrileños pero que, sin embargo, no dejan de tener una relevancia singular en sus vidas y en su salud como pueden ser:
  - El tener acceso o no a una **vivienda** en la que se puedan tener relaciones sexuales con más libertad es un factor que puede favorecer unas conductas más saludables y más seguras a la hora de las relaciones sexuales.
  - La **educación** juega un papel decisivo tanto en un posible refuerzo/contención de la homofobia... y puede jugar un papel muy relevante en el futuro si en la educación sexual se incorporase la homosexualidad.
  - Los **servicios de atención de salud** se expresan relevantes en el caso de los jóvenes inmigrantes sin tarjeta sanitaria, pero también evidencian una clara importancia entre los jóvenes gays madrileños en relación con las pruebas y las dudas sobre la posible presencia del VIH y otras ITS.

Importancia singular y relativa de cada uno de los factores más relevantes que nos llevan a proponer el siguiente **modelo “revisado”** de capas de cebolla en el caso de los jóvenes varones HSH de la Comunidad de Madrid (gráfico 11.3).

En el marco de esta hipótesis, queremos plantear, a modo de recapitulación de la diversidad de temas analizados, una serie de “dimensiones de vulnerabilidad”. Se trata de un conjunto de cuestiones que apuntan no tanto a “perfiles” tipológicos o características personales que asociar con el riesgo, como a **situaciones, espacios o problemáticas más amplios y extendidos que generan una mayor vulnerabilidad** y un mayor riesgo de exposición a la transmisión del VIH y otras ITS que, por tanto, deben ocupar un lugar central en la reflexión sobre los temas prioritarios de intervención de cara al futuro inmediato.

**Gráfico 11.3: Propuesta de modelo de determinantes sociales de la salud en los jóvenes gays madrileños (2013)**



Ninguna de estas dimensiones de vulnerabilidad actúa “en soledad” o agota la explicación de la exposición al riesgo. La propuesta de comprender estas lógicas de vulnerabilidad como “dimensiones”, más que como factores unilaterales, apunta a la necesidad de su consideración conjunta: resultan lógicas que generalmente no actúan en aislamiento, sino que muchas veces se relacionan entre sí, se acumulan, se “suman”, en unos u otros espacios y/o en unos u otros jóvenes. El entrecruzamiento de varias dimensiones de vulnerabilidad sobre una misma persona implica, por tanto, un aumento de su vulnerabilidad y probabilidad de exposición al riesgo. Así, por ejemplo, si bien las primeras etapas de la inmigración ya generan como tal una dimensión de vulnerabilidad, los jóvenes en los que se añade a esto otras dimensiones de las señaladas –el desconocimiento y desinformación sobre el VIH, la socialización en un entorno homófobo y/o la generación de relaciones sexuales y afectivas asimétricas– acaban situándose en un espacio de mayor vulnerabilidad.

En la tabla que sigue presentamos de forma resumida las nueve dimensiones de vulnerabilidad propuestos y que se han manifestado más relevantes en la investigación:

**Tabla 11.1:**

DIMENSIONES DE LA VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH	
<b>Estilos de vida y redes de sociabilidad sexual.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las formas de vivir la sexualidad y de establecer de relaciones afectivo-sexuales, dentro del marco más general de los estilos de vida.</li> <li>• La presencia de múltiples parejas sexuales – especialmente cuando son simultáneas/en forma de “red”.</li> <li>• La creencia en la “pareja” como protección absoluta (incluso en ausencia de conocimiento del seroestatus y/o conocimiento sobre la vida sexual del compañero).</li> </ul>
<b>Desconocimiento, desinformación e invisibilidad.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaciones de desconocimiento y desinformación personal sobre el VIH y el resto de ITS.</li> <li>• Invisibilidad pública, social y mediática del VIH/sida, que instaura una menor conciencia preventiva generalizada.</li> <li>• Menor “mandato” generalizado del preservativo.</li> </ul>
<b>La homofobia, el estigma y la relación con la comunidad gay.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los espacios más “integrados” en la comunidad gay se observa una mayor conciencia preventiva. Por el contrario, los jóvenes HSH más alejados de la comunidad gay (y con aún más fuerza, aquellos que sociabilizan en entornos marcados por la homofobia) cuentan con menor información sobre el VIH y las lógicas de protección.</li> <li>• La persistencia del estigma impide la discusión del seroestatus y hace un “tabú” del VIH.</li> </ul>
<b>Las drogas: del uso intensivo al consumo lúdico.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El descenso de la conciencia preventiva cuando se ha usado alcohol y/o drogas.</li> <li>• La “desinhibición” sexual asociada a las nuevas drogas sintéticas.</li> </ul>
<b>Grindr y las nuevas apps geosociales destinadas al público gay.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es preciso seguir estudiando los cambios en las lógicas de sociabilidad sexual de los varones gays a partir de la introducción de Grindr y las nuevas apps geosociales, que algunos relacionan con un aumento de prácticas de riesgo.</li> </ul>
<b>La asimetría en las relaciones afectivas y sexuales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las situaciones de diferencia entre los compañeros sexuales (por edad, origen, situación socioeconómica, roles de género, integración en la comunidad gay...) pueden</li> </ul>

	<p>convertirse en factores de asimetría y desigualdad dentro de la pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las desigualdades de poder en el encuentro sexual facilitan la toma de riesgos al dificultar la negociación del preservativo.</li> </ul>
<b>La transición a la vida adulta y las primeras relaciones sexuales entre HSH.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La juventud en sí como factor de vulnerabilidad</li> <li>En el caso de los HSH, el proceso de "salida del armario" y de construcción de una identidad gay se ha facilitado y adelantado para algunos perfiles, pero para muchos continúa resultando un proceso social y psicológicamente dificultoso</li> <li>Adelantamiento y facilitación de las primeras relaciones sexuales entre varones, en las que se incorporaría en menor medida el preservativo.</li> <li>Carencias sentidas en la educación sexual de los jóvenes homosexuales.</li> </ul>
<b>Las primeras etapas de la inmigración.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las situaciones de desamparo y soledad y la carencia de redes sociales llevan a otorgar una excesiva "confianza" en la pareja. La búsqueda de aceptación y afecto en las parejas sexuales puede llevar a una menor introducción del preservativo.</li> <li>Posible choque simbólico y cultural entre el entorno de origen y el entorno de acogida</li> <li>Posibles déficits en educación sexual e información sobre el VIH.</li> <li>Desconocimiento del sistema sanitario español y de las propias pruebas del VIH, al que habría que juntar el actual problema de la exclusión sanitaria y su efecto "disuasor" sobre la realización de pruebas.</li> </ul>
<b>La exclusión social.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La exclusión social como tal ha tenido menos protagonismo en la investigación y ha mostrado una menor fuerza explicativa en lo que respecta a la exposición a riesgos sexuales</li> <li>Relevancia de este factor desde su potenciamiento de todos los otros ejes de vulnerabilidad.</li> <li>La exclusión sanitaria y su efecto disuasorio respecto de la prueba del VIH.</li> </ul>

### **11.1. ESTILOS DE VIDA Y REDES DE SOCIABILIDAD SEXUAL**

La experiencia de la investigación, mediante el análisis de los discursos de los jóvenes y las indicaciones de los profesionales entrevistados, así como algunas de

las líneas de reflexión desplegadas en las referencias bibliográficas consultadas, nos permiten señalar una primera dimensión de vulnerabilidad que sería el que mayor relevancia mostraría. Se trata de la problemática general de los **estilos de vida y las formas de sociabilidad sexual**, es decir: las formas de construcción de la experiencia sexual y los espacios de sociabilidad en los que se desarrolla la vida constituirían uno de los factores explicativos más decisivos para comprender el desarrollo de lo que se pueden entender como prácticas de riesgo de transmisión del VIH y de otras ITS.

Los entrevistados, con una relativa independencia de su situación social, del hecho de ser autóctonos o inmigrantes y el propio conjunto de informantes cualificados entrevistados en el transcurso de la investigación, han subrayado la importancia de lo que podríamos denominar las dimensiones identitarias, biográficas, culturales y simbólicas a la hora de explicar los valores y comportamientos de los jóvenes varones (especialmente los HSH), sus formas de vivir sus relaciones personales y sociales, sus tipos de relaciones afectivas y sexuales... Y la **primacía que tendrían dichas dimensiones sobre cualquier otro tipo de dimensión más directamente relacionada con la desigualdad social**, entendida en la forma más clásica y reductora, como volveremos a señalar al hablar más adelante de la exclusión social.

Como debiera resultar claro después de todo el análisis realizado, en la exposición al VIH y a las prácticas sexuales de riesgo resultan especialmente importantes los aspectos relacionados con **el estilo de vida y sociabilidad** (más "nocturno", con más consumos de drogas, con más apertura al "riesgo" y la experimentación...) y con las **vivencias de la sexualidad y los afectos**, aspectos que no tienen por qué constituirse directamente en consonancia con las condiciones sociales u otras cuestiones. De hecho, es conveniente no olvidar, como señala la epidemióloga Elizabeth Pisani, que al final el VIH se extiende mediante el sexo. No mediante la pobreza, la homofobia o mediante las aplicaciones móviles<sup>105</sup>, por más que estos aspectos puedan favorecer uno u otro tipo de conductas y prácticas sexuales y de exposición al riesgo de transmisión del vih y otras ITS.

Por ello, y más allá de los factores más estrictamente "personales" o "psicológicos" (depresión y estados de vulnerabilidad personal-emocional, personalidad propensa a la toma de riesgos, etc, ampliamente abordadas en Fernández Dávila y Morales-Carmona, 2014), aparecen dos cuestiones directamente relacionadas con la sociabilidad sexual que es preciso tener en cuenta para identificar situaciones de especial vulnerabilidad:

- La **presencia de múltiples parejas y el alto número de relaciones sexuales** (especialmente cuando estas son simultáneas y toman la forma de una "red") resulta un elemento de clara vulnerabilidad al VIH y a las ITS. Cuanto más grande sea el número de compañeros sexuales más aumenta la

---

105 Pisani, E (2008) *The Wisdom of Whores, Bureaucrats, Brothels and the business of AIDS*, W.W. Norton & Company, New York/London

probabilidad de exposición a riesgos (por olvidos, "deslices", rupturas del preservativo, etc.). Por otro lado, desde una perspectiva más epidemiológica, las "redes sexuales" que se generan en torno a la presencia simultánea de muchas parejas se constituye en un "nodo" de posible difusión del virus (cuanto menos, mientras la persona no lo sabe aún, durante los primeros meses de infección – cuando la carga viral es aún alta). Por ello, "moverse" en los espacios de sociabilidad que hemos caracterizado como "espacios de encuentros ocasionales", en los que la "norma" es la multiplicación de los compañeros sexuales, se torna en eje de vulnerabilidad y en espacio prioritario de intervención.

- Otro aspecto que implica una vulnerabilidad al VIH es **la creencia en la "pareja" como protección absoluta**. Como hemos resaltado en diversos momentos del informe, para algunos jóvenes la "ideología" o "mito" de la pareja y del amor romántico actúa como una suerte de preservativo "mental": la pareja, por su propia ideología, se constituye así en una sensación de protección. Obviamente, cuando el seroestatus de sus miembros ha sido discutido (algo que muchas parejas de jóvenes gays han incorporado en forma del "rito" de la prueba conjunta) y cuando la sexualidad en la pareja es realmente monógama (o se usa consistentemente protección en los intercambios sexuales con otras personas), la posibilidad de exposición al VIH y las ITS son pequeñas. Pero el problema se da cuando estas dos condiciones no se cumplen: cuando la "pareja" se concibe como prevención incluso en ausencia de conocimiento del seroestatus y/o conocimiento real sobre la vida sexual del compañero.

## 11.2. DESCONOCIMIENTO, DESINFORMACIÓN E INVISIBILIDAD

Como no podía ser de otra forma, el **desconocimiento y desinformación sobre el VIH/sida y el resto de ITS** –sobre sus vías de transmisión, sus efectos, sus tratamientos, etc.– genera un eje de vulnerabilidad claro en algunos de los jóvenes entrevistados. Por ejemplo, cuando chicos que se mueven en el espacio que denominamos "HSH no gay" con muy poca información sobre el VIH directamente ignoran los motivos por los que se utiliza el preservativo entre varones.

Por supuesto, la información en sí no es una condición suficiente para la superación de la vulnerabilidad: en el propio estudio hemos presentado casos de chicos que, contando con información detallada y precisa sobre el VIH, siguen exponiéndose a prácticas de riesgo. Pero no puede negarse que, en negativo, el efecto de la desinformación sí que se hace más evidente, como cuando se sostienen informaciones equivocadas y/o no "actualizadas", como la idea de que las personas con VIH presentarían una imagen física "demacrada" o "fea".

El desconocimiento del VIH es más marcado en los espacios más cercanos a los entornos heterosexuales, pero en un sentido más amplio, la "caída" en la visibilidad de la epidemia hace que tendencialmente exista una menor información en todos

los perfiles. En efecto, a lo largo del informe debería haberse hecho evidente cómo la **invisibilidad pública, social y mediática del VIH/sida instaura una menor conciencia preventiva generalizada**. Es desde esta invisibilidad cómo podemos entender el **“mandato” más relativizado del preservativo** que se presenta en todos los perfiles.

Un aspecto relevante a este respecto, dada la relativa “normalización” que hemos señalado respecto de las ITS en determinados espacios y perfiles, es el **desconocimiento de la relación entre VIH y otras ITS** (el hecho de que las ITS resulten no sólo un “indicador” indirecto de exposición a prácticas sexuales de riesgo, sino que tener una ITS puede aumentar la carga viral, entre quienes tienen VIH, o “abrir” puertas de entrada al virus, entre quienes no son seropositivos). Por ello, este es un aspecto en el que sería preciso diseñar vías de actuación.

### **11.3. LA HOMOFOBIA, EL ESTIGMA Y LA INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DE LA COMUNIDAD GAY**

Una dimensión de vulnerabilidad que se ha repetido, en diferentes formas, a lo largo de todo el informe es el efecto que las lógicas de discriminación y estigma –ya sea frente al VIH como tal o frente a la homosexualidad en un sentido más general– tienen al generar contextos sociales, vitales y biográficos en los que los jóvenes HSH muestran una mayor propensión a la vulnerabilidad y a la exposición a riesgos. Los ejemplos expuestos a lo largo del trabajo de las experiencias en entornos caracterizados por la **homofobia** de inmigrantes sexuales y de lo que venimos denominando “HSH no gay” resultan especialmente ilustrativos al respecto –se conjuga aquí la propia exposición afectiva y personal (p.e. el rechazo familiar) con lógicas de mayor desinformación–. También resulta muy relevante el propio **estigma** frente al VIH: la consideración “excepcional” del VIH y el rechazo que genera conducen a una lógica de tabú (a no querer hablar, a no querer saber...). Si bien hemos indicado que la importancia del estigma en la experiencia de las personas con VIH parecería ser menor que en épocas históricas anteriores, entre otras cosas por la propia “invisibilidad” del VIH, lo cierto es que persisten lógicas de exclusión y separación respecto de las personas seropositivas incluso dentro del colectivo gay.

Ambos aspectos –la homofobia y el estigma– tienen importancia por sí mismos, pero se hacen más relevantes en su conexión con otro aspecto de importancia crucial en la investigación: **las formas de inclusión/exclusión en la “comunidad gay”**. Varias veces se ha mostrado cómo la inserción en la comunidad gay muestra un cierto efecto “protector”: el espacio que hemos denominado “gay central” es dónde se visibilizan más los mensajes preventivos, las personas seropositivas, la necesidad del preservativo, la información sobre VIH... Por ello la relativa pérdida de sentido comunitario entre los jóvenes gays, la deriva de los entornos “comunitarios” gays hacia, casi exclusivamente, un entorno de ocio y consumo, y la individualización de la experiencia de muchos HSH resultan, en un sentido general, negativos respecto de la prevención del VIH.

Igualmente relevantes resultan los procesos de establecimiento de una cierta **identidad "homonormativa"**, de una cierta "norma", de un cierto "canon" de lo que significa ser "gay". El propio perfil social del colectivo gay se había ido aproximando a un perfil más central en nuestras sociedades, las amplias clases medias urbanas, con un fuerte componente de integración a través del ocio y del consumo. Perfil de clases medias muy presente en el origen social de los HSH entrevistados, pero aún más relevante en cuanto al tipo de discurso y de imaginario construido en torno a lo "significa" hoy ser gay en Madrid como hemos ido viendo a lo largo del informe.

Como señala Villaamil (2004), *"dado que hoy por hoy la sociabilidad gay se desarrolla fundamentalmente en contextos de ocio para la mayoría de los sujetos"*, la "posición social" de los mismos juega un papel determinante. Así, no deja de ser lógico que entre los informantes de Villaamil (2004), sean "especialmente los de mayor capital social y económico los que despliegan formas de identificación y prácticas desde la normatividad gay, mientras que para el resto ese tipo de actividades alejadas de lo estrictamente sexual constituyen un modelo al que aspirar". Lo significativo, además, de esta normatividad gay de "clases medias" es que no se constituye exclusivamente en torno a un determinado modo de práctica de relaciones sexuales, como ocurría tradicionalmente, sino que se expresa en un "canon" en el que los grupos de consumo juegan un papel preferente.

*"Es otro tema, pero no creo que sea por sexo....sino por...es por las dinámicas de integración entre homosexuales. Chueca, realmente, es una especie de microcosmos donde el sexo, a través además de ciertos consumos, de cierto poder adquisitivo, cobra relevancia, cobra una cierta función significativa ¿no?. Entonces, yo creo que hoy en día si un chico de 20 o de 25 años quiere estar integrado en Chueca tiene que pasar por unas historias... que no pasa, a lo mejor, un chico heterosexual que tiene más recursos para sociabilizarse con personas que les guste sexualmente....Pero no es por sexo, sino por presión de integración...". (Entrevista Asociación).*

Como analiza Villaamil (2004), a partir de revistas como Zero puede destacarse cómo en el nuevo canon gay de Madrid de principios del siglo XXI se propone simultáneamente una agenda de acción política y "una representación hegemónica de la identidad grupal, en el que los signos que ligan al sujeto al grupo son básicamente objetos de consumo simbólicamente cargados" (Villaamil 2004:78). De este modo, como también analizan Fernando Lores o Langarita Adiego (2013) se desarrollan y promueven unas formas de inclusión y exclusión de lo que se entiende por "normalidad" gay que conllevan tanto un determinado ejercicio de relaciones sexuales como de un cierto estilo de vida y de presentación en sociedad.

En el mismo sentido, pero desde una perspectiva más general, no puede dejar de indicarse la relevancia para el VIH de los procesos sociales e históricos más amplios que está viviendo la comunidad gay. No es que la "superación" relativa del estigma social de la homosexualidad (que hemos recuperado a partir de los cambios legales, etc.) se convierta en un eje de vulnerabilidad, pero sí que señala modos nuevos de practicar y vivir la sexualidad entre varones. Algunas de estas nuevas cuestiones

(el adelantamiento de la "salida del armario" y de las primeras relaciones sexuales, la pérdida relativa del sentimiento comunitario gay...), en consonancia con otros aspectos, sí que puede convertirse en fuente de una mayor vulnerabilidad.

#### **11.4. LAS DROGAS: DEL USO INTENSIVO AL CONSUMO RECREATIVO**

Una cuestión claramente señalada en la investigación en relación con la apertura al sexo sin protección es **el consumo de drogas y alcohol**. En el pasado, la asociación de drogas y VIH tenía que ver con una cierta "co-producción" desde los entornos de exclusión – el intercambio de jeringuillas, las situaciones de adicción, etc. Hoy, esta relación toma una forma totalmente diferente: la mayor parte de jóvenes se consideran a sí mismos "consumidores recreativos", sin una problemática vital asociada al consumo. La ubicación de los consumos en "compartimentos vitales" (el fin de semana, etc.) hace aparecer la relación con las drogas como algo menos problemático. Sin embargo, se ha destacado repetidamente cómo el uso de drogas recreativas y el consumo de alcohol implican –tanto para heterosexuales como para HSH– un descenso de la conciencia preventiva y un olvido/despreocupación respecto del uso del preservativo.

En el caso específico de los entornos de ocio nocturno gay, se ha mencionado en diversas ocasiones la extensión –supuestamente creciente– de todo un conjunto de **drogas sintéticas de carácter sexual**, alguna de ellas más "clásica" de los entornos gays (popper), algunas nuevas y más desconocidas (GHB, ketamina, mefedrona...). Estas drogas añaden a la menor conciencia preventiva un aumento del impulso sexual y una "desinhibición" que puede hacer aumentar la exposición a riesgos. Resultaría necesario, por tanto, incidir sobre las potencialidades negativas relacionadas con estas nuevas drogas, ya sea desde la información específica y la reducción de daños, ya sea desde el fomento de actitudes más "contenidas".

#### **11.5. GRINDR Y LAS NUEVAS APPS GEOSOCIALES DESTINADAS AL PÚBLICO GAY**

A lo largo del informe se ha resaltado la relevancia que las nuevas aplicaciones geosociales como Grindr están adquiriendo en las lógicas de sociabilidad sexual entre el colectivo gay y HSH en general, y entre los más jóvenes en particular. Se trata de una nueva "fase" en la integración de Internet y las redes telemáticas como nuevas herramientas en el establecimiento de relaciones afectivas y sexuales, que es necesario afrontar desde las instancias preventivas.

Si bien su efecto directo sobre la mayor o menor exposición al riesgo/abandono del preservativo no acaba de ser destacado unívocamente, sí que parece corroborado el papel que estarían cumpliendo en el **refuerzo del impulso sexual**, en la **facilitación de los contactos entre HSH** y en el **aumento posible del número de parejas sexuales**, aspectos todos que no dejan de ser relevantes en la epidemia de VIH. Por otra parte, el carácter más "individualizado" y menos visible

de la interacción sexual en estas herramientas hace que, aparentemente, se trate de un espacio donde HSH "no gays" entrarían al intercambio sexual. Además, por la propia extensión de su uso entre jóvenes HSH parece tratarse de un "lugar" cada vez más frecuentado, donde los diferentes tipos de jóvenes y los diferentes espacios descritos "colisionan", se encuentran y, por tanto, donde pueden ponerse de manifiesto conflictos, desencuentros, choques de racionalidades y demandas.

Todo ello, pues, señala la absoluta necesidad de continuar estudiando los cambios en las lógicas de sociabilidad sexual que se producen en este terreno, así como su posible influencia sobre la exposición al VIH y a otras ITS.

## 11.6. LA ASIMETRÍA EN LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES

Menos resaltada conscientemente a lo largo de la investigación, pero igualmente presente en las narrativas de los entrevistados, ha sido una dimensión que desde la perspectiva de vulnerabilidad, muestra una importancia capital: **la asimetría o diferencia de "poder" en la pareja o el encuentro sexual**. Las diferencias en la pareja o entre los compañeros sexuales se convierten en un eje de vulnerabilidad no por su propia existencia (inevitable y muchas veces positiva), sino cuando esas diferencias se transforman, dentro del espacio del encuentro sexual, en desigualdades y asimetrías de poder. Asimetrías que hacen que uno de los compañeros sexuales se "imponga" o "domine" sobre el/los otro/s, condicionando por ejemplo la introducción del preservativo y/o la discusión del seroestatus y las formas de protegerse.

*"- Es que parezco tonto cuando yo se lo digo (lo del condón), pues parezco tonto... Porque a lo mejor le digo, ¡he traído un condón! No, no... es que con eso yo no siento... y, entonces estoy quedando yo como diciendo ¡qué gilipollas soy! Pues venga... vamos... Me da cosa, como que soy tonto..." (Pedro, HSH/transgénero, origen marroquí, 20 años).*

Aunque existen al respecto multitud de posibles vectores de asimetría (racial, de origen social, de nivel educativo, "psicológica"...), en el material generado durante la investigación destacan dos cuestiones que, dentro de esta temática de la asimetría, han aparecido con especial fuerza y relevancia en las vidas de los jóvenes gays/HSH, foco principal de la investigación: la asimetría en relación con estereotipos de género y la asimetría en relación con la diferencia de edad entre la pareja/compañeros sexuales.

- La asimetría relacionada con **estereotipos/roles de género**

La presencia reducida de jóvenes heterosexuales en la investigación no ha permitido profundizar en este factor para los chicos heterosexuales, pero su importancia se ha evidenciado para los jóvenes HSH. A tenor de lo expresado en la investigación, parecería que, en el entorno gay, se trata de una cuestión que, de una u otra manera, resulta escasamente discutida como tal (cabe pensar desde una

cierta percepción de que la ideología de género se “desprende” de la heteronormatividad y por tanto su influencia “desaparecería” en un entorno ideológicamente homosexual). Sin embargo, también los jóvenes HSH son varones, educados como varones, socializados en un contexto donde el género sigue traducándose en factor, efectivo y simbólico, de desigualdad, y muestran por tanto rastros evidentes de ideología de género. Por ejemplo, cuando repetidamente se naturalizó en grupos y entrevistas la tesis de una mayor “promiscuidad” de los varones gays basada no en su preferencia sexual, sino en su “naturaleza” masculina: por naturaleza o biología “*el hombre es más sexual que la mujer*”, pues “*los hombres son los hombres*”, como también se dice en la Rg 2.

*“Entre gays la promiscuidad está a la orden del día... Pero no por ser gay, sino por ser hombre. Que el hombre es más sexual que la mujer”. (Rg 5, 19-21 años, HSH).*

La persistencia de aspectos ideológicos relacionados con el género también entre los HSH viene a dar cuenta también de una presencia simbólica de la masculinidad que no siempre adquiere los caracteres subversivos, paródicos, transgresores y *queer* que, por ejemplo, Javier Saéz detecta en ciertas subculturas como los “osos”<sup>106</sup>, sino que en muchas ocasiones reproduce las lógicas más estereotipadas y tradicionales de reparto de los roles y actitudes en “masculinos” y “femeninos”. Lo más evidente a lo largo de toda la investigación ha sido la adscripción de lo “masculino” al impulso sexual “natural” y “en bruto”, a relaciones afectivas más volátiles y ocasionales, con un mayor “egoísmo” sexual y un menor cuidado por el otro, mientras que lo “femenino” se asocia por el contrario con la pareja, con el cuidado del otro y con una mayor necesidad de “afecto”/lejanía del “sexo”:

*“La noche es la noche. Da igual hetero que gay. Los hombres somos los hombres.*

*Pues fíjate, que ahí depende.*

*Las mujeres no son iguales.*

*Pero por ejemplo coge el caso de XXX, nuestro amigo*

*¿Qué pasa con XXX?*

*XXX no es el típico prototipo, como podemos ser nosotros, de: “Uy, este me ha molado, pum”. No, él necesita tener... Es decir, más “femenino”, entre comillas, en ese sentido. Más femenino en el sentido de que...*

*Más, entre comillas, “represión”. Porque las mujeres... En general, eh, en general.*

---

106 Saéz: “Excesos de la masculinidad...”, op. cit

*Pero como que para ellas eso es un símbolo de categoría, de no tirarse a cualquiera a la primera de cambio.*

*De categoría o de lo que sea: "buah, es que si...".*

*Pero también es verdad que... Es verdad que hay represión pero también son diferentes mentalmente que nosotros, ¿eh? Ni más ni menos, pero son diferentes, y tienen otra manera de entablar las relaciones. Y hay hombres que tienen caracteres más femeninos en ese sentido. Y oye, hay mujeres igual que son con carácter más masculino" (Rg 2, HSH, 27-29 años).*

La cuestión central a este respecto es que "lo masculino" y "lo femenino" no reciben la misma valoración simbólica. Diversos aspectos señalados tanto a lo largo de la propia investigación como en la literatura especializada (Guasch, Villaamil, Enguix) apuntan a que, en el desarrollo y evolución de la propia identidad/comunidad gay en España, las últimas décadas habrían visto una tendencia hacia la "masculinización" de la identidad homosexual, en la que los rasgos físicos, pero también actitudinales, asociados con lo masculino, con lo viril, habrían pasado a ser considerados como "canon" positivo, mientras que una identidad homosexual más tradicionalmente percibida como "femenina" tiende a ser valorada mucho más negativamente. Distribución desigual del poder en el juego dicotómico de los roles de género que se expresa en diversas cuestiones, desde la condena de la "pluma" que denuncian algunos chicos hasta la asociación, aún detectable, entre la adopción de papeles sexuales "masculinos" –el rol insertivo en la penetración anal– con la dominación sobre el otro.

*"A ver, es que no sé muy bien cómo explicarlo porque yo con XXX [una antigua pareja] no lo viví de una forma muy clara porque era algo atípico, porque delante de todo el mundo él seguía siendo hetero y por lo tanto, pues eso no... Pero en cambio, en realidad yo era el hombre de la relación*

*(Risas)*

*Oye, di el que penetraba*

*Odio eso, odio eso de los maaaa..., de los gais, y lo he comentado con él el primer día: que siempre queremos ser el hombre y ya somos hombres, ya somos hombres todos..*

*Es que es un problema...*

*No pasa nada, y ya están, "ahí está la pasiva esa..."*

*Es que no se puede entender que no haya un hombre y una mujer, el más femenino y el más masculino, el más femenino es el pasivo y el más masculino, pues eso, el que va a hacer tal y cual, el que va a mandar, el que va a hacer de hombre...*

*Pero porque me folles, no vas a ser mi hombre... Yo eso lo odio, te lo juro*

*¿Y EL PASIVO VA A TENER UNA ACTITUD MÁS PASIVA A LA HORA DE DECIDIR, A LA HORA DE ACTUAR?*

*Se supone que sí, se supone que al ser pasivo es el otro el que manda más” (Rg 5, HSH, 18-21 años).*

De cara a la prevención del VIH, la importancia de esta ideología de género proviene de la posible asimetría que se genere en relación con una adopción más o menos explícita y más estable de estos roles en la pareja, su valoración diferencial y su prolongación en actitudes más generales de “pasividad” y “dominación”. Pero también en tanto que, en el juego de posiciones sexuales, los **roles insertivos o receptivos** en el sexo anal tienen también una clara importancia en los riesgos de transmisión del VIH y otras ITS. De hecho, como se observa en la cita anterior, la diferencia “activo/pasivo” continúa configurándose a partir de un marcaje y de una distinción de género “masculino/femenino” en la que el polo masculino, configurado como “activo” y viril, aparece cargado de mayor positividad mientras que el polo femenino/“pasivo” resulta cargado de connotaciones más negativas en el marco de nuestra cultura (sumisión, falta de autonomía, dependencia).

A tenor de lo recogido en la investigación, la amplia mayoría de los HSH entrevistados, incluidos los de un nivel sociocultural más bajo y los de origen inmigrante, saben, en plena coincidencia con la lógica clínica de la infección del VIH, que el rol receptivo –femeninamente connotado– presenta un mayor riesgo de infección para cualquier tipo de ITS, incluido el VIH.

*“Por ejemplo, si yo que soy pasivo, soy el que lo tiene, y el chico no lo tiene, es más difícil que yo se lo pase a él a que él me lo pase... Por ejemplo, podemos hacerlo 4 ó 5 veces y yo se lo paso, pero si él lo tiene, a lo mejor me lo pasa a la primera... Sólo hace falta que se corra dentro para que me lo pase*

*Hay más riesgo que tenga el que recibe que el que da.*

*Al penetrarnos, es a nosotros que nos hace las heridas, ¿sabe? Nos llevamos el dolor nosotros, no el otro.” (Assad y Pedro, HSH/transgénero, origen marroquí, 20-22 años).*

*“Los homosexuales que cogen el VIH son homosexuales que son pasivas... más que recibe. Porque un activo, un activo... corre menos riesgo. Porque no hay contacto de sangre a sangre, de semen a semen, a no ser que tenga un corte...en la polla. O que se acabe de depilar o tener un cortecito en la polla. Pero las que son más pasivas, la penetran, desgarramiento, sangre, contacto, el semen...además del VIH te transmiten la sífilis, la gonorrea...” (Eric, HSH, VIH+, origen guineano, 26 años).*

Pese a dicho conocimiento, alguno de los entrevistados más identificados con el rol femenino y personalmente menos empoderado, rechaza el uso del preservativo si a su partenaire sexual "activo" no le gusta el uso del condón.

*"Quedo como una tonta... Porque a lo mejor yo le digo... ¿te vas a poner el condón, ¿eh?... Y ellos no, no... es que no siento es que no sé qué..., ¿ves? Pues yo me echo para atrás. Parezco tonto, ¿sabes?, No se lo vuelvo a repetir... En el tiempo que quedemos.*

*¿POR?*

*- Porque me lo hacen entender ellos... Porque se lo digo y dicen que no sienten... ¿Entonces?" (Pedro, HSH/transgénero, origen marroquí, 20-22 años).*

Descripción de este tipo de relación que viene a coincidir con la opinión de alguno de los profesionales entrevistados, en el sentido de que el amplio nivel de información sobre la probabilidad de menor/mayor riesgo de transmisión del VIH en función de los roles insertivo/receptivo, podría estar llevando a los gays que adoptan el rol "activo" a una mayor exposición al riesgo, tanto el suyo propio como el del compañero, al renunciar al preservativo.

*"En la consulta yo pregunto "¿qué es lo que te lleva a ti a no utilizar el preservativo?"... y en el no utilizar el preservativo tiene que ver con el otro, en cómo estoy yo en ese momento, y en quién es el otro... Yo creo que más que el rol... Pero yo por lo menos, en mi consulta sí que veo... Escucho más que les pasa más siendo activos que siendo pasivos... Por lo que yo veo. O sea, que cuando tienen prácticas de riesgo les pasa más siendo activos que siendo pasivo. De ahí deduzco que son personas que están informadas y, al estar informadas, saben que unos roles pueden tener más riesgo que otros... y, quizás por eso, se permiten pasar un poco el límite cuando hacen de activos más que cuando hacen de pasivos". (Entrevista profesional salud).*

*"Mod. El rol activo pasivo condiciona esa actitud más precavida?*

*Yo creo que sí. Yo creo que sí...Es decir, por lo que yo percibo desde todo este proceso que he vivido desde que me diagnosticaron...Yo, el enfoque que le veo a día de hoy es que, mira, el tema de roles, el tema de roles, cuando un tío es activo la idea que tiene preconcebida es que le va a resultar complicadísimo contagiarse del vih porque a fin de cuentas es el que se está corriendo, y realmente no es así, se puede contagiar con mucha facilidad, con relativa facilidad, pero vamos yo creo que es que ...es que, reamente hay relajamiento por ambas partes...quizás más por el rol de activo que por el rol de pasivo pero tampoco conozco a muchos pasivos que adopten muchas precauciones...". (Cesar 28 años vih+).*

Es preciso indicar que, en el propio marco de la investigación, estos discursos más estereotipados de género/rol sexual también fueron discutidos y cuestionados por algunos perfiles más empoderados y "versátiles" y que los comportamientos

concretos en las relaciones sexuales son más ricos, complejos y variados que los resultantes de la "dicotomía" con la que discursivamente se suele abordar esta cuestión. Pero el hecho es que, en la investigación, dicha asimetría de roles y dicho juego de asociaciones masculino/femenino, activo/pasivo, dominante/dominado sigue muy presente como estereotipo, con todo lo que ello conlleva de mayor incremento real de riesgo de infección en el caso de las personas que, por las razones que fuera, tiende a adoptar de forma algo más regular el rol de pasivo.

En esta dirección dos situaciones se han expresado en la investigación como especialmente "vulnerables" en este posible juego de roles: la diferencia autóctono/inmigrante y la diferencia de edad, especialmente en el caso de gays muy jóvenes.

En relación con la primera cuestión, diferentes autores señalan la pervivencia en las sociedades latinoamericanas de una construcción de la identidad gay en las que la diferencia masculino/femenino, activo/pasivo está muy marcada... que lleva, como de hecho se ha expresado casi como una constante en los HSH latinos entrevistados, a tener una mayor identificación con ese rol más femenino/pasivo. Así, mientras en la sociedad española, como subraya Enguix (2010) "es mucho más fácil que un homosexual se identifique como activo que su identificación como pasivo, puesto que los homosexuales pasivos son, aunque no se reconozca, equiparados a las mujeres"....

*"A mí es que me encanta dominar, lo reconozco... Ser el macho, vamos" (Rg 5, HSH 20-25 años).*

...en muchos países y sociedades latinoamericanas, de donde proceden un porcentaje significativo de los HSH inmigrantes, la situación es muy diferente. De modo que, como destaca Guasch (2006), "es entre los inmigrantes de América Central y del Sur (y del Caribe) donde con frecuencia se reconocen estilos de masculinidades subalternas que remiten al modo en que éstas se expresan en nuestro pasado cercano (sobre todo en términos de *maricas, maricones, locas y reprimidos*). Son formas de ser hombre que correlacionaban bien con el modelo binario y sexista de género que existe tanto en las sociedades de partida como en la de acogida".

En consistencia con estas líneas de análisis, en la investigación no ha dejado de ser significativo que mientras los gays autóctonos, pese a la "versatilidad" de roles practicados, tiendan a reconocerse más bien como activos, los únicos interlocutores que se han reconocido explícitamente como pasivos han sido los entrevistados inmigrantes.

*"Yo era el pasivo de la relación, él me penetraba y yo se la chupaba. Siempre era lo mismo. Ni yo me lo follé ni él me la chupó..." (Estanis, HSH, VIH+, 20 años).*

De ahí que, en más de un caso y en ciertos entornos gays, los estereotipos sobre los latinos que hemos señalado anteriormente se conjuguen con una tendencia a

asociar negativamente a los gays latinos con el "rol pasivo". E incluso con el "rol" más estigmatizado de una "promiscuidad" en más de un caso cercana a la imagen de "prostitución".

*"¿ESA IMAGEN DEL RIESGO LA TENÉIS?*

*Sí y no, porque yo con uno... con un chico gay que le veo en Chueca, de los típicos latinos, un poco bajito, con las cejas finitas... ese sí que he tenido doscientos tipos de relación sin proteger y otras tantas con protección. Entonces, con éste no me liaría". (Rg 5, HSH, 18-21 años).*

- La asimetría basada en la diferencia de **edad/experiencia**.

El segundo aspecto donde la asimetría de "poder" en la pareja ha tenido una relevancia durante la investigación ha sido en relación con la edad, la diferencia de edad. **Diferencia de edades entre los compañeros sexuales** que, por distintos motivos, y a tenor de lo expresado en la investigación parece más relevante entre los varones homosexuales que en el colectivo heterosexual. De hecho, una gran parte de los jóvenes interlocutores de la investigación señalan sus preferencias por el establecimiento de relaciones sociales y sexuales con personas más adultas (al menos 6 ó 7 años superiores a la edad del entrevistado), especialmente en los momentos de iniciación de su vida sexual y de "entrada" en la comunidad gay.

*"¿VOSOTROS OS RELACIONÁIS CON GENTE DE VUESTRA MISMA EDAD, DE OTRAS EDADES, DE...?*

*Pues mira, yo lo veo más como que el mundo gay es más Verano Azul: hay más capacidad de ampliar el espectro de edad.*

*Claro, claro. Porque somos menos.*

*Y porque también, como hay ese deseo entre la gente más mayor de permanecer... De: "no, no, yo sigo saliendo". En la forma de vida tú te encuentras a gente que, en el mundo heterosexual, estaría con sus hijos en su casita y aquí están en la fiesta We dándolo todo". (Rg 2, HSH, 27-29 años).*

Como se señala aquí, los motivos de este mayor protagonismo de la diferencia de edades en las relaciones entre varones son variados, desde la pura estadística ("...como somos menos...") hasta el "culto" a la juventud y el "síndrome de Peter Pan" apuntados en la cita anterior. Menos evidente para los propios jóvenes es cómo esta asimetría generacional se ha visto motivada históricamente por los propios procesos de "iniciación"/"entendimiento" que, dada la exclusión y represión de la homosexualidad, han sido necesarios para efectuar la "entrada" en el espacio homosexual (tradicionalmente sólo accesible para quien era "iniciado" en sus códigos por un conocedor más experimentado, generalmente más adulto).

A tenor de lo apuntado en la investigación, esta asimetría generacional estaría tendiendo a mitigarse – por cuestiones que ya hemos citado: la legitimidad social de las relaciones homosexuales, la mayor facilidad de “salida del armario”, el establecimiento de “noviazgos” más igualitarios en edad entre los gays más jóvenes... Pero aún sigue constituyendo una característica peculiar de la trayectoria social “típica” de los varones homosexuales. En las edades más tempranas y jóvenes que estamos estudiando, esta diferencia de edad se construye muchas veces hoy como una diferencia en cuanto a la experiencia sexual con la que se cuenta:

*"A mí es que me parecen más atractivos [los mayores]*

*Yo pienso más en que tienen más experiencia, sobre todo cuando dices: me voy a liar con él que seguro que tiene más experiencia*

*A ver, se da por hecho y luego, es que es verdad*

*A ver, follan mejor, dicho de una manera clara*

*Hombre, mucho mejor. Sobre todo si lo comparas con un niño de 18.*

*Yo es que el sexo que he tenido con gente de mi edad es que ha sido desastroso*

*Ya, es que yo he estado con gente que dices: pero qué haces!...*

*Yo he sido, mi novio, el último, tenía, es que estaba enamorado de él, de la persona, y tenía 19 años, y ha habido momentos que le he echado a patadas de la cama (Risas) "¡Pero es que estás mal, no sabes hacer nada! ¡Pero nada, nada!"*

*(Carcajadas)" (Rg 2, HSH, 21-25 años).*

No existe, por supuesto, ningún problema “en sí” con una pareja que difiere en edad o en experiencia sexual. El problema, como señalábamos antes, surge cuando esta desigualdad se traduce en una asimetría clara de poder y capacidad de decisión autónoma, cuando la diferencia de edad conlleva una “renuncia” del más joven, menos “experimentado”, que asume acríticamente y pasivamente las decisiones de la otra persona como, a tenor de lo expresado en la investigación, parece ocurrir habitualmente. Decisiones que pueden implicar, si es el caso, una no introducción del preservativo:

*"AL PRINCIPIO, LA IDEA DEL VIH, POR LO QUE ESTÁS DICIENDO, ERA ALGO QUE LO VEÍAS..."*

*No, no estaba tan presente. De hecho yo quedaba con chicos mayores que yo y no sé, como que te dejabas un poco. Es que no había tenido sexo*

*nunca, y era como que te dejabas un poco enseñar, de a ver cómo se hace esto, porque no tengo ni idea. Era como que si él no se ponía el condón, de mí no salía, no sé, confiabas en gente que no conocías de absolutamente nada y no volvías a ver. Pero como que había una confianza ahí de no sé, piensas, si tiene algo se pondría condón. Entonces, no sé, así pasa lo que pasa, jeje.” (Ramón, HSH, VIH+, 26 años).*

*“Hay que recordar también que muchos de los chicos que han adquirido vih lo han hecho en cuando estaban en una época de vulnerabilidad, digamos, psicológica...a la hora sentimental, estaban de bajón ¿no?, y bueno, se les pasó por la cabeza de que .., bueno, de follar sin condón.. O estaban más sujetos a una relación con un hombre que les decía de usar sexo sin... condón y entonces, buen, pues... querían y al final... ¿no?...Pues y eso te puede pasar con 20 o con 30, pero a lo mejor ya con 40 esa vulnerabilidad ya no la tienes, ya no es tan fuerte... porque tiene la vida más hecha...”.* (Entrevista Asociación).

..Con la consiguiente mayor exposición al riesgo de transmisión del vih, como atestiguan algunos estudios al respecto. (Mustanski et al (2011)).

## **11.7. LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA Y LAS PRIMERAS RELACIONES SEXUALES ENTRE HSH**

Directamente relacionado con lo anterior, encontramos una cuestión que marca también una dimensión de vulnerabilidad: los procesos de transición a la vida adulta como tal y la iniciación en la vida sexual. En efecto, no conviene olvidar que, en un sentido general, **el propio hecho de ser joven** constituye un elemento de vulnerabilidad (por los procesos de construcción de la identidad, por la desorientación asociada, por la mayor inconsciencia del riesgo).

En el caso específico de los chicos gays, **el proceso de crecimiento, adultez y afirmación de una identidad sexual** sigue siendo –a pesar de los avances logrados– más problemático que en el caso de los varones heterosexuales. A pesar de la mayor aceptación social de ciertos entornos, seguiría dándose una cierta asimetría en el ritmo de desarrollo personal de los jóvenes heterosexuales y homosexuales en el sentido de que, como resultado de la homofobia dominante, en alguno de los espacios prioritarios de socialización juvenil, como puede ser el sistema educativo... los jóvenes con una orientación homosexual tendrían que ocultar su orientación sexual, por temor a dicha homofobia experimentado, de esta forma, una fuerte vulnerabilidad emocional y una especie de “retraso” en la construcción de su identidad. Situación que reforzaría la vulnerabilidad de los jóvenes gays en ese momento tan vital y delicado de la adolescencia.

*“Un adolescente gay podría ser hasta los 30 por lo del retardo en la construcción, del retardo en la experimentación...Un adolescente heterosexual puede iniciarse a los 13, 14, 15 años, pero un adolescente gay puede empezar más tardíamente. Cada vez es a edades más tempranas*

*pero iojoi quizás nos podemos confundir porque estamos en Madrid...".  
(Entrevista profesional salud).*

Más allá de que, cabe pensar, dicho retraso en los procesos de construcción de la identidad personal de los chicos gays estaría reduciéndose, a medida que aumenta la aceptación social de la homosexualidad y disminuye la homofobia que todavía fuerza el ocultamiento, como de hecho parecería estar ya pasando en otros países (Floyd & Stein, 2002), los entrevistados señalan el sufrimiento y la vulnerabilidad emocional que dicha situación genera en los jóvenes gays a la hora de configurar, con el ritmo singular de cada uno, su identidad.

Por otro lado, como ya se evidenciaba en la discusión del apartado anterior sobre la diferencia de edad, las **primeras relaciones sexuales entre HSH** resultan una situación en la que podría generarse un eje de vulnerabilidad. Y esto por dos razones, ante todo. En primer lugar, por lo que podríamos llamar el descubrimiento y el "deslumbramiento" ante una nueva forma de vida en un momento vital de, todavía, un proceso de construcción de la identidad personal... Deslumbramiento que llevaría, en el decir de alguno de los entrevistados, a desarrollar una conducta muy mimética de la que se observa en el ambiente y a desarrollar una muy amplia exposición al riesgo como resultado de una no menos amplia y diversa actividad sexual.

*"Los chicos más jóvenes son gente que empieza a descubrir la sexualidad. Y es como si entraras en una pastelería y pudieras comer todo lo que quieras. Está todo tan a mano, es todo tan apetecible que... Y siendo joven tienes un target, tienes un abanico enorme de personas de cualquier edad que están dispuestas a tener sexo contigo a cualquier hora. Las aplicaciones e internet te permiten tener sexo con tu vecino... y hay una exposición muy alta. La vulnerabilidad de ellos es muy alta, primero porque están descubriendo su sexualidad y porque pueden tener y tienen muchas prácticas sexuales con personas diferentes. Y vuelvo a decirlo, no se les ha hablado del VIH: es algo que les queda muy lejos, es algo que les pasa a la gente mayor, a las personas de 50 años". (Entrevista asociación).*

Por otro lado, dada la desorientación, desconocimiento e inexperiencia que ostenta quien se "inicia", las situaciones antes señaladas **donde se "delega" el poder y la responsabilidad en manos del otro**, en quien "sabe más", se convierten otra vez en posibles situaciones de exposición al riesgo:

**"PORQUE ¿TÚ EMPEZASTE A TENER VIDA SEXUAL, DIGAMOS PRONTO?"**

*No tan pronto como empiezan ahora, pero empecé a los 18. A los 18 me fui de casa a vivir solo -bueno, a compartir piso- y fue como que por fin tenía un poco de intimidad y empezaba a quedar con chicos y al principio era supertorpe y eso*

**EMPEZAR, AL PRINCIPIO EN EL TEMA SEXUAL DICES ¡DIOS MÍO!**

*Sí. Cuesta. No sabes muy bien lo que estás haciendo*

*LA VERGÜENZA DEMENCIAL ESA QUE TIENES...*

*Y era como que al principio yo solo me atrevía a hacer de activo, y bueno, sexo oral y eso, sí. Y nada, luego ya empecé a hacer de pasivo, me volví versátil y no se qué. Y no sé..." (Ramón, HSH, VIH+, 28 años).*

Ya hemos indicado en diversos momentos cómo, en el marco de legitimación social de la homosexualidad, para muchos jóvenes gays se habría adelantado la edad de salida del armario y, por tanto, de iniciación en las relaciones sexuales. Sin embargo este adelantamiento de la salida del armario se produce en un momento social y personal de (1) menor conciencia del VIH; (2) mayor carencia, o menor incorporación, de educación sexual; (3) Menor presencia del discurso o el "mandato" preservativo; (4) Menor "inserción" en la comunidad gay, con la menor socialización en el sexo (más) seguro, y la mayor individualización de los encuentros sexuales. Además hasta el momento, no ha habido una buena educación sexual en el sistema educativo que contemple la homosexualidad. Todo ello supone que resultaría preciso afrontar con mayor realismo y decisión, desde la educación sexual, este momento vital en las trayectorias sexuales de los jóvenes gays.

## 11.8. LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA INMIGRACIÓN

En la práctica totalidad de las menciones que hemos hecho a la "inmigración" a lo largo del informe se habrá hecho evidente un aspecto capital a la hora de comprender la introducción de la categoría de "inmigrante" como factor de vulnerabilidad: no se trata tanto de la procedencia "de fuera", como si habláramos de algo "esencial", "natural" (los latinos "son de tal manera", los africanos "son así"), sino de lógicas que tienen que ver con el propio proceso migratorio, con las lógicas de trayectoria vital y biográfica. En ese sentido, como subrayan con énfasis los profesionales y voluntarios de asociaciones entrevistados y como se deduce de los propios relatos de los entrevistados, la vulnerabilidad se asocia sobre todo con las **primeras etapas de la inmigración** y los procesos de búsqueda de aceptación/inclusión y de choque cultural que se dan en estos primeros momentos de llegada a la sociedad de acogida. En este mismo sentido, aunque en menor medida (pues el choque cultural es menor), cabe introducir también en este eje a la "migración interna", a los jóvenes que acuden a Madrid desde otras provincias o hábitats.

En particular, hemos resaltado en varias ocasiones la situación peculiar que enfrenta la persona inmigrante, que sobre todo en los primeros momentos tras su llegada, se enfrenta a situaciones de desamparo, soledad y carencia de redes sociales de apoyo. Carencias que, al decir de algunos, conduce a otorgar una excesiva "confianza" en la pareja. Esa búsqueda de aceptación y afecto puede conducir a una menor introducción del preservativo. Al mismo tiempo, el

“deslumbramiento” y facilidad de establecimiento de relaciones sexuales en el nuevo entorno constituye un choque cultural que profundiza esa vulnerabilidad.

Hay otras cuestiones que también se relacionan con ese “desplazamiento” vital que implica la inmigración, particularmente en sus primeras etapas: el desconocimiento de los códigos sociales y relacionales; las sensaciones de “inferioridad” y sorpresa; el desconocimiento del sistema sanitario español... Todo ello, cuando se conjuga con los posibles déficits en información y educación sexual que llevan consigo los inmigrantes de determinados lugares (no forzosamente, como hemos señalado en varias ocasiones, los de países “poco desarrollados”), constituye una clara dimensión de vulnerabilidad en la posible exposición al riesgo.

## 11.9 LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Por último, queríamos apuntar algunas cuestiones sobre la “exclusión social” y su constitución como un eje de vulnerabilidad con respecto al VIH. El hecho es que este factor, entendido desde su concepción más clásica, de desigualdades económicas y vulnerabilidad social, ha mostrado sobre la exposición al VIH, las ITS y las prácticas de riesgo una menor influencia directa que todo el resto de cuestiones que venimos apuntando. Los entrevistados, con una relativa independencia de su situación social, del hecho de ser autóctonos o inmigrantes, y también el propio conjunto de informantes cualificados entrevistados en el transcurso de la investigación, han subrayado la importancia de lo que podríamos denominar las dimensiones identitarias, culturales y simbólicas a la hora de explicar los valores y comportamientos de los jóvenes HSH en Madrid, las formas de vivir sus relaciones personales y sociales, sus tipos de relaciones afectivas y sexuales..., y la primacía que tienen dichas dimensiones sobre cualquier otro tipo de dimensión, más directamente relacionada con la desigualdad social entendida en su forma más clásica y reductora. De hecho, exceptuando la prostitución (no presente en la investigación), la exclusión social incluso se convierte en muchas ocasiones en exclusión de las propias relaciones sexuales y, por lógica, en una menor exposición correlativa a las ITS. Los subsaharianos heterosexuales entrevistados, por ejemplo, señalaban la propia dificultad de conseguir “pareja” sexual en situaciones de exclusión social (careciendo de vivienda, etc.). En este sentido, la exclusión social como tal ha tenido menos protagonismo en la investigación y ha mostrado una menor fuerza explicativa en lo que respecta a la exposición a riesgos sexuales.

Esto no quiere decir que la exclusión social y la desigualdad social en un sentido más amplio, no cumplan un papel en todo lo que hemos expuesto. Se observan diferencias, que venimos indicando, en relación con el lugar de nacimiento y residencia, con el tamaño del hábitat, con la condición social y cultural de la familia de origen... Pero la relevancia de todas estas cuestiones se evidencia desde **su capacidad de potenciar las otras dimensiones de vulnerabilidad**: el desconocimiento respecto del VIH; las lógicas de exclusión/inclusión en la propia comunidad gay; su papel en la construcción de una lógica asimétrica de relación entre los compañeros.

Hay que mencionar, sin embargo, un aspecto donde lógicas puramente sociales de exclusión e inclusión sí que conllevan consecuencias directas sobre la problemática del VIH: se trata, como hemos indicado en repetidas ocasiones durante el informe, del caso de las dificultades de **acceso al sistema sanitario** y a los **propios tratamientos** frente al VIH en el caso de **personas inmigrantes** que no tienen Tarjeta Sanitaria, así como su efecto disuasor en la relación con el sistema de salud en general, y la prueba del VIH en particular. Muchos de los profesionales entrevistados, así como la mayor parte de las asociaciones médicas y ciudadanas, consideran que esta cuestión va a convertirse en un problema de salud pública en los próximos años, lo cual significaría que nuestro diagnóstico sobre la (relativamente) escasa importancia de la exclusión social respecto de la problemática del VIH quedará tristemente anticuado, casi como "signo" de un momento histórico donde España tuvo una atención sanitaria universal:

*"El problema de ahora es el acceso al tratamiento. ¿Para qué vamos a plantear pruebas rápidas, etc. para que luego no haya acceso al tratamiento? Ahora se está solventando a través de contactos, bordeando incluso lo... Hay que ser legales, por supuesto, pero... Gracias a determinadas personas están entrando en el sistema, pero sin eso... Y esto se va a notar en nuevas infecciones, seguro. Y lo notamos, por ejemplo, con prostitución, que yo he visto a chicos que ejercen la prostitución para pagarse el tratamiento en la Quirón, que cuesta 800 euros al mes. Yo creo que casos de sida vamos a empezar a ver dentro de nada". (Entrevista asociación).*

## 12. IMPLICACIONES PARA LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

---

A lo largo del informe hemos descrito un panorama de **amplias transformaciones en la comprensión, las vivencias y las representaciones del VIH/sida** y –en tanto interrelacionadas simbólicamente con el VIH y construidas imaginariamente por contraste/relación con él– también del resto de ITS. Los varones jóvenes actuales, los heterosexuales tanto como los HSH, los autóctonos tanto como los inmigrantes, se relacionan hoy con el VIH/sida, se lo representan, remiten a él sus prácticas sexuales, de una manera completamente distinta a la que lo hacían hace 10 ó 15 años. También se detectan tendencias de cambio en la comprensión de las prácticas de riesgo, en la relación con la prueba o en la importancia relativa de unos u otros ejes de vulnerabilidad.

**Este conjunto de modificaciones requiere de una reflexión profunda sobre las estrategias preventivas que es conveniente emprender.** Reflexión a la que este estudio quiere contribuir, pero que tampoco puede agotar. En este último capítulo, queríamos recuperar algunos elementos que se trataron en entrevistas y grupos en relación más directa con la prevención para discutir las implicaciones que tiene todo lo que venimos apuntando para el diseño de estrategias preventivas en el ámbito del VIH y las ITS.

### 12.1. EL DESCENSO Y REPLIEGUE DE LAS INFORMACIONES Y CAMPAÑAS PREVENTIVAS

Lo primero a destacar es **la sensación, extendida en muchos jóvenes, de que la prevención del VIH/sida habría disminuido ampliamente.** Se señala que la prensa, etc. habla mucho menos del VIH, y que cuando lo hace es desde un discurso de tonos triunfalistas, destacando siempre el descenso en número de casos de Sida. También se opina que, por parte de los poderes públicos, la emisión de campañas de concienciación y de mensajes preventivos sería mucho menor que en el pasado reciente, y que tampoco en posibles contenidos de educación sexual en la escuela y el instituto se habla con particular intensidad del tema. Por ello, se recuerdan ante todo campañas antiguas, del pasado: el eslogan “Póntelo, Pónselo”, por ejemplo, sigue presente en la memoria colectiva, incluso de jóvenes que no estuvieron expuestos a la campaña original.

Como ya indicamos al hablar de los procesos de creciente no-visibilidad del VIH/sida, la percepción de una decreciente presencia mediática y oficial refuerza la imagen de “desaparición” del sida que rige entre los jóvenes heterosexuales y entre los HSH que más se aproximan a esos espacios de sociabilidad:

*"Aparte que la propaganda que había en los años 80 con la aparición del sida... es que no tiene nada que ver, o sea, era bestial. Un montón de*

*personajes famosos se morían por sida y tal... Y hoy en día para ver algo del sida te tienes que ir a un centro de planificación familiar, que tienes carteles, o al ambulatorio. Pero por la calle ya no sueles ver: "cuidate, ten cuidado con el VIH". Por lo menos yo ya no veo esto. Cada vez se ve menos estas cosas, y yo creo que es por eso, porque ha descendido el número de personas que lo llevan". (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años).*

Hay que precisar que esta idea del descenso continuado, hasta la casi completa desaparición, de mensajes de concienciación, no es igual en todos los perfiles. Los chicos gays, y sobre todo quienes más insertos se encuentran en los espacios y entornos de la comunidad gay, tienen una mayor conciencia de la persistencia de campañas, carteles, etc. relacionados con la prevención del VIH. Algunos jóvenes asocian esa diferencia a la percepción diferencial que, de una u otra forma, tendrían heterosexuales y homosexuales respecto del VIH, entendiendo los segundos los mensajes sobre la enfermedad como "dirigidos" hacia ellos y tendiendo, por tanto, a percibirlos en mayor medida:

*"¿TENEÍS LA SENSACIÓN DE QUE HAY MUCHAS CAMPAÑAS SOBRE VIH?"*

*Yo creo que no*

*Yo creo que menos que cuando nosotros éramos chavales...*

*También es que nosotros nacimos en los 80...*

*Un poco más sí, pero a nivel de colegio, educación... no tengo ni idea si... Espero que sí.*

*Yo creo, fíjate, que en las campañas también... la condición sexual. Es decir: que tú ves la palabra sida, en un cartel, y yo creo que la mitad de los heterosexuales pasan de largo. Y eres homosexual y no, te quedas mirando. Entonces, a lo mejor, por mucho que inviertas..." (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

Pero más allá de esa explicación de posible "sesgo" cognitivo en el desconocimiento que tienen los heterosexuales de actuales campañas de prevención del VIH (y que ya sería en sí misma un índice de la "extrañeza" que les suscita el VIH/sida), lo que sí parece haberse producido, como ya se indica en las citas anteriores, es **un cierto repliegue de los mensajes preventivos**, de las campañas, que hoy se limitarían – al sentir de muchos entrevistados – a estar presentes en entornos muy concretos y específicos: centros de planificación, asociaciones, recursos sanitarios... Es únicamente en estos espacios donde los jóvenes dicen verse expuestos a mensajes preventivos. En la investigación no se han mencionado acciones de prevención en discotecas, saunas u otros entornos de sociabilidad gay, que algunos profesionales consideraban especialmente necesarias. Se echaban en falta en estos espacios tanto campañas "discursivas" como, sobre todo, acciones más concretas, como el reparto gratuito de preservativos y lubricante (que se habría prácticamente abandonado). Tampoco se ha mencionado ningún tipo de acción en Grindr y las nuevas apps, que algunos técnicos consideraban el nuevo espacio prioritario.

Por otro lado, la sensación (ambivalente en muchos jóvenes, como indicaremos a continuación) es que las campañas actuales toman como target casi único al colectivo HSH, prioridad preventiva que algunos juzgan apropiada, por ser éste el colectivo donde se estarían dando la mayor parte de los nuevos diagnósticos, pero que también supone una suerte de particularización de los mensajes, otra lógica de "repliegue" que tendería a extraer la prevención del VIH de "la población general".

Muchos jóvenes, de forma adicional, han destacado **las carencias que sienten respecto de la educación sexual en el ámbito escolar**. Se siente que las charlas sobre educación sexual en escuelas e institutos, aparte de ser escasas, se centran casi exclusivamente en la prevención del embarazo. Además, se mencionan en algunos casos persistencias de estereotipos y códigos de género en estas charlas educativas, por ejemplo, la separación de chicos y chicas para su impartición. Esto conlleva que muchos de los jóvenes gays entrevistados señalen no sólo que no se habla apenas del VIH, sino tampoco de penetración anal u otras cuestiones de interés para ellos.

Un último aspecto que también queríamos indicar en este apartado, y que ha resultado muy destacado desde los propios jóvenes con VIH y desde las asociaciones, es **la ausencia de referentes de personas seropositivas**. En muchas entrevistas y grupos se ha expresado implícitamente el contraste con los años 80 y 90, donde existían "caras" públicas del VIH/sida, destacando el papel que cumplieron, simultáneamente, en la concienciación de la epidemia y en la lucha contra el estigma. Por el contrario, hoy apenas nadie es capaz de citar un referente público con VIH. Así, varios interlocutores demandan campañas e informaciones que recojan la realidad de las personas que viven con VIH, que "acerquen" el VIH a la opinión pública a los jóvenes desde la personalización en otros jóvenes con quien fuera posible identificarse.

## 12.2. LA REACCIÓN DE LOS JÓVENES ENTREVISTADOS A ANTERIORES CAMPAÑAS PREVENTIVAS

En la última fase de la dinámica de grupos y al final de cada entrevista se presentó a los participantes una selección de diversos carteles y campañas sobre el VIH de los últimos 15-20 años, con diferentes mensajes y focos de atención. Del conjunto más amplio de imágenes presentadas, hubo cuatro en especial que fueron recuperadas por la mayoría de interlocutores, por distintos motivos, y que pueden darnos pistas sobre las preferencias y focos indicados para posibles campañas. Junto con todo lo expuesto hasta el momento, conocer las reacciones a estas campañas nos servirá para poder indagar en las estrategias preventivas que convendría adoptar.

**"Póntelo. Pónselo"**



Es, sin lugar a dudas, la campaña más célebre, reconocida incluso por quienes apenas habían nacido cuando se puso en circulación. Significativamente, muchos jóvenes la eligieron como la imagen que mejor representa el VIH y la más adecuada como mensaje preventivo. Esta campaña tendió a ser recuperada especialmente por los **chicos heterosexuales** y por los **HSH más cercanos al espacio "gay normalizado"**, pero también por otros perfiles, que la juzgaban interesante y apropiada.

La lectura que se hizo de esta campaña en la mayoría de ocasiones tendía a destacar no tanto el preservativo como tal, el lema u otras cuestiones, sino el foco generalista, amplio, y sobre todo, **la continuidad que establece la campaña entre el VIH y el resto de ITS, así como con el embarazo**, en lógica con la percepción (que ya hemos señalado en varias ocasiones) de acercar las ITS y el VIH:

*"A mí me gusta este de aquí, el de "Póntelo Pónselo". Porque te dice todo lo que puedes tener... que es casi todo, vamos" (Rg 1, Heterosexuales, 21-24 años);*

*"A mí es la que me ha gustado más siempre, porque es súper general, incluye todo, hasta el embarazo". (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).*

### **"Sin preservativo es con el sida con quien haces el amor"**



Más allá del recuerdo casi generacional del "Póntelo...", esta campaña de la organización francesa Aides fue la que claramente más despertó la atención de los jóvenes. En todos los grupos y entrevistas se desató una breve discusión en relación con esta imagen, que nunca pasó sin comentarios y que aparecía como la más provocadora, llamativa y, al decir de algunos, efectiva/efectista para llamar la atención del hipotético público que se habría "olvidado" del sida.

Casi todos los entrevistados consideraban que, en un sentido puramente publicitario, es una muy buena campaña (varios chicos destacaron su valor estético y su atractivo visual), pero se generaba un debate muy intenso sobre las implicaciones de la misma. Parece estar claro para todos que **el mensaje primario es el miedo** ("meter miedo" al VIH/sida). Desde quienes se encuentran más cercanos al espacio de relaciones esporádicas, y que indican una y otra vez la

pérdida del miedo al VIH, la "banalización" del virus, se pide que las campañas sean más duras y más llamativas y esta es la más agresiva y llamativa de todas, recordando los anuncios ya clásicos de la DGT y la Agencia Antidroga:

*"Hay que ser duros... Tiene que ser bruta, tiene que ser bruta, Porque la gente si no... Yo creo que en ese sentido los mejores anuncios para concienciar son los de la DGT y los de... antidrogas y los de protección sexual". (Rg 5, HSH, 21-24 años).*

Sin embargo, hay una crítica repetida, que se señala en varias entrevistas y grupos, sobre el **potencial estigmatizador** que hay implícito en la imagen. La representación de las personas con VIH como "monstruos" llega a ofender a los jóvenes seropositivos entrevistados, pero no son sólo ellos quienes perciben esa agresividad estigmatizante.

*"Joder, publicitariamente es la más heavy: primero por la situación, o sea, por lo que la imagen te enseña. Pero... Pff, me parece un poco como... Como pretender dar más miedo del que habría que dar, que quizá lo que habría es que informar más. No sé cómo decirte. En estas campañas... Que me gustan fuertes: por ejemplo, esto [Reste fidele...] no me dice nada. O este también [Si te lías...] es patético, es una chorrada. Que la de ser fiel, ¿que tendrá que ver? Pero bueno... Estas que no me dicen nada, la del escorpión como que crea más polémica porque es como más fuerte. Pero lo de... el hecho ahí de estar follándote un escorpión me parece súper fuerte: como un poco monstruosidad, friki. Y a ver, yo no soy friki, soy un tío que cuando quiere follarse folla y si la he cagado, la he cagado. Por lo que sea: porque yo mismo no he pensado... Pero vamos, que no soy un escorpión. O sea, no sé, no me gusta nada". (Pedro, HSH, VIH+, 29 años).*

### **"El SIDA puede cruzarse en tu camino. Protégete"**



Esta campaña se percibe como una versión algo más *light* de la campaña anterior, que hace que quienes rechazan la imagen del escorpión, sea por la excesiva agresividad visual, sea por su excesiva estigmatización, tiendan a transigir en

mayor medida con esta. Sin embargo, el propio mitigamiento de los aspectos más llamativos también hace que sea una campaña que parece mucho menos espectacular y que, al decir de algún entrevistado, sea difícil incluso darse cuenta de que está hablando de VIH y de salud sexual.

Incluso con ese mitigamiento, la crítica a la **potencialidad de estigmatización** continúa siendo fuerte y especialmente en el espacio "gay central" se sigue discutiendo sobre la imagen distorsionada y prejuiciosa que se transmite de las personas con VIH al representarlas como bicho o como cristal. Pero el síntoma de que ésta se trata de una campaña más equilibrada lo da el que en el propio debate se reflexione sobre la dificultad de conjugar miedo, o "agresividad" (que casi todos coinciden en considerar necesario) con una lógica que no estigmatice:

*"Pero a mí, por ejemplo, las campañas de sida que han ido, por ejemplo, ésta y ésta (cristal y escorpión), que son, por ejemplo, "ten cuidado por...". Por una parte, me gustan porque son más agresivas. Por una parte te hacen que te conciencias más. Pero por otra parte, estás aumentando el estigma porque, al final, lo que aquí está diciendo es: "¡Ten cuidado! ¡Protégete! Porque si no, al final te vas a cortar y cortarte es muy malo. Cortarte los pies es muy malo porque no puedes andar con los pies cortados". Es decir...Al final, para mí, hay una contradicción que es: por una parte, no queremos que la gente se infecte, pero por otra parte, la gente que tiene VIH tiene derecho a vivir su vida con normalidad". (Rg 2, HSH, 21-24 años).*

Otro aspecto que algunos critican en esta campaña tiene que ver con la cierta sensación de "azar" en la metáfora de la transmisión, de tal modo que se pueda transmitir la idea de que uno se infecta "de cualquier manera".

De cualquier forma, esta imagen también es recuperada por los heterosexuales y los "gays normalizados" desde la lectura del recuerdo de la necesidad de protección en un momento histórico en el que, se piensa, ya no se es consciente de que "el virus te puede tocar". En efecto, como podemos ver en lo que venimos señalando, los jóvenes demandan a posibles campañas dos cuestiones: el **recordatorio de la propia existencia del VIH/sida** y el **aumento de la conciencia preventiva, al "asustar" en cierto grado** (pero sin estigmatización).

### **"De hombre a hombre..." y las campañas dirigidas específicamente al colectivo HSH**

Otro aspecto que resultó discutido a partir de las campañas presentadas, sobre todo a partir de la campaña "De hombre a hombre...", era **la conveniencia o no conveniencia de dirigir acciones preventivas específicamente al colectivo HSH**. Si bien para la mayoría de chicos entrevistados



no era una cuestión que espontáneamente les planteara problemas, una minoría de jóvenes –particularmente entre los más cercanos al espacio “gay normalizado”– hacía una lectura crítica en clave homófoba, rechazando posibles campañas que tomaran como target exclusivo a los HSH:

*"Esta otra es muy heavy, ¿no?"*

*DICES LA DE "DE HOMBRE A HOMBRE..."*

*Ponen dos tíos y se quedan tan panchos*

*Con dos cojones. Las mujeres no existen. Muy poco discriminatorio, ¿eh?*

*Son muy homófobas estas*

*EL QUE HAYA CAMPAÑAS DIRIGIDAS ESPECÍFICAMENTE AL COLECTIVO GAY...*

*Bueno, si son sólo dirigidas y están en los sitios estos, que no es en Sol, por ejemplo.*

*Pero a mí aparte de homófobo me parece machista*

*Machista. Sexista*

*¿POR QUÉ?*

*"De hombre a hombre". O sea que mujer no se puede transmitir el VIH*

*O de hombre a mujer*

*Y no solamente eso, que el VIH es algo de hombres. Las mujeres no cuentan. Es machista que te cagas*

*Pero yo no lo veo como que esto es algo que va a estar en las marquesinas de los autobuses, esto a lo mejor lo coges en algún bar de Chueca o en Sandoval cuando vas a...". (Rg 3, HSH, 27-29 años).*

Los fragmentos que hemos subrayado en la anterior cita nos permiten afinar cuál es realmente la crítica de homofobia: se consideraría homófoba una campaña tal si “destacara” a los gays como “colectivo de riesgo” sobre otros grupos (heterosexuales, mujeres), y sobre todo si lo hiciera en un entorno para la “población general” (“Sol”, “las marquesinas de los autobuses”). Pero no merecería en igual medida el calificativo de homófobo si los mensajes se quedaran “dentro” de la comunidad gay. Resulta congruente, en continuidad con esto, que quienes más insertos están en el “espacio gay central” sean quienes destacan y demandan en mayor medida esta clase de campañas más sectorializadas.

**Gráfico 12.1: LÍNEAS DE COMUNICACIÓN DESTACADAS EN CADA UNO DE LOS ESPACIOS**



### 12.3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y DE COMUNICACIÓN QUE SE DESPRENDEN DEL PRESENTE ESTUDIO

Tras todo lo que hemos señalado a lo largo del informe, cabe proponer algunas de las implicaciones estratégicas para las políticas preventivas del VIH que se pueden desprender de los resultados del estudio. Implicaciones que, ante todo, habrían de servir como apuntes para la reflexión y el debate en un contexto, no conviene olvidarlo, de amplias y profundas transformaciones en la problemática abordada tanto desde las modificaciones en los imaginarios sociales sobre el VIH/sida y otras ITS como, sobre todo, en las formas y estilos de vida de los jóvenes gays que componen el centro de la investigación y en un importante componente de inmigración, especialmente, de origen latino, pero no exclusivamente de dicho origen, que acceden a la Comunidad de Madrid huyendo de la homofobia y persecución de sus países de origen buscando un mayor grado de libertad personal y de reconocimiento de sus derechos.

La primera conclusión que puede extraerse del estudio es la **necesidad de combinar diversas estrategias preventivas**. Una de las conclusiones más evidentes del estudio es que el apoyo "casi" exclusivo en las formas "tecnificadas" de prevención (la realización de pruebas en entornos especializados, con la detección precoz y la extensión del tratamiento como objetivos primarios) no basta para luchar efectivamente contra la epidemia de VIH, sino que es necesario complementar esta aproximación con otras estrategias: estrategias de comunicación y educación más generalistas de cara a la población en su conjunto; estrategias de reducción de daños, sobre todo de cara a los espacios HSH de encuentros sexuales ocasionales; estrategias de educación, atención y prevención secundaria en torno a los varones que viven con VIH.

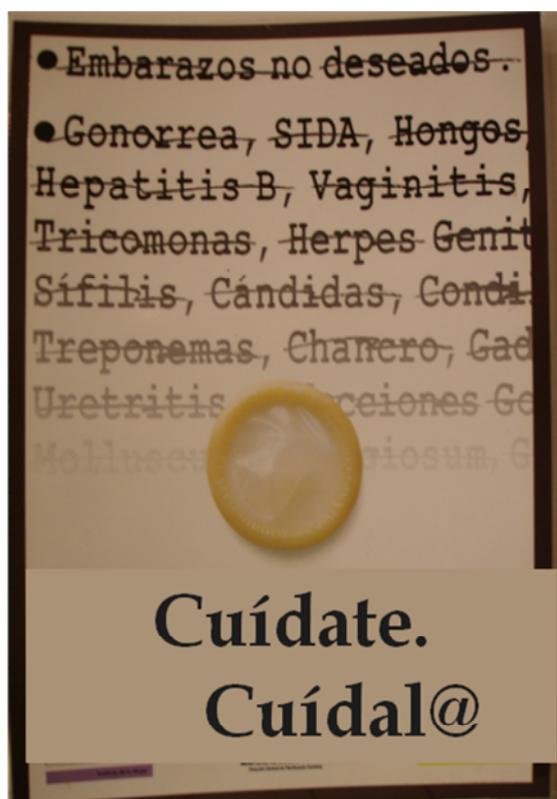
Las conclusiones más operativas de la investigación se plasman así en la propuesta de una serie de acciones concretas y de recomendaciones más generales de orientación de las estrategias preventivas que deben ser leídas más como propuestas abiertas para dicha reflexión más estratégica que como propuestas cerradas para la intervención.

#### **1. La necesidad de estrategias más generalistas de cara a la juventud en su conjunto.**

Ante todo, el estudio apunta a la necesidad de plantear **campañas de comunicación más generales**, que ayuden a dar visibilidad al VIH/sida, en el contexto más general de una juventud en la que habría disminuido muy significativamente la conciencia del VIH/sida como amenaza a la salud. La ausencia sentida de campañas más generales respecto del VIH hace que muchos varones jóvenes tiendan a pensar que el VIH/sida está prácticamente desaparecido y que apenas concierne a su vida sexual – sobre todo los chicos heterosexuales, pero también un grupo creciente de jóvenes gays "normalizados" que se identifican en menor medida con la comunidad gay y la sociabilidad gay más "tradicionales". Sería preciso, por tanto, si se quiere llegar a estos perfiles, plantear una campaña menos "targetizada" y con mayor alcance a la "población general".

Las acciones diseñadas en esta línea deberían centrarse en recalcar la vigencia de la problemática, combatiendo el "olvido" o "no-visibilidad" del VIH. Bajo el fondo de todas las cuestiones investigadas, se dibujan tres posibles focos para esta campaña: (1) la insistencia en el uso del **preservativo** y otras herramientas de protección primaria (como los lubricantes para el sexo anal); (2) la elaboración de una imagen del VIH/sida más "actualizada" y en mayor **continuidad con las otras ITS**, generando una imagen de preocupación más global por la salud sexual; (3) la cuestión del **cuidado** de uno mismo y de cuidado a la pareja (desde la aceptación de la pluralidad de formas de relación afectivas y sexuales).

Jugando con estos tres criterios, la siguiente propuesta de transformación de la campaña "Pontelo, Ponseló" fue bien recibida por los interlocutores de la investigación con los que se dialogó a este respecto.



Esta línea de actuación, sin abandonar los espacios exclusivamente gays y los entornos sanitario/comunitarios, debería **abrir la prevención a escenarios más amplios**. Si bien las acciones preventivas llevadas a cabo en esos contextos más específicos parecen haber sido exitosas hasta el momento y no deben ser abandonadas (como demuestra el hecho de que en lo que hemos venido denominando "espacio gay central" encontremos a los jóvenes más concienciados respecto del VIH y que más han incorporado la prueba a sus rutinas vitales), muchos HSH se mueven hoy por otros espacios donde no hay presencia de programas de prevención. Por ejemplo, resulta destacado que, según revelan los estudios, los HSH que menos pruebas se hacen, viven en entornos más pequeños (menos de 50.000 habitantes), se identifiquen menos como gays (más como

bisexuales, heterosexuales o no habiendo definido aún su identidad sexual), tengan menor número de parejas sexuales no estables, sean más jóvenes...<sup>107</sup>. Es decir, desde la perspectiva de sociabilidad que hemos desarrollado, interactúen en menor medida en los espacios de la comunidad gay y en los espacios específicos de la prevención del VIH. Extender la presencia de mensajes preventivos a otros ámbitos sociales más "generales", más "amplios", aparece así como una de las posibilidades de acercarse a ellos.

En esta línea de actuación más amplia se dibujan otras dos vías de actuación prioritarias:

- Parece necesario continuar luchando contra el **estigma** y proveyendo **información** actualizada y veraz en torno al VIH. La lucha contra el "estigma" y el "tabú" del VIH tiene efectos positivos no sólo en la vida de las personas con VIH, sino en todo proceso de vulnerabilidad al VIH; por ejemplo, al facilitar la comunicación del seroestatus y la discusión del preservativo en los encuentros sexuales.
- Como no podía ser de otra manera en un estudio sobre jóvenes, se requiere una reflexión sobre el ámbito escolar y sobre la necesidad de continuar introduciendo una **educación sexual** que integre lo afectivo y el cuidado de uno mismo y del otro en una concepción más global de la salud sexual, pero que también provea de conocimientos prácticos sobre la sexualidad entre varones y sobre el VIH y las ITS (desplazadas, al decir de muchos, por una casi exclusiva atención a la prevención de embarazos no deseados). De cara a los gays más jóvenes, este aspecto resulta central, dado el señalado adelantamiento de la salida del armario, las primeras relaciones sexuales como eje de vulnerabilidad.

## **2. Una segunda línea de actuación debería centrarse en las estrategias de reducción de daños de cara a los espacios HSH más inmersos en relaciones ocasionales.**

Las estrategias más generalistas y amplias que acabamos de señalar deberían conjugarse con la reflexión sobre **posibles acciones más específicas y enfocadas, que tomaran como target específico a los jóvenes HSH que interactúan sexualmente en el espacio de relaciones ocasionales**, donde, como hemos observado, se situarían una parte significativa de las prácticas de riesgo.

Algunos técnicos, y también varios de los entrevistados, creen que la actuación en este espacio debiera tener como objetivo **aumentar el "miedo" o la "alerta" frente al VIH**, combatiendo la percepción atenuada de la gravedad del VIH que regiría cada vez más. Sin negar que este puede ser un objetivo, creemos que sería igualmente prioritario **combatir el tabú discursivo** que rige respecto del VIH, y

---

107 Fernandez Davila, P Folch C et al (2013) "Who are the men who have sex with men in Spain that have never been tested for HIV?", HIV Medicine, 2013, 14 (Suppl. 3), 44-48

que habría que pensar aquí en toda una serie de **acciones que persiguieran la "reducción de daños"**:

- Reparto de preservativos y lubricantes en lugares de ocio nocturno.
- Continuar proporcionando información y educación actualizadas sobre el VIH, sus vías de transmisión, etc. con un foco práctico – aclarando por ejemplo algunas dudas que persisten sobre la exposición al VIH mediante el sexo oral o las diferentes probabilidades de exposición al VIH de acuerdo con el "rol" activo o pasivo adoptado en la penetración.
- Técnicas de empoderamiento para negociar el uso del preservativo y técnicas de auto-control y de gestión personal para enfrentarse a situaciones más dificultosas (consumo de drogas y alcohol...).
- Información sobre las drogas que se consumen en los diferentes entornos y sus efectos.
- ...

Otra cuestión central para esta línea de actuación sería **resaltar la continuidad entre el VIH y las otras ITS**. Este objetivo debería incluirse en toda acción de prevención, pero resulta especialmente importante en los espacios de las relaciones ocasionales, por varias razones, entre ellas la "desconexión simbólica" entre el VIH y las ITS (cuando tener otra infección de transmisión sexual aumenta el riesgo de transmitir y contraer el VIH) o la relevancia que estos perfiles atribuyen a las ITS, que muchas veces suponen la "puerta de entrada" al contacto con el sistema sanitario y a la realización de pruebas.

El **fomento de la prueba del VIH** debe continuar llevándose a cabo prioritariamente en estos perfiles, donde por lo que parece su realización no ha llegado aún a rutinizarse en igual medida que para otros perfiles. Al mismo tiempo, sería preciso desarrollar **el mensaje de que la prueba no es protectora**, no es preventiva como tal, combatiendo esa percepción, errónea pero aparentemente creciente. En este sentido, cabría investigar más a fondo cómo se desarrollan las acciones de counselling para analizar cómo se puede mejorar dicha intervención.

Estas acciones deberían llevarse a cabo en los espacios de sociabilidad sexual donde se "concentran" las relaciones esporádicas, y que generalmente se asocian a entornos de ocio nocturno gay, y particularmente a **discotecas y after-hours con mayor presencia de jóvenes gays** (con una menor relevancia aparente de las saunas y los locales de sexo). El papel del **alcohol y las drogas** en la apertura a las prácticas de riesgo resulta aquí un aspecto crucial y, desde este punto de vista, una **política de información sobre el consumo lúdico de drogas** y de sus relaciones con el VIH con el objetivo de una reducción del daño sería particularmente aconsejable en este terreno.

Igualmente relevante, más en el decir de muchos, sería pensar en posibles formas de intervención y de presencia de mensajes preventivo-informativos en el entorno de las **nuevas apps de geolocalización y contactos para hombres gays**, particularmente en Grindr y Bencr. Para ello sería necesario **estudiar más fondo el modo en el que los HSH emplean Grindr y otras aplicaciones móviles de contactos**, para conocer mejor las lógicas asociadas a su uso, su relación (no

directamente evidente) con el aumento o la disminución de las prácticas de riesgo, la estratificación de usuarios en las diversas plataformas, así como la posibilidad de utilizarlas como plataformas para mensajes preventivos<sup>108</sup>.

### **3. Es preciso incorporar a los jóvenes con VIH a las estrategias de prevención secundaria.**

Aunque en nuestro estudio la presencia de jóvenes con VIH ha sido relativamente pequeña, la interpretación de los discursos, prácticas y vivencias que expresan, en continuidad con otros estudios recientes realizados con personas con VIH, nos permiten indicar dos aspectos que resultan centrales. Primero, la “normalización” relativa de las vidas de quienes viven con VIH, que hoy –siempre que estén en tratamiento– están sanos y viven una vida “casi” normal. Segundo, la creciente apertura por su parte a considerar el preservativo como algo menos relevante, desde esa “normalización” vital y, crucialmente, desde la idea de que la carga viral indetectable supone una capacidad ínfima de transmisión.

Aún cuando esta bajísima probabilidad de transmisión parece ser cierta si la carga viral es mínima, la **apertura al abandono del preservativo** estaría causando una mayor presencia de prácticas sexuales de riesgo entre los jóvenes con VIH y una mayor incidencia de otras ITS (que, por otro lado, se entienden también aquí como “desvinculadas” del VIH, sin ser suficientemente conocido el efecto que otras enfermedades de transmisión sexual tienen en el “abrir” camino para el virus).

Resulta preciso, por tanto, encarar esta problemática desde las instancias preventivas. La información al respecto y los medios de prevención han de ser puestos a disposición de los jóvenes con VIH. Sin sanciones morales ni lógicas de culpabilización y estigma, pero sí apelando a la responsabilidad que las personas infectadas tienen en no reinfectarse ni en transmitir la infección a otros.

### **4. Incluir en toda acción la perspectiva de los ejes de vulnerabilidad y la atención a situaciones/contextos más específicos de vulnerabilidad.**

En toda acción ha de tenerse una atención específica y una alerta a las **dimensiones de vulnerabilidad indicadas**, especialmente al acercarse a los perfiles y tipologías de jóvenes más específicamente abordados en el presente estudio.

- Entre los **HSH**, cuatro son las cuestiones clave: el efecto de las drogas y el alcohol sobre las prácticas de riesgo; los nuevos espacios digitales de sociabilidad sexual; el espacio de los HSH “no gays” que aún viven la homofobia y el estigma; y las situaciones de asimetría, principalmente de

---

108 Algunos estudios actuales están utilizando las propias aplicaciones para realizar estudios entre HSH. P.e Rice et al, 2012. El uso de estas plataformas plantea además una serie de ventajas, tanto organizativas (facilidad de uso, potencial rapidez en el reclutamiento) como, más relevantemente, metodológicas: en especial, la posibilidad de llegar a través de la aplicación a muestras más aleatorias, menos sesgadas, que en estudios como los usuales, incluyendo p.e. a HSH que no socializan en lugares específicos (ONGs, etc.) o incluso a HSH que no se identifican como homosexuales.

edad y género, en las relaciones sexuales y su efecto sobre la negociación de la protección.

- Las acciones de atención a los varones inmigrantes deberían centrarse en los **primeros momentos de llegada** y en quienes se hallan más aislados, sobre todo – desde la atención sanitaria al consejo psico-social, pasando por la provisión de información actualizada y veraz. Sería conveniente reflexionar, en el contexto de la comunidad gay, sobre la posición y las lógicas de integración en ella de los **HSH latinoamericanos**, así como de los estereotipos, actitudes e imágenes discriminatorias que puedan estarse generando sobre este colectivo.
- Hay que continuar fomentando la **prueba**, la detección precoz y las **sesiones de conuselling**, pero habría que centrarse hoy prioritariamente en los espacios donde menos incorporada está (HSH no gay, espacios de sexo esporádico...). Por otra parte, en las sesiones de counselling y en otras acciones de información es preciso abordar el problema de la (errónea pero creciente) concepción de la prueba como lógica preventiva que desplaza al preservativo.

## 5. El papel del sistema de salud y de la atención primaria.

- Más allá de la atención clínica a las personas con VIH, el papel del **sistema de salud** parecería encontrarse ante todo en la identificación de situaciones de vulnerabilidad y en el apoyo social y psicológico a los jóvenes en mayor riesgo. Demandas “emocionales”, “psicológicas”, de cuidado y apoyo, etc.
- La progresiva normalización de la comunidad gay en Madrid y la propia transformación de los procesos de construcción de las identidades juveniles al respecto abre un rol creciente de juego a niveles de la **atención sanitaria** que como la **Atención Primaria** estaban desvinculadas, hasta hace muy poco, de la intervención en estos terrenos.
- La propia evolución de los pacientes con vih y sus expectativas de una atención más integral, no únicamente la especializada, refuerza desde esta otra perspectiva el rol de la Atención Primaria.
- Manteniendo la atención sanitaria de los centros especializados y la propia actividad de las asociaciones, sería aconsejable un esfuerzo en la propia red de Atención Primaria para la progresiva integración en la misma de las problemáticas abordadas en la investigación.
- En este sentido, se observa una apertura a la comunicación “franca”, “directa” y normalizada con el médico de atención primaria por parte de muchos jóvenes gays.
- En la mayor continuidad del Vih con otras enfermedades, en la “desdramatización”, “desexcepcionalización”, probable apertura a demandas más normalizadas” de **pruebas** por parte de los jóvenes gays. En análisis de sangre, etc.
- Por otro lado, no puede dejar de mencionarse las consecuencias negativas que, en este terreno como en otros tantos, ya está teniendo la **exclusión sanitaria** y el recorte de derechos a las personas sin tarjeta sanitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

---

Adam PCG, Murphy DA; De Wit JBF (2011) "When do online sexual fantasies become reality? The contribution of erotic chatting via the internet to sexual risk-taking in gay and other men who have sex with men" *Health Education Research* 26(3): 506–515.

Adam, B (2005) "AIDS Optimism, Condom Fatigue or Self-Esteem? Explaining Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men", *The Journal of Sex Research*, Vol 42, Number 3.

Adam. B (2011) "Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention", *J Int AIDS Soc.* 2011; 14(Suppl 2): S2.

Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Situación epidemiológica de la infección por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.

Awondo, P. (2011). "Identifications homosexuelles, construction identitaire et tensions postcoloniales entre le Cameroun et la France". *L'Espece Politique* (en ligne).

Baye, A.C. (2013). "Impacts et enjeux de la question du Vih/Sida sur la perception de l'homosexualité au Senegal". Rencontre National des Jeunes Chercheurs en études africaines". Paris.

Berg, R. (2008) "Barebacking among MSM internet users", *AIDS and Behavior* 12(5): 822–833.

Bermúdez, Castro y Buela Casal, (2010) "Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España", *International Journal of Clinical and Health Psychology* 10, 89-103.

Bermúdez, Castro y Buela Casal, (2010) Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España, *International Journal of Clinical and Health Psychology* 10, 89-103.

Bolding et al (2007) "Where Young MSM meet their first sexual partner: the role of the Internet", *AIDS Behav* 11: 522-526.

Bosker, B (2013) "Why Tinder Has Us Addicted: The Dating App Gives You Mind-Reading Powers", *The Huffington Post*, 04/09/2013: [http://www.huffingtonpost.com/2013/04/09/tinder-dating-app\\_n\\_3044472.html](http://www.huffingtonpost.com/2013/04/09/tinder-dating-app_n_3044472.html)

Burgos, P. (2012), *975 Pasos*, Tesis de Máster inédita, Universitat Politècnica de València. Facultad de Bellas Artes, disponible en <http://hdl.handle.net/10251/14413>

Carrascosa S y Vila Nuñez, F. (2005) "Geografías Víricas: hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias", en VV.AA. *El Eje del Mal es Heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas Queer*, Traficantes de Sueños, 2005.

Castro, A., Bermúdez, M.P y Buela-Casal, G. (2009) "Variables relacionadas con la infección por VIH en adolescentes inmigrantes latinoamericanos: una revisión", *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 227-240.

Comas, D, *Informe Juventud 2008*: Tomo 3: Estado de Salud de la Juventud, INJUVE.

Community Healthcare Network (2013), "Zero Feet Away. Perspective on HIV/AIDS and Unprotected Sex in Men Who Have Sex with Men Utilizing Location-based Mobile Apps", January 2013.

Conde F, Santoro P y Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de Seisida (2012) "Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo", *Rev. Esp. Salud Publica* 2012, 86(2), 139-152.

Conde, F y Gabriel, C. (2004). "Las Concepciones de Salud de los jóvenes. Informe 2004". Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

Conde, F y Pérez Andrés, C (1995) "La investigación cualitativa en Salud Pública", *Revista Española de Salud Pública*, 1995; 69: 145-149.

Das et al (2010) "Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco", *PLoS One*. 2010 Jun 10;5(6):e11068.

Dean, T. (2009) *Unlimited Intimacy. Reflections on the Subculture of Barebacking*, The University of Chicago Press.

Díez, M. et al. (2012) "Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009". *Gaceta Sanitaria*. 2012;26 (2):107-115.

Dowsett, G.W et al. (2008) "Taking it like a man': Masculinity and Barebacking Online", *Sexualities*, 11:121.

Elford J, Bolding G, Sherr L. (2002) "High-risk sexual behaviour increases among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of HIV optimism?" *AIDS* 2002, 16(11):1537-1544.

EMIS 2010: The European Men-Who-Have- Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries, European Centre for Disease Prevention and Control.

Enguix Grau. B. (2000) "Sexualidad e identidades. Identidades Homosexuales". *Gazeta de Antropologia*. 16.

Enguix Grau. B (2009). "Espacios y Disidencias. El Orgullo LGTB". *Quaderns-e-de l'ICA*. ISSN-e 1696-8298, Nº 14, 2009.

Enguix Grau. B. (2010). "Identidades inteligibles y cuerpos disidentes en la España contemporánea". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos. Emociones y Sociedad*". Nº 2, año 2, abril 2010.(49-61).

Enguix Grau. B. (2012). "Cultivando cuerpos, modelando masculinidades". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. Vo. LXVII, nº 1, pp 147-180. Enero. Junio 2012.

- Fassin, E. (2008). "L'Inversion de la question homosexuelle". Amsterdam. París.
- Fernández Dávila, P. (2007) «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo", *Gac Sanit* v.21 n.6 nov.-dic. 2007.
- Fernández Dávila, P. (2009) "Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 10, No 2, 2009.
- Fernández Dávila, P. Zaragoza Lorca, K. (2009), "Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres", *Gac Sanit.*2009;23:380-7 - Vol. 23 Núm.5.
- Fernández Dávila, P. y Zaragoza Lorca, K. (2011) "Trust and Sexual Interaction: The Significance of the Internet on the Sex life and Sexual Risk Behaviors Of Gay and Bisexual Men in Spain", *International Journal of Sex Health*, 23/2, 2011.
- Fernández Dávila, P. y Zaragoza Lorca, K. (2011) "Hombres jóvenes que tiene sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH". *Gac. Samit.* 2001. 25(5) 372-378.
- Fernández Dávila, P. Lupiáñez-Villanueva, F. y Zaragoza Lorca K. (2012). "Actitudes hacia los programas de prevención online del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres". *Gac. Sanit.* 2012. 26(2) 123-130.
- Fernández Dávila, P. Folch C. et al (2013) "Who are the men who have sex with men in Spain that have never been tested for HIV?", *HIV Medicine*, 2013, 14 (Suppl. 3), 44-48.
- Fernández Dávila, P. y Morales Carmona, A. (2013) "Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-Positivos que tienen sexo con hombres", *Rev. Esp. Salud Publica* vol.87 no.4 Madrid jul.-ago. 2013.
- Fernández Dávila, P. y Morales Carmona, A., 2014, ""Me olvidé que tenía el VIH": motivos para tener penetración anal sin condón en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres en España", *Revista Multidisciplinar del Sida*, Vol 1 Num 2, marzo 2014, pág. 7-24.
- Fernandez Salinas, V. (2007): "Visibilidad y escena gay masculina en la ciudad española", *Doc. Anàl. Geogr.* 49, 2007 139-160.
- Fernández Salinas, V. (2008): "¿Un planeta fuera del armario? La visibilidad gay como objeto de estudio geográfico", *X Coloquio Internacional de Geocrítica: Diez años de cambios en el mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008*, Barcelona, 26 - 30 de mayo de 2008, Universidad de Barcelona.
- Folch C, et al (2010) "Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña", *Gac Sanit.* 2010; 24(1):40-46.

Folch C, et al. (2013) "Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual" *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.017>

Folch, C. Casabona, J, Muñoz, R. y Zaragoza K. (2013). "Evolución de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales". *Gac. Sanit*.

Fundación Vila-Casas (2012), "La Comunicación Pública en torno al sida y el VIH. Informe Quiral 2012", Fundación Vila-Casas y Observatorio de Comunicación Científica Universitat Pompeu i Fabra, 2013.

Fuster, M. J. (2011) *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*, Tesis Doctoral, Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, UNED; 2011.

García Escalona (2000) "Del armario al barrio": aproximación a un nuevo espacio urbano", *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 20: 437-449.

Giddens, A. (1992) *La transformación de la intimidad: sexualidad amor y erotismo en la sociedades moderna*, Cátedra.

Guasch, O. (1991) *La Sociedad Rosa*, Anagrama, Barcelona.

Guasch, O. (2006). "Héroes, Científicos, Heterosexuales y Gays. Los varones en perspectiva de género". Ed. Bellaterra.

Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Woo, J. (2013), *Meet Grindr: How One App Changed the Way We Connect*, 2013.

Kalichman, S.C et al (2010) "Sexually transmitted infections and infectiousness beliefs among people living with HIV/AIDS: implications for HIV treatment as prevention" *HIV Medicine*, Volume 11, Issue 8, September 2010, Pages 502-509. Kalichman, S.C et al (2010) "Sexually transmitted infections and infectiousness beliefs among people living with HIV/AIDS: implications for HIV treatment as prevention" *HIV Medicine*, Volume 11, Issue 8, September 2010, Pages 502-509.

Langarita Adiego, J.A: (2013): "Sexo sin palabras. La función del silencio en el intercambio sexual anónimo entre hombres", *Revista de Antropología Social*, 22, 313-333.

Legido-Quigley et al (2013) "Erosion of universal health coverage in Spain", *The Lancet*, 382 (9909), p. 1977.

Lores MSSIP, F. (2004) "La metáfora encarnada o la quinesia de los tropos culturales". *Revista de Antropología Iberoamericana*. AIBR Nº 36 Julio-Agosto 2004.

Lores Massip, F. (2012) *Deseo y Peligro. Anotaciones antropológicas a una teoría de la contaminación y de los cuidados sexuales*, Tesis Doctoral, Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid, 2012.

Megías, I; Rodríguez, E; Méndez, S; Pallarés, J. *Jóvenes y Sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica*. FAD/INJUVE/Caja Madrid, 2005.

Miller ML, et al (2002) "Reflections on the concept of HIV treatment optimism by young gay men (YGM) in the context of rising HIV incidence", *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 13 (Supplement A), 70.

Mowlabocus, S. (2010) *Gaydar Culture, Gay Men, Technology and Embodiment in the Digital Age*, Ashgate.

Mustanski et al (2011) "HIV in young men who have sex with men: a review of epidemiology, risk and protective factors, and interventions", *J Sex Res.* 2011 Mar;48(2-3):218-53.

Newman et al. (2010) "HIV generations? Generational discourse in interviews with Australian general practitioners and their HIV positive gay male patients", *Soc Sci Med.* 2010: 70(11):1721-7.

Nodin, N; Carballo-Diéguez, A. Leal, I. (2013) "Sexual use of the internet: Perceived impact on MSM's views of self and others", *New Media & Society*, Published online before print June 7, 2013, doi: 10.1177/1461444813489508.

Pernas, B, Román, M y Arévalo, E. (2013) *Mujeres con VIH/sida que están sometidas a Violencia de Género*, Documentos Técnicos de Salud Pública, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.

Pichardo Galán, J.I. (2009) "(Homo)sexualidad y familia: cambios y continuidades al inicio del tercer milenio", *Política y Sociedad*, 2009, 46 (1/2): 143-160.

Pichardo Galán, J.I. (2010). "Spain" en Steward, C. (2010) "The Greenwood Encyclopedia of LGTB Issues Worldwide". Greenwood Press, Santa Bárbara. USA. Pp 393-411.

Pisani, E (2008) *The Wisdom of Whores, Bureaucrats, Brothels and the business of AIDS*, W.W. Norton & Company, New York/London.

Prestage G, Down IA, Bradley J, McCann PD, Brown G, Jin F, Hurley M (2012) "Is optimism enough? Gay men's beliefs about HIV and their perspectives on risk and pleasure" *Sexually Transmitted Diseases* 2012 Mar; 39(3):167-72.

Raj, S. (2011) "Grindr Bodies: Racial and Affective Economies of Online Queer Desire", *Critical Race and Whiteness Studies*, Vol.7.2, 2011.

*Relaciones Afectivas y Sexuales en la Adolescencia*, Liga Española de la Educación y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

Rice E et al (2012) "Sex Risk among Young Men who have Sex with Men who use Grindr, a Smartphone Geosocial Networking Application", *J AIDS Clinic Res* 2012, S4:005.

Ríos, E., Ferrer, L. et al (2009) "Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña", *Gac Sanit.*2009;23(6):533-538.

Sáez, J. (2005) "Excesos de la masculinidad: la cultura leather y la cultura de los osos", en VV.AA. *El Eje del Mal es Heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas Queer*, Traficantes de Sueños, 2005.

Sánchez C, Plaza Z et al (2013) "Scaling up epidemics of acute hepatitis C and syphilis in HIV-infected men who have sex with men in Spain", *Liver Int.* 2013 May 15. doi: 10.1111/liv.12212. [Epub ahead of print].

Santoro, P; Conde, F (2013). "Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo", *Revista Multidisciplinar del SIDA* 1(1): 41-58.

Santos, X. (2002) "Espacios disidentes en los procesos de ordenación territorial", *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 40, 69-104.

Santos, X. (2006) "Espacios disidentes homosexuales", en Nogué, J. y Romero, J., *Las Otras Geografías*, Ed. Tirant Lo Blanch, Valencia.

*Situación Epidemiológica del VIH/sida en inmigrantes*, Secretaría del Plan Nacional sobre el sida / Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

Thiombiano Gallardo, L. Rojas Castro, D. Le Gall, J.M. (2012). "Lutte contre le Sida et Homosexualités en Afrique francophone. Une étude comparative". MIRE. AIDES. París.

Thornton, R. (2008) *Unimagined Communities: Sex, Networks and AIDS in Africa*, London.

Trabajadores Masculinos del Sexo: Aproximación a la Prostitución Masculina en Madrid 2006, Fundación Triángulo.

UNAIDS Special Report (2013) *Update: How Africa Turned AIDS Around*, May 2013, disponible en [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20130521\\_Update\\_Africa.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20130521_Update_Africa.pdf)

*Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid*, 2011, Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 7/18. Julio 2012.

*Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Actualización 30 de junio de 2013*, Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH, Instituto de Salud Carlos II/Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Noviembre 2013.

Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida. Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Mayo 2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 5/19. Mayo 2013.

Villaamil, F y Jociles, M (2008) "Diferencias y desigualdades entre los HSH usuarios de locales comerciales de encuentro sexual: algunas contribuciones a las estrategias comunitarias de prevención del Vih", *Etnográfica* 12(2): 285-321.

Villaamil, F y Jociles, M (2011), "Risk and community: The impact of HIV among gays in Madrid. The case of sex clubs", *Sexualities* 14(5): 580-596.

Villaamil, F, Jociles, M, Lores, F (2006) La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación

e intervención, Documentos Técnicos de Salud Pública 100, Instituto de Salud Pública/Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid.

Villaamil, F. (2005) *La transformación de la identidad gay en España*. La Catarata.

Villaamil, F; Jociles M; y Lores F. (2005), "La concepción del sujeto en los estudios sobre el riesgo y la prueba del VIH", *Revista Internacional de Sociología*, 42, Septiembre-Diciembre, 69-99.

Weatherburn P, Hickson F and Reid D (2003) *Net Benefits: Gay Men's Use of the Internet and Other Settings Where HIV Prevention Occurs*. London: Sigma Research World Health Organization, HIV/AIDS Programme, *Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. Programmatic update*, June 2012, [http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic\\_update\\_tasp/en/](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update_tasp/en/).