

El hecho fundamental que se analiza en el presente trabajo es el riesgo de transmisión heterosexual del VIH/sida a través de prácticas sexuales de riesgo, fundamentalmente sexo sin preservativo. Se trabaja con consumidores de drogas, aunque no se analizan pautas conductuales relacionadas con la drogadicción, sino con los hábitos sexuales que siguen los integrantes de la muestra con parejas estables o casuales. ¿Por qué una muestra de drogadictos si lo que interesa es la conducta sexual? Los autores toman como referencia los datos publicados por centros de investigación importantes (tales como *Center for Disease Control*, 1998, y el *Dutch Aids Fund*, 1998), que apuntan que los heterosexuales que no se inyectan drogas están en riesgo de contraer el VIH y estudios realizados en Estados Unidos y Europa occidental, que sugieren que los consumidores son responsables de la mayoría de las transmisiones heterosexuales del VIH, e insisten en la necesidad de controlar la transmisión heterosexual del VIH de usuarios de droga a otros usuarios y a no consumidores de drogas. Según los autores, un número muy escaso de los trabajos realizados se han ocupado de identificar los determinantes de la conducta sexual de riesgo entre consumidores de drogas, con parejas estables o casuales, y la mayor parte de los estudios han sido realizados en Estados Unidos, dato que por sí mismo justificaría realizar el estudio en otro contexto socio-cultural, en este caso Holanda. De acuerdo con esto, el objetivo del estudio, un estudio descriptivo de tipo correlacional, pretende ampliar el conocimiento de los antecedentes cognitivos y emocionales que diferencian las pautas sexuales de riesgo en parejas estables y casuales. Los análisis se centran en la intención de realizar la conducta de riesgo, no analizan la experiencia pasada y toman como referencia teórica una propuesta miscelánea ya utilizada por otros autores (Abraham et al, 1998), que incluyen las variables más relevantes de la teoría de la acción razonada, la teoría de motivación de autoprotección, la autoeficacia de Bandura, etc. El principal criterio de selección de los 103 participantes fue el haber consumido drogas, aunque no describe exactamente las drogas que habían consumido, en los 6 meses anteriores, y no todos habían tenido relaciones sexuales en los meses previos. La mayoría de los participantes eran de nacionalidad holandesa (85%), hombres (82%) y con un

promedio de edad de 34 años. Los participantes rellenaban un cuestionario, que incluía una serie de escalas con desigual número de ítems en las distintas variables exploradas. La cumplimentación del cuestionario duraba 20 minutos y se les recompensó su participación. De los resultados obtenidos los autores concluyen que para avanzar en temas de prevención de VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS) es necesario diferenciar entre las motivaciones para usar preservativos con parejas estables y casuales. Los resultados obtenidos apuntan dos datos fundamentales que no permiten generalizar más allá de lo que lo han hecho otros estudios. En el caso de las parejas estables, son las expectativas de autoeficacia y la norma subjetiva los factores que mejor predicen la intención de utilizar preservativo; las normas son un importante predictor del uso del preservativo con parejas estables, la percepción de lo que el otro hace o quiere hacer es un factor clave. En el caso de las parejas casuales, son las expectativas de autoeficacia el factor que mejor explica la intención de practicar sexo seguro; siendo las mujeres drogadictas las que tenían peores expectativas de autoeficacia, lo que se traduciría en mayores dificultades para resistir la presión de tener sexo no protegido o insistir en el uso del preservativo cuando haya barrera físicas o psicológicas. Estos resultados marcarían las pautas a seguir en caso de realizar intervenciones de prevención. La promoción del preservativo en las relaciones sexuales con la pareja estable incluiría personalizar el riesgo y resaltar las cosas positivas de la conducta alternativa, la vulnerabilidad de la pareja y responsabilidad de proteger a la pareja. Para la promoción del preservativo con parejas casuales parece ser importante aumentar la autoeficacia en relación con la comunicación sobre uso del preservativo. Como norma general, si ello fuera posible, parece necesario hacer más aceptable el uso del preservativo en la sociedad cambiando la norma sexual insegura dominante, a través de los medios de comunicación, utilizando modelos relevantes, etc. Como vemos, recomendaciones tópicas, nada nuevo en el horizonte de la prevención del VIH y las enfermedades de transmisión sexual.

F. Sánchez

Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

COMENTARIOS A LA BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL

ASPECTOS SOCIALES Y ÉTICOS

Ricardo Usieto Atondo

Centro de Estudios Sociales Aplicados. Madrid.

Imágenes muertas, transmisiones vivas: Greg Louganis y la construcción del sida en televisión

Nair Y. Dead images, live transmissions: Greg Louganis and the construction of AIDS on television. *Discourse* 2000; 22(1): 53-69.

El 24 de febrero de 1995 el programa televisivo 20/20 emitió una entrevista con el campeón olímpico americano de salto de trampolín Greg Louganis en la que éste reveló que tenía el sida. Louganis era entonces un héroe deportivo, estatuto que alcanzó ganando varias medallas de oro en los Juegos Olímpicos de 1988 tras sobreponerse a un aparatoso accidente: en una de las pruebas de clasificación, Louganis se hirió en la cabeza al golpearse contra la tabla del trampolín. Louganis era entonces portador del VIH, pero esta condición no era conocida públicamente. La entrevista al atleta sirve a la autora para desvelar de qué forma los mecanismos de representación propios de la televisión contribuyen a reforzar un discurso dominante sobre el sida que se fundamenta, principalmente, en la visibilidad obligatoria del cuerpo con sida y en el énfasis en la transmisión del virus, el contacto y la contaminación.

La tesis que podemos inferir de este ensayo de Yasmin Nair no deja de ser sugerente: sida y televisión, fenómenos de orden aparentemente diverso, llegan a conjugarse, a vincularse de tal modo que les lleva a compartir una misma matriz epistémica. Entendamos aquí lo epistémico en un sentido amplio, flexible: aquello relativo a las formas de saber y del saber; a las maneras de aprehender y de percibir el mundo, y también de relacionarnos con lo que en él sucede. Éste es un punto de partida aceptado sin excesiva resistencia para pensar en la televisión. La televisión es muchas cosas, y entre ellas una instancia discursiva que, como todas las que así pueden tenerse —la ciencia, la literatura, el arte—, despliega unos dispositivos de representación que le son propios y con los que —y no a partir de o por mediación de— llegamos a conocer el mundo, o al menos aquellos mundos que no podemos conocer de otro modo. Pero el sida no es del orden del discurso, sino de lo fenoménico: el sida es el mundo representado, el referente de los discursos que sobre él se vierten y en los que queda aprisionado, recortado, encajado, construido como realidad. Mas, y esto es lo paradójico, construido como lo ha sido por los discursos de realidad —aparte los discursos

de ficción— que lo han tomado a su cargo (la medicina, la política, la justicia, el periodismo); construido como lo ha sido, decimos, el sida ha acabado por convertirse también él en una instancia discursiva: un dispositivo de representación con cuyas convenciones la mayoría de la sociedad conoce ciertos ámbitos del mundo que serán en adelante aprehendidos con la mirada que se proyecta desde el sida. La homosexualidad, la infección, el sexo, el riesgo, la amenaza para la salud: el sida es, para todo ello, un paradigma; y justamente en el sentido que el propio Kuhn terminase por dar a ese concepto: una matriz epistémica, una forma (Simmel) para acceder al conocimiento de la realidad. Así entendido, en definitiva, el sida tendría una naturaleza similar a aquella que Neil Postman propusiera para los medios de comunicación, y para televisión en particular: son una epistemología.

Todo esto, decía, es lo que podemos inferir como tesis articuladora de este trabajo de Yasmin Nair, un ensayo adscrito a esa corriente culturalista —de los *cultural studies*— tan en boga en los campus americanos a la que no vendría nada mal algo más de disciplina expositiva —no sé, ¿qué tal una estructura textual a base de presentación, nudo y desenlace?— y algo menos de esa criptografía conceptual que en ocasiones excede con mucho la banalidad de las ideas propuestas. Aunque, dicho sea de paso, quizá indisciplina y oscuridad no sean más que la traslación al plano estilístico de la subversión de los valores sociales, y también por tanto académicos, por la que apuesta esta escuela. Pero bien, como quiera que sea esa lectura entrelazada que Nair hace de la televisión y el sida en tanto que dispositivos de representación que se nutren mutuamente reforzándose resulta, como decíamos, muy sugerente. Y para desarrollar esta tesis la autora desmenuza la entrevista a la que fue sometido (cabe expresarlo así: el sometimiento del personaje al mecanismo televisivo) el atleta estadounidense Greg Louganis en febrero de 1995 en el programa *20/20*, un *talk-show* conducido por una de las periodistas-estrella de la televisión americana, Barbara Walters. Louganis participó en los Juegos Olímpicos de 1988 y ganó varias medallas de oro en distintas especialidades de salto de trampolín, convirtiéndose así en uno de los héroes deportivos americanos de aquellas olimpiadas, junto al velocista Carl Lewis. Pero las medallas que logró Louganis traían consigo un halo épico que redoblaban el valor simbólico de la conquista: en uno de los saltos de clasificación, en pleno descenso de un tirabuzón aéreo, Louganis se golpeó la cabeza contra la tabla del trampolín y cayó sin control a la piscina, estallada en borbotones de burbujas teñidas de sangre. Al día siguiente, con un aparatoso vendaje, Louganis ganó sus oros e ingresó en el panteón olímpico y en el imaginario social americano.

Para entonces, Louganis ya había contraído el VIH, y lo sabía. En 1994 participa en las Olimpiadas Gay, y se declara públicamente homosexual. Un año después, la televisión le ofrece un espacio, un tiempo, para que revele también públicamente que tiene el sida. Es un *scoop*, una primicia: Louganis va a anunciar en televisión que tiene el sida. El *marketing* de 20/20 se encarga de adelantar la noticia a todos los medios en los días previos para, con la expectativa creada, ganar audiencia. Pura lógica de mercado. Pero resulta evidente que no se trata ya de un programa para que Louganis diga que tiene sida; no se trata de que Louganis hable de sí mismo y de su enfermedad, sino de que la televisión hable del sida a través de Louganis: atravesando a Louganis para someter al personaje y su circunstancia a la lógica combinada de la televisión y el discurso dominante sobre el sida. Con ese programa, en fin, la televisión no busca comprender el sida por medio de la experiencia de Louganis, sino comprobar cómo la experiencia de Louganis se ajusta al tópico de aquel discurso dominante que la televisión parece querer actualizar con reiteración.

Nair viene a sostener, recordamos, que esta colusión entre mecanismo televisivo y el sida-discurso es posible porque, en tanto que dispositivos de representación, comparten una misma orientación epistémica, proceden de una misma matriz. En efecto, el sida ha sido construido socialmente de forma tal que sobre esta enfermedad pesa, primero, el requerimiento de una visibilidad obligatoria, tendiendo a imponer a las personas infectadas el deber de revelar su estado y de condescender con una permanente vigilancia clínica y, llegado el caso, con el escrutinio público al que pueden abocar los conflictos laborales, judiciales o, en general, sociales suscitados por la condición de seropositivo al VIH. Esa obligación de visibilidad vendría impedida, además, por lo que Nair denomina fantasía de la infección instantánea (*the fantasy of the shock of instantaneous infection*), la suposición legítima y dominante de que el virus representa una amenaza ilocalizada que puede surgir de cualquier sitio y de ninguno en concreto, fantasmal y acechante, conduciendo así a las respuestas paranoicas propias de aquellos para quienes la diferencia entre transmisión y contagio es una mera sutileza científica que cabe obviar en aras de sobrevivir aun a costa del rechazo y la exclusión de los afectados. Afectados para quienes, en fin, ha sido creada una carrera típica, una trayectoria vital continua en la que el sida no sería sino la última estación lógica, el peaje a pagar por haber optado y persistido en recorrer ese camino: homosexualidad o drogadicción, marginación, infección, enfermedad, muerte. Tales vendrían a ser los mimbres de que está hecho el cesto del discurso dominante sobre el sida en nuestras sociedades, los puntos de anclaje que ese discurso propone para que comprendamos la experiencia de las personas que viven con el VIH/sida. Y la televisión, dice Nair, comparte ese mismo paradigma: como dispositivo de representación del mundo, también la televisión se sustenta sobre la pretensión de la visibilidad global, de la exigencia de que nada escape a su ojo omnívoro y voraz, insaciable sobre la búsqueda de la instantaneidad, de la retransmisión inmediata del mundo en el mismo momento en el que éste se está haciendo; y, en fin, sobre la continuidad que le permite su capacidad tecnológica para ser depósito de imágenes, para volver atrás y rescatar el pasado para engastarlo con el presente, para rebobinar, cortar, pegar y reubicar unas imágenes junto a otras dando justamente

impresión de continuidad allí donde no es evidente que la haya, como si ver bastase para que algo fuese evidente. Pues bien, todos estos mecanismos fueron actualizados en la entrevista de 20/20 al saltador Greg Louganis. Así, la obligación de visibilidad, indicada ya en el mismo título del programa, «Secretos de un campeón»; secretos que iban a ser desvelados, revelados a la vista de todos en el curso de la entrevista. Y una visibilidad la requerida a Louganis que, más allá de todo sentido metafórico, se torna material, física, por la intermediación de la tecnología televisiva: de ahí el reiterado uso del primer plano para encerrar el rostro del atleta, encajonado entonces en la pantalla y obligado a acercarse al espectador para confesar públicamente que es homosexual y que tiene sida; y de ahí también el énfasis en el rescate de imágenes del cuerpo desnudo del saltador que, inserto en tal contexto, deja de ser un cuerpo atlético, bello y forjado como los que corresponden a los de su disciplina deportiva, para convertirse en un cuerpo andrógino, casi femenino.

Obligadamente visible, con el esfuerzo y connotación que aporta el dispositivo representacional de la televisión, la historia de Louganis sirve también en esa entrevista para jalar la fantasía de la infección instantánea. En las Olimpiadas de 1988, la cabeza de Louganis golpeó contra la tabla del trampolín y el agua de la piscina se tiñó de rojo: esa imagen será un auténtico *leit motiv* en el programa, reiterada hasta la saciedad. Pero no toda la secuencia, sino aquel instante en que la cabeza colisiona contra la tabla, ese momento del contacto que sin duda deja allí un rastro de sangre en donde se concentra la amenaza que para los demás supone el cuerpo infectado. Si cuando se produjo el accidente esa imagen movía, primero, al horror que provoca la fatalidad estúpida, y después a la admiración de quien es capaz de sobreponerse al infortunio y proclamarse campeón, ahora en este contexto de revelación del sida, esa misma imagen se convierte en una prueba acusadora contra Louganis: estaba infectado, lo sabía y nada dijo. «Deberíamos haber sabido que Louganis era portador del VIH», amonesta en público Barbara Walters. La televisión rescata ese instante, lo recrea de forma ralentizada, fotograma a fotograma, y así nos obliga a revisarlo: no sólo volver a verlo, sino a resituarlo en nuestra memoria para recriminar a Louganis. Poco importaba que el riesgo corrido por otros saltadores fuese nulo.

Obligatoriamente visible, cuerpo contaminado y amenazante, no fue casual o fortuito que Louganis llegase a esta situación: el programa cuenta la historia de Louganis con imágenes de su vida. Louganis, hijo de un samoano y de una alemana, queda huérfano y es adoptado por una familia en la que al parecer no recibe buen trato y se refugia en un deporte que exige de un cultivo esmerado del cuerpo masculino. En 1988 ya había contraído el VIH; en 1994 reconoce que es homosexual; en 1995 revela que tiene sida. El relato televisivo hilvana argumentos e imágenes de la vida de Louganis, desde su niñez hasta su etapa adulta, y reconstruye una trayectoria vital que quiere pasar por impecablemente coherente: niño de origen étnico distinto al de la mayoría de la población, huérfano, con una infancia difícil, ensimismado en el deporte y en la forja de un cuerpo bello, homosexual, seropositivo al VIH, diagnosticado de sida, en fin. ¿Qué otra cosa podría esperarse? Ensamblando argumentos e imágenes, la televisión logra generar una aparente continuidad lógica, auténticamente falaz por cuanto hace de la mera yuxtaposición principio de una irrevocable causalidad. Como comenta Nair, así contada la

historia «el programa retrató la de Louganis como una vida que siempre había sido escenario de una potencial infección».

Pero ningún dispositivo representacional es tan hermético como para no dejar resquicios por donde ejercer la resistencia. Sometido a tal entrevista, Louganis es invitado a un parlamento final en el que dice: «Mucha gente me vio en las Olimpiadas y me aplaudió... Ahora toda esa gente no puede decir que no se haya visto afectada por el sida». Soberbio cierre para un programa que, realizado desde la sospecha y el distanciamiento, ve cómo se clausura buscando concernir a todos: Louganis vino a decir que, en efecto, cuando su cabeza golpeó la tabla del trampolín estampando allí su sangre infectada transmitió el virus del sida a todos los que lo vieron.

M. Martínez Nicolás

Facultad de Ciencias de la Información.
Universidad de Santiago de Compostela.

Perspectivas de los profesionales sobre su experiencia de proveer *counselling* en relación con el VIH en Kenia y Tanzania: el *Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study*

Grinstead OA, van der Straten A. The voluntary HIV-1 counseling and testing efficacy study group. Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania: the voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS Care* 2000; 2 (5): 625-642.

La demanda de servicios de asesoramiento en relación con el VIH está aumentando en los países en vías de desarrollo, pero ha habido pocos estudios previos que describan las funciones y experiencias de los asesores que aportan counselling relacionado con el VIH en los países en vías de desarrollo. Puede utilizarse dicha información para supervisar mejor y apoyar a los profesionales y, por ende, mejorar los servicios de asesoramiento. Como subestudio del Voluntary Counseling and Testing Efficacy Study, llevamos a cabo entrevistas en grupos e individuales con once asesores y supervisores que proporcionaban servicios de counselling en relación con el VIH en Kenia y Tanzania. Los profesionales nos contaron que su trabajo era gratificante y al mismo tiempo lleno de tensiones. Además de sus obligaciones en la relación con el asesoramiento (aportando información, protegiendo la confidencialidad y no juzgando), percibían la presión para proporcionar información y ser buenos modelos en sus comunidades. Otras fuentes de tensión se relacionaban con las condiciones externas (económicas y políticas), «divulgación» de aspectos del VIH relacionados con

sus vidas personales y con el asesoramiento en un marco de investigación. Podría reducirse la tensión de los profesionales que practican counselling y mejorarse su efectividad y retención por medio de las siguientes acciones: a) permitir una flexibilidad en el trabajo; b) aportar una supervisión de apoyo, no evaluativa; c) ofrecer alternativas al cambio de conducta de los clientes como indicación del cumplimiento del profesional; d) reconocer y educar sobre la «labor emocional» en la tarea de asesoramiento; e) realizar frecuentes actualizaciones de la información y una preparación intensiva, y f) alentar a la participación de los profesionales que se dedican al counselling en el desarrollo de protocolos de investigación.

Existen pocos trabajos en la literatura que se ocupen de la práctica del *counselling* en la prevención del sida en los países en vías de desarrollo. Por ello la investigación de Grinstead et al que comentamos debe ser bienvenida. Su lectura nos ha recordado los tiempos en que, bajo el impulso de Manuel Carvallo y siguiendo las pautas marcadas por Jonathan Mann desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *counselling* fue introducido en España y difundido, entre 1993 y 1996, a 1.500 profesionales sanitarios que trabajaban en VIH/sida, a través de los talleres apoyados por FASE y liderados por Enrique García-Huete. El trabajo que nos ocupa trata de sistematizar la experiencia conseguida en Kenia y Tanzania a través de entrevistas con profesionales que practican el *counselling* con personas infectadas con el VIH o en riesgo de infectarse. Las conclusiones a las que llegan Grinstead et al son muy parecidas a las que se obtenían en los países occidentales a mediados de los años noventa, inmediatamente antes de la introducción de las nuevas terapéuticas antirretrovíricas (HAAD). Personalmente, me han servido de recordatorio de la labor realizada en aquellos años a lo largo y a lo ancho de la geografía española.

Pasaré revista a algunos de los aspectos destacados por el artículo que, en mi opinión, continúan siendo vigentes. De hecho, creo que la lectura del mismo puede ser provechosa para todos aquellos que, en el campo del sida, se dedican profesionalmente a esta importante labor sea cual fuere el país del mundo donde trabajen.

La labor que se realiza a través del *counselling* es diferente y complementaria de la educación de prevención que se lleva a cabo, de forma normalizada, desde las instituciones. El modelo del *counselling* es personalizado, centra su atención en el cliente individual y, por tanto, trata de adaptar la actuación del profesional a las características de conocimientos, habilidades y situación de riesgo de cada cliente concreto.

Los principales ingredientes de un *counselling* eficaz son la confidencialidad, la privacidad y el hecho de disponer de profesionales entrenados capaces de saber escuchar activamente y de interactuar sin dificultad con sus clientes sobre prácticas de sexualidad, uso de drogas y relaciones humanas, sin emitir juicios morales sobre ellos. La paciencia, la neutralidad y la comprensión son esenciales.

Los profesionales que se dedican a esta labor se ven a sí mismos como agentes de cambio a través de la ayuda que proporcionan a sus clientes al facilitarles elementos críticos de autoanálisis y reflexión, así como recursos que les capacitan para poder encontrar por sí mismos solución a sus problemas de forma que sustituyan sus comporta-