

Discriminación Social y la Salud

**EL CASO DE LOS HOMBRES
LATINOS HOMOSEXUALES
Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH**

por Rafael M. Díaz
y George Ayala

the
**Policy
Institute**
of the
**National
Gay and
Lesbian
Task
Force**

Tabla de Contenido

| | |
|--|------|
| Prefacio | .iii |
| Compendio Ejecutivo | .vi |
| Introducción | .1 |
| La construcción social de la epidemia del SIDA | .3 |
| Retos a modelos individuales de salud y prevención | .4 |
| El VIH/SIDA en los Latinos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres: Perfil epidemiológico | .6 |
| <i>Nuestras Voces</i> : Estudio nacional sobre los homosexuales Latinos | .9 |
| La experiencia de la opresión triple | .11 |
| Cómo calcular la opresión | .14 |
| La relación entre la opresión y el riesgo sexual | .17 |
| Cómo explicar la relación que existe entre la opresión y los riesgos sexuales | .20 |
| Factores de resistencia y fortaleza | .24 |

| | |
|---|-----|
| El impacto de la estigmatización del SIDA y del VIH en las vidas de los homosexuales latinos | .27 |
| Desarrollo de la prevención del VIH: Una guía para una nueva generación de intervenciones | .30 |
| Notas | .33 |
| Libros de consulta | .35 |
| Apéndice: Procedimientos para el muestreo y reclutamiento en el estudio de <i>Nuestras Voces</i> | .37 |
| Reconocimientos | .39 |

Prefacio

BY JUAN CARLOS VELAZQUEZ, LLEGÓ*

Fue fácil cruzar la frontera con mi colega del Congreso de LLEGÓ. Estábamos muy felices hablando de la “vida loca” cuando de pronto me acordé de algo muy importante.

—No deberíamos cruzar la frontera con un carro alquilado—le dije a mi colega.

Nunca en mi vida había visto a alguien ponerse tan nervioso. Me sentí como si le hubiera leído su sentencia de muerte cuando le dije que probablemente teníamos que regresar a los EE.UU. ya que no podíamos llevar a México carros alquilados.

—Mierda, es el carro de mi jefe—me contestó mi amigo puertorriqueño. Se santiguó dándose la bendición y rogándole a la Virgen Santísima para que nos ayudara. Hice lo posible por darle aliento mientras le preparaba sobre la forma en que debía contestar sin rodeos las preguntas que le hiciera el agente de inmigración.

—¿Dónde nació?—le gritó el agente.

—En Puerto Rico—le respondió mi amigo.

—¿De qué país es ciudadano?—preguntó el agente.

—Soy puertorriqueño—contestó mi amigo.

—¿De qué país es ciudadano?—insistió el agente.

—Puerto Rico—repitió con nerviosismo.

—Dile que eres americano—le susurré.

—Estaciónate en la orilla—le ordenó el agente como si fuera culpable de un delito abominable.

El agente de fronteras examinó el maletero del automóvil y la licencia de mi amigo. Nos permitió pasar sin tomarse un segundo para agradecernos. Nosotros le debíamos de haber dado las gracias por no habernos pedido la matrícula del carro.

*The National Latino/a Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Organization

Este intercambio me recordó el hecho que cuento con muchas libertades y privilegios al poder cruzar la frontera entre Tijuana, México y San Isidro, California, sin muchas preocupaciones. Esto en siniestro contraste con los muchos que tienen que arriesgar sus vidas cuando intentan atravesar en búsqueda de una vida mejor en los EE.UU. Utilizo la palabra “mejor” en este contexto con sentido aproximado porque sé muy bien que muchos latinos en este país tienen que lidiar con las privaciones que conllevan la pobreza, el analfabetismo y la discriminación.

Vivimos en un mundo repleto de fronteras, divisiones y de realidades diversas. Eso es algo que se sabe. Para los latinos homosexuales y bisexuales, estas fronteras se manifiestan de varias formas que afectan la eficacia de la mediación para la prevención del VIH/SIDA. La labor monumental que llevan a cabo Rafael Díaz y George Ayala sirve para demostrar ampliamente este punto puesto que señala la forma en que los homosexuales y bisexuales se definen a sí mismos y al riesgo relativo que existe de transmisión del VIH. En su papel de investigadores ponen de manifiesto las fronteras que existen en las vidas de los latinos homosexuales y bisexuales.

Las fronteras se establecen a través de un proceso de socialización o de un contexto social que se encuentra arraigado en el racismo, el machismo, la homofobia y el clasismo. Es urgente que esta serie de suposiciones o realidades sean tomadas en cuenta mientras se desarrollan programas de prevención del VIH con un presunto sentido de aptitud cultural.

A medida que definamos la aptitud cultural debemos preguntarnos qué cultura estamos tratando con respecto a la prevención del VIH/SIDA. Durante demasiado tiempo la aptitud para los programas preventivos se basaba en la eficacia que demostraban en referencia a los homosexuales blancos. Con frecuencia no se tomaban en cuenta, se ignoraban o incomprendían las realidades de las poblaciones latinas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales. Debemos preguntarnos constantemente si la aptitud está definida de acuerdo a los patrones de privilegio acordados a la serie de realidades aplicables a la clase media blanca urbana angloparlante.

Las desigualdades que existen en este país en el campo de la salud aquejan a los negros, los pobres, los iletrados, los latinos y los homosexuales. Las desigualdades se vuelven fronteras. Estas divisiones son auténticas y generan una realidad para las comunidades privadas de sus derechos civiles. Viví esta lección con mis hermanos y hermanas homosexuales en mis viajes sin fronteras entre los EE.UU. y México en el congreso de LLEGÓ en San Diego y Tijuana. La lección que aprendí no es tan diferente de la de mi amigo puertorriqueño que aprendió a forzar una sonrisa y decir “soy americano” cuando tenía que atravesar una frontera que le hacía sentir tan incómodo.

Los servicios preventivos del VIH/SIDA deben ser desarrollados en un sistema que tome en cuenta la intersección de clases, sexos, razas y orientaciones sexuales en vez de considerarlas como realidades independientes. Por ejemplo, un obrero mexicano homosexual podría tener más en común con un labriego indígena estadounidense que con un cubano bisexual angloparlante ampliamente asimilado a la cultura dominante. Las estructuras sociales que cruzan las poblaciones latinas de hombres homosexuales y bisexuales tienen que tomarse en cuenta cuando se vayan a formular estrategias preventivas y un sistema de aporte de servicios que atienda las necesidades de las organizaciones comunitarias, secretarías de salud y organizaciones relacionadas con el SIDA

que presten sus servicios a los latinos. Fue con esta idea en mente que se desarrollaron “Nuestras voces”, y Díaz y Ayala pueden ser considerados héroes por su perspicacia en reconocer las fronteras que mantenían a los homosexuales y bisexuales latinos en el armario, oprimidos y a riesgo de infectarse con el VIH.

Existen patrullas de frontera para los latinos homosexuales y bisexuales que se manifiestan en forma de padres criticones, bravucones de colegio y fanáticos religiosos que fomentan las condiciones homofóbicas. Existen patrullas fronterizas que se manifiestan en forma de leyes que prohíben el uso de ningún otro idioma que no sea el inglés, agentes de inmigración y cuarteles de policía que tratan de impedir que los homosexuales y los bisexuales hagan parte de nuestra sociedad. Paulatinamente, estas patrullas de frontera minan el respeto que los latinos homosexuales y bisexuales sienten por sí mismos y por sus congéneres. El vínculo que hay entre el amor propio y los comportamientos de riesgo ha sido muy bien documentado en los estudios llevados a cabo por Díaz y Ayala. Esperemos que sus trabajos de investigación sirvan de ayuda a los profesionales de la salud, así como a los maestros de escuela y familiares, para que puedan desafiar a las patrullas fronterizas manifestadas en forma de racismo, machismo, clasismo y homofobia opresivos.

Sin lugar a dudas, Díaz y Ayala se han convertido en mis héroes por poner en tela de juicio las conjeturas que existen sobre la prevención del VIH y por poner de relieve el impacto de los prejuicios en contra de los latinos homosexuales.

Compendio Ejecutivo

La frecuencia con que ocurre una enfermedad y las consecuencias para la salud están influenciadas por factores que se deben a la inequidad social. Las enfermedades y muertes prevenibles son mucho más comunes entre los pobres y aquellas personas privadas de sus derechos civiles. Si bien este hallazgo es cierto en el ámbito local, nacional y mundial, poco se sabe sobre las fuerzas sociales, situaciones y contextos específicos que afectan las consecuencias concretas para la salud, y mucho menos se sabe sobre los mecanismos ni los caminos por medio de los cuales la opresión y la discriminación afectan al comportamiento individual en relación con la salud.

En este estudio, que se fundamenta en datos empíricos obtenidos de latinos homosexuales y bisexuales en tres ciudades de los EE.UU., documentamos la relación que existe entre formas específicas de discriminación social—homofobia, racismo y penurias económicas—y una determinada consecuencia para la salud: el aumento del riesgo para la transmisión del VIH. Uno de los mayores retos en la comprensión del impacto que la discriminación social tiene sobre la salud es que la mayoría de los modelos de salud pública de las enfermedades evitables—así como también de la mayoría de programas y prácticas de prevención financiados por el gobierno—continúan ubicando el origen de los peligros para la salud en la esfera del comportamiento individual. En el caso de la transmisión sexual del VIH, por ejemplo, el comportamiento de riesgo es visto como el resultado de deficiencias a nivel de información y conocimiento por parte del individuo, en su descaminada evaluación del riesgo, en su deficiente comprensión de la vulnerabilidad personal, o en su elemental falta de motivación o falta de propósito personal en tener relaciones sexuales de poco riesgo. Sin embargo, nuestros datos ponen en tela de juicio esos modelos individuales de riesgo al ubicar el “riesgo” en el seno de los contextos sociales de grupos y comunidades, cuya vulnerabilidad a las enfermedades está intrínsecamente ligada a un pasado de discriminación sexual y racial, así como también a penurias económicas.

Sin embargo, nuestros datos ponen en tela de juicio esos modelos individuales riesgosos al ubicar el “riesgo” en el seno de los contextos sociales de grupos y comunidades, cuya vulnerabilidad a las enfermedades está intrínsecamente ligada a un pasado de discriminación sexual y racial, así como también a penurias económicas.

De octubre de 1998 a marzo de 1999, como parte de un estudio de latinos homosexuales llevado a cabo en varios lugares de los EE.UU. (titulado *Nuestras Voces/Our Voices*; R. Díaz, investigador principal, y G. Ayala, director de proyecto), una muestra de probabilidad de 912 latinos homosexuales fue recogida entre hombres que se disponían a entrar a puntos de reunión social (bares, discotecas y actividades en noches de entre semana identificados como latinos y homosexuales) en las ciudades de Nueva York (n=309), Miami (n=302) y Los Angeles (n=301). Las tres ciudades fueron escogidas debido a su identificación con los tres mayores subgrupos étnico-nacionales de los EE.UU.: los mexicanos en Los Angeles, los puertorriqueños en Nueva York y los cubanos en Miami. El sondeo cuantitativo fue precedido de un estudio cualitativo (llevado a cabo de noviembre de 1996 a marzo de 1997), en el cual entrevistamos aproximadamente 300 homosexuales latinos en el contexto de 26 grupos focales en las tres ciudades. Los registros literales de las conversaciones de los grupos focales se utilizaron para crear temas para el sondeo cuantitativo, esmerándonos para que los temas de la encuesta reflejaran tan fielmente como fuera posible las experiencias subjetivas vividas (las voces) de los hombres que sufren las diversas formas de discriminación y tienen que bregar con practicar en sus vidas relaciones sexuales de menor riesgo. El estudio, financiado por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés), fue concebido para documentar el papel que desempeñan los factores socioculturales—experiencias con la homofobia, la pobreza y el racismo, entre otras—en poder determinar o pronosticar los niveles de conductas sexuales de riesgo observadas en esta población. Los latinos homosexuales en las tres ciudades encuestadas describieron amplias experiencias de opresión y discriminación social, iniciadas desde su infancia. Por ejemplo, el 64 por ciento de ellos fueron insultados verbalmente cuando eran niños por el hecho de ser homosexuales o afeminados; el 31 por ciento reportó haber sufrido a causa del racismo que se manifestó en forma de acoso verbal en su niñez y el 35 por ciento informó haber sido tratados groseramente en la vida adulta debido a su raza o etnia; el 61 por ciento se quedó sin dinero para poder satisfacer sus necesidades básicas y el 54 por ciento tuvo que pedir dinero prestado para poder arreglárselas en los últimos 12 meses antes de la entrevista. La encuesta demostró sin lugar a dudas que las experiencias de discriminación social debido a raza, clase y orientación sexual son frecuentes y comunes entre latinos homosexuales en los EE.UU.

Los latinos homosexuales en las tres ciudades encuestadas describieron amplias experiencias de opresión y discriminación social, iniciadas desde su infancia.

La relación que existe entre la opresión social y el riesgo de contraer el VIH fue evaluada al examinar la frecuencia diferencial de las experiencias de opresión en grupos de hombres que difieren entre sí según los niveles reportados de conductas de riesgo. Dimos por sentado que los hombres que revelaran haber tenido recientemente una relación sexual anal sin protección con un compañero que no fuera monógamo (el grupo de “alto riesgo”) mostraría mayores índices de experiencias opresivas que los hombres que no revelaran comportarse en tal forma (el grupo de “menor riesgo”).

Como estaba previsto, los hombres que pertenecían al grupo de “alto riesgo” revelaron haber tenido mayores experiencias con la homofobia, el racismo y la pobreza que sus contrapartes en los grupos de “menor riesgo”. Por ejemplo, más hombres del grupo de alto riesgo reportaron sus experiencias con la homofobia en la niñez, manifestadas en el abuso verbal (73 a 62 por ciento), abuso físico (31 a 15 por ciento) y sentimientos que su homosexualidad ofendía y avergonzaba a sus familiares (79 a 68 por ciento). Los

hombres en el grupo de alto riesgo también informaron haber tenido más experiencias con el racismo, tanto en la niñez como en la vida adulta, tales como haber sido tratados groseramente (49 a 32 por ciento) y acoso policial (34 a 19 por ciento) debido a la raza, la etnia o el color de la piel. Como se había pronosticado, los hombres del grupo de alto riesgo también reportaron haber tenido más experiencias de penuria económica que se manifestaban en haberse quedado sin dinero para satisfacer sus necesidades básicas (54 a 39 por ciento) y haber tenido que buscar trabajo (29 a 19 por ciento) más de dos veces en el transcurso del año anterior. Todas estas diferencias son estadísticamente significativas y documentan la relación inequívoca que existe entre las experiencias de discriminación social y los comportamientos sexuales de alto riesgo entre los latinos homosexuales. Más que todo, los hallazgos sugieren que la opresión no es una cosa del pasado, sino más bien que la pobreza, el racismo y la homofobia se sufren en el presente cercano e inmediato, como ha sido demostrado en nuestro estudio en relación con la discriminación en la vida adulta.

La raza, la clase social y las experiencias con la homofobia influyen y organizan poderosamente la actividad sexual y los comportamientos sexuales riesgosos en las vidas de los latinos homosexuales. Este hallazgo tiene implicaciones sumamente profundas para la próxima generación de propuestas relacionadas a la prevención del VIH para los latinos homosexuales, así como también para otros homosexuales de color y para todos aquellos que se encuentran desproporcionadamente a riesgo de contagiarse con el VIH. Más específicamente, los programas de prevención del VIH no deberían simplemente concentrarse en la manera de modificar el comportamiento individual, sino más bien en cambiar los contextos sociales donde estas situaciones sexuales de riesgo ocurren, prestando particular atención a aquellos contextos de riesgo que están influenciados por la opresión social y la discriminación. Es preciso que la prevención del VIH incluya estrategias para contrarrestar el racismo, la pobreza, el machismo, la homofobia y el estigma del SIDA, plenamente conscientes que reducir su influencia en los individuos probablemente traiga como consecuencia una disminución substancial en la incidencia del VIH. La organización de los individuos pertenecientes a los grupos más afectados, para así incrementar la participación comunitaria y el activismo en contra de las fuerzas opresivas que definen la epidemia del VIH, podría ser el instrumento más eficaz para neutralizar la desesperanza y el fatalismo que la opresión genera.

Concentrar nuestros esfuerzos de una manera simplista en el uso del condón, o en una vacuna que promete, o en el rápido acceso al tratamiento antiviral poco después de haber sido expuesto—mientras se hace caso omiso a las fuerzas sociales que restringen la facultad de los individuos para protegerse a sí mismos—equivaldría a solamente curar el síntoma. Sería tanto un trabajo de prevención insatisfactorio como un mal ejercicio de la medicina. Si queremos ser eficaces en nuestra lucha contra el SIDA y contra cualquiera otra tragedia en la salud pública de aquellas que se alimentan de la impotencia humana, los trabajadores encargados de la prevención del VIH así como los defensores de derechos también deberán convertirse en agentes de cambio sociocultural. Estos resultados tienen implicaciones reglamentarias no solo para las guías que promueven la tolerancia en las escuelas, pero también para el cuidado de jóvenes sin familia que son gay, lesbianas, bisexuales y transgénero (GLBT), y en lo que se refiere a la controversia que han suscitado los Boy Scouts.

Los hombres que pertenecían al grupo de “alto riesgo” revelaron haber tenido mayores experiencias con la homofobia, el racismo y la pobreza que sus contrapartes en los grupos de “menor riesgo”.

Discriminación Social y la Salud

**EL CASO DE LOS HOMBRES
LATINOS HOMOSEXUALES
Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH**

por Rafael M. Díaz
y George Ayala

La aparición de las enfermedades es un fenómeno de origen social... Los análisis críticos que estudien la aparición de las infecciones deben preguntarse el modo en que las grandes fuerzas sociales ejercen su influencia sobre individuos situados en posiciones desiguales.

Paul Farmer, *Infecciones y Desigualdades*, 1999, p. 5.

Introducción

Factores sociales opresivos impactan y configuran tanto a la salud como a la enfermedad. Los estudiosos de la morbilidad y la mortalidad en un amplio registro de enfermedades—desde las mentales hasta las infecciosas—han podido detectar desde hace mucho tiempo perfiles epidemiológicos que vinculan la frecuencia de una enfermedad y los resultados de la salud a factores de desigualdad social.ⁱ Las enfermedades y las muertes prevenibles son más comunes entre los pobres y las clases menos favorecidas—local, nacional y mundialmente. Sin embargo, muy poco se sabe acerca de las fuerzas sociales, contextos y mecanismos *específicos* que afectan a las resultados específicas de la salud y mucho menos sobre los mecanismos o los caminos por medio de los cuales los factores sociales y estructurales de opresión afectan los comportamientos individuales relacionados con la salud.ⁱⁱ

Nuestra falta de conocimiento se debe en parte al hecho que la relación existente entre la desigualdad social y la enfermedad ha sido en su mayoría deducida de las diferencias existentes en los resultados de la salud entre grupos que son oprimidos en distinta medida (por ej., la observación que apunta a las disparidades presentes entre las poblaciones afroestadounidenses y blancas en los EE.UU.). En muy contadas ocasiones los estudios han calculado y analizado los factores específicos de la discriminación en tanto afectan a la salud, el comportamiento y los riesgos de los individuos que pertenecen a los grupos que han sido mayormente afectados. Tales análisis en el contexto de grupos específicos afectados por la discriminación y la opresión social podrían iluminar tanto a las específicas experiencias vividas como a los mecanismos específicos por medio de los cuales la opresión afecta a la salud de los individuos que se encuentren más marginalizados en el seno de esos grupos.

En este estudio, basado en datos empíricos recogidos de latinos homosexuales y bisexuales en tres ciudades de los EE.UU., documentamos la relación que existe entre formas específicas de discriminación social (homofobia, racismo y penurias económicas) y específicas consecuencias para la salud: el creciente riesgo de transmisión del VIH. La experiencia de los latinos homosexuales y el VIH es un caso ilustrativo que puede servir

para esclarecer la forma en que la discriminación social podría ser la responsable de los múltiples problemas de salud, tanto físicos como mentales, que confrontan las comunidades homosexual, lesbiana, bisexual y transexual (GLBT, por sus siglas en inglés) en nuestra nación, en particular dentro de las comunidades de color. Esperamos que luego de leer esta monografía, los lectores podrán comprender cómo y por qué ciertas formas sociales opresivas y discriminatorias pueden causar resultados negativos para la salud, tomar nuestro ejemplo ilustrativo como punto de partida para entender la situación en que viven otros grupos y comunidades afectados por el mismo mal.

La construcción social de la epidemia del SIDA

La infección con el VIH no está distribuida al azar en la población. Más bien la epidemia ha sido conformada por y ubicada dentro de restricciones impuestas por ciertas y determinadas fuerzas sociales abrumadoras—la pobreza, el racismo, la homofobia, la desigualdad entre los sexos así como la desigualdad institucionalizada—que reducen la facultad con que cuentan los individuos, grupos y comunidades para protegerse a sí mismos en contra de esta desoladora enfermedad. En los EE.UU., es ocho y tres veces más probable que los afroestadounidenses y los latinos respectivamente sean diagnosticados con SIDA que los blancos no latinos.ⁱⁱⁱ Este hallazgo es prueba no de la preferencia del virus por un color de piel específico sino más bien del hecho que en los EE.UU. la etnia está en relación recíproca con las penurias económicas y la discriminación racial.

Entre hombres homosexuales y bisexuales, uno de los grupos más afectados por el VIH en los EE.UU., la epidemia del VIH se ha ido convirtiendo en una epidemia que por lo general afecta a hombres que pertenecen a minorías étnicas. En 1998, por primera vez en la historia de esta epidemia, la mayoría de los nuevos casos de SIDA entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés) se diagnosticaron a hombres que pertenecían a minorías étnicas (MMWR, 2000). Para el año 1999-2000, los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, por sus siglas en inglés) reportaron que el 69 por ciento de las nuevas infecciones con el VIH se daban entre individuos afroestadounidenses y latinos, la mayoría de ellos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. En el más reciente (1994 a 1998) y completo estudio llevado a cabo entre adolescentes y jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres en los EE.UU., Valleroy y otros (2000) establecieron que los índices de infección con el VIH eran mucho mayores entre los afroestadounidenses y latinos. Esta tendencia demuestra los complejos efectos negativos causados por múltiples fuentes de discriminación. Cada vez es más evidente que la propagación del VIH no se da al azar sino entre grupos aislados en donde prolifera la impotencia y la alienación frutos de la injusticia social, la desigualdad y la opresión.

La propagación del VIH no se da al azar sino entre grupos aislados en donde prolifera la impotencia y la alienación frutos de la injusticia social, la desigualdad y la opresión.

Retos a modelos individuales de salud y prevención

Si bien los datos epidemiológicos claramente vinculan las consecuencias de las enfermedades a factores sociales opresivos, los modelos de salud pública para las enfermedades prevenibles—así como también la mayoría de las prácticas y programas preventivos subvencionados por el estado—continúan ubicando la fuente de riesgos para la salud en el campo del comportamiento individual. Por ejemplo, en el caso de la transmisión sexual del VIH, los comportamientos de riesgo son percibidos como producto del bajo nivel de información y conocimientos con que cuentan los individuos, en su desatinadas evaluaciones de los riesgos existentes, en sus ínfimas percepciones de vulnerabilidad personal, o en su extremo desinterés o ausencia de interés personal por mantener relaciones sexuales de bajo riesgo. La mayoría de las prácticas preventivas del VIH hasta la fecha pueden ser tomadas como bien intencionados intentos por inculcarles a las personas con niveles necesarios de información, motivación y destrezas personales para mantener relaciones sexuales de bajo riesgo. Tales programas dan por sentado que siempre y cuando las personas estén equipadas con los instrumentos apropiados para la prevención personal—los psicológicos y el látex—la práctica de las relaciones sexuales de bajo riesgo puede ser garantizada en todos los contextos, situaciones y circunstancias sociales.

En parte, la ubicación del riesgo del VIH en el individuo se basa en el reconocimiento objetivo que el VIH se transmite a través de una serie establecida de prácticas del comportamiento que conllevan el intercambio de líquidos corporales, como es el caso de las relaciones sexuales sin protección o el compartir agujas hipodérmicas intravenosas. Pero la apabullante ideología hegemónica que dictamina que el riesgo de contraer el VIH es una cuestión de comportamiento y responsabilidad individual también es alimentada por un rasgo distintivo nacional fuertemente enraizado según el cual los EE.UU. son vistos como la tierra de iguales oportunidades para todos. Por consiguiente, si alguien, o cualquier grupo, es afectado considerablemente por un problema o enfermedad, debe de ser porque “ellos” tienen algo malo, ya que se asume que el contexto social facilitaría y brindaría miles de oportunidades de desarrollo y bienestar para todos.

No es entonces sorprendente que en los EE.UU. proliferen los modelos basados en deficiencia y la patologización del individuo de los problemas sociales, desde los índices de deserción escolar hasta la infección con el VIH.

En una memorable convención de teóricos sociales y del comportamiento convocada por el Instituto Nacional de Salud Mental para desarrollar una teoría sobre el riesgo y prevención del VIH, los expertos llegaron a la conclusión que

El SIDA es antes que nada una consecuencia del comportamiento. *No es quien seas sino de lo que hagas* lo que contribuye o no a que seas expuesto al VIH, el virus que causa el SIDA.^{iv}

Si bien los teóricos con justa razón reaccionaban contra la creencia comúnmente mantenida de afiliación a un “grupo de riesgo” (es decir, los homosexuales, los drogadictos, los haitianos, etc.), tan difundida en los primeros años de la epidemia del SIDA en los EE.UU., no se dieron cuenta que ese “quien seas”—ya no en términos de identidad individual sino más bien en términos de situación social en medio de una trama de factores opresivos—determina en gran medida lo que se puede o no hacer. En otras palabras, el propósito del individuo podría en efecto vaticinar el comportamiento individual aunque solamente en contextos y situaciones en que los individuos sean poderosos y puedan ejercer su libre albedrío sin las restricciones de las desigualdades en sus capacidades basadas en el sexo, la clase y(o) la raza, para mencionar algunas. Éste es el mensaje más importante que imparte la configuración social de la epidemia: el VIH precisamente se transmite en aquellos contextos y circunstancias creados por la discriminación social y la opresión, en los cuales los individuos no pueden controlar ni ejercer sus facultades, ni tampoco autodeterminar a su albedrío su propio comportamiento. Esos contextos, como será demostrado más adelante en el caso de los latinos homosexuales, se hallan típicamente configurados por situaciones de desigualdad y discriminación, en las cuales las necesidades por la supervivencia hacen caso omiso de la necesidad de un comportamiento saludable y en donde el profundo sentimiento de desaliento ante la fatalidad de la infección del VIH está determinado por las constantes y reiteradas experiencias de impotencia ante las múltiples circunstancias adversas de la vida, tales como penurias económicas crónicas, viviendas inestables e inseguras, o la constante amenaza de la violencia callejera y policíaca.

Los modelos de salud pública para las enfermedades prevenibles—así como también la mayoría de las prácticas y programas preventivos subvencionados por el estado—continúan ubicando la fuente de riesgos para la salud en el campo del comportamiento individual.

El VIH/SIDA en los latinos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Las vidas sociales y sexuales de muchos latinos homosexuales y bisexuales han sido afectadas al menos por tres fuerzas sociales opresivas—la pobreza, el racismo y la homofobia—que, al actuar en un desafortunado sincronismo, contribuyen a producir desoladoras experiencias de alienación social y vergüenza personal. Si bien muchos hombres han reaccionado ante semejante opresión con actos creativos de albedrío personal, que van desde el activismo social comprometido hasta los actos de heroísmo personal, otros han sido profundamente agobiados y debilitados por las penurias económicas, el rechazo por parte de la familia y las prácticas discriminatorias que impiden su justa participación en la vida profesional así como en la comunidad homosexual. Dada la relación que existe entre la desigualdad social y las consecuencias negativas en la salud, no es sorprendente que los homosexuales latinos conformen uno de los grupos más vulnerables de toda la nación en lo que concierne a la transmisión del VIH.

Los homosexuales/bisexuales latinos revelan los mayores índices de frecuencia seropositiva, conversión seropositiva y relaciones sexuales anales sin protección con múltiples compañeros.^v Ya en junio de 1999, un total de 51.681 casos de SIDA les habían sido diagnosticados a hispanos/latinos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés). De este modo, este grupo constituye aproximadamente la mitad (49 por ciento) de todos los casos reportados de SIDA en los latinos de toda la nación.^{vi} Sin embargo, las estadísticas de los CDC sobre “categorías de exposición” en los latinos de los EE.UU. deberían ser vistas como cálculos conservadores de casos de MSM. Aproximadamente un cuarto (22 por ciento) de todos los casos de latinos con SIDA diagnosticados en 1998-1999 no consignan una categoría de exposición arriesgada^{vii}; lo más probable es que una gran proporción de esos casos indeterminados ocurrieran entre los MSM pero no fueran reportados como tales debido a la seria estigmatización que representa la homosexualidad en la cultura latina.^{viii}

Frecuencia seropositiva:

El porcentaje de individuos seropositivos en una población determinada.

Conversión seropositiva:

El porcentaje de individuos que se convierten en seropositivos en un determinado período.

Los porcentajes de casos de latinos con SIDA contabilizados para los MSM varían considerablemente a través de los tres mayores subgrupos étnicos de la población latina. En 1992, por ejemplo, el 70 por ciento de los casos de SIDA de los cubano-estadounidenses, el 59 por ciento de los mexicano-estadounidenses y el 18 por ciento de los puertorriqueños se daban en hombres que mantienen relaciones con otros hombres.^{ix} El porcentaje relativamente bajo de MSM en los casos de puertorriqueños con SIDA revela la mayor incidencia de la transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectadas por parte de esta población. Sin embargo, existen indicios que muchos de los drogadictos puertorriqueños que se inyectan también mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, pero la estigmatización que tiene la homosexualidad por parte de los drogadictos así como de sus proveedores impide que se informen con precisión los actos sexuales.

Debido a que carecemos de un plan sistemático para informar y contabilizar las nuevas infecciones con el VIH en la nación, los cálculos de la frecuencia seropositiva son difíciles de obtener en lo que respecta a los latinos homosexuales y bisexuales, así como también para cualquier otro grupo de la nación. Sin embargo, nuevas estrategias de muestreo ahora hacen posible calcular la frecuencia seropositiva en diversas poblaciones que corren el riesgo de infectarse. El muestreo de probabilidad nos permite reclutar una muestra representativa de participantes en la investigación para una población determinada. Asimismo, debido a que la *probabilidad* real de ser escogido para un estudio es medida directamente, este método permite que los datos recogidos sean sopesados o enmendados para calcular la verdadera frecuencia de una variable determinada dentro de un margen de error mensurable. Por fortuna ahora contamos con dos amplios estudios que comprenden muestras de probabilidad de latinos homosexuales y bisexuales e incluyen datos suministrados voluntariamente sobre pruebas e infección del VIH.

En una reciente muestra de probabilidad en los hogares (Estudio de salud sobre los hombres urbanos; N=2.881) de áreas geográficas con grandes concentraciones de MSM en cuatro ciudades diferentes de los EE.UU. (San Francisco, Los Ángeles, Chicago y Nueva York), un número considerable de latinos (n=246, ó el diez por ciento de la muestra) fueron encuestados. En este estudio, el 19 por ciento de la muestra latina reportó su condición de seropositivos.^x En un segundo estudio, una muestra de probabilidad (Nuestras voces; N=192) de latinos homosexuales y bisexuales que frecuentan sitios latinos homosexuales en las ciudades de Los Ángeles, Miami y Nueva York—de lo que se hablará más adelante con mayor lujo de detalles—arrojó en cierto modo una similar, aunque ligeramente mayor, frecuencia del 22 por ciento.^{xi} De acuerdo a estos estudios y tomando en cuenta las limitaciones que implica informar voluntariamente una condición estigmatizada, puede decirse con mucha seguridad y conservadoramente que cerca de uno de cada cinco homosexuales y bisexuales latinos en los grandes centros urbanos de los EE.UU. está infectado con el VIH, un triste hallazgo que nos hace reflexionar.

Los índices de conducta sexual arriesgada de los homosexuales latinos son desproporcionadamente altos. En cinco estudios diferentes sobre hombres homosexuales y bisexuales en los EE.UU., los latinos han resultado con los mayores índices de relaciones sexuales anales sin protección (UAI, por sus siglas en inglés), incluso cuando se les compara con hombres de otros grupos étnicos minoritarios.^{xii} En San Francisco, donde estudios llevados a cabo a finales de los ochenta y principios de los noventa registraron

reducciones importantes de las conductas sexuales arriesgadas de los hombres homosexuales y bisexuales,^{xiii} los índices de relaciones sexuales anales sin protección entre hombres latinos han permanecido relativamente altos. En un sondeo sobre el conocimiento, las actitudes y la conducta llevado a cabo en el verano de 1990 en las comunidades homosexuales y bisexuales de indígenas estadounidenses, filipinos y latinos de San Francisco, 35 por ciento de los latinos revelaron haber tenido relaciones sexuales anales sin protección en los últimos 30 días, si se comparan con un 25 por ciento de los filipinos y un 12 por ciento de los indígenas estadounidenses.^{xiv} En un estudio más reciente de jóvenes homosexuales del área de la bahía de San Francisco, el 40 por ciento de los latinos revelaron haber tenido relaciones sexuales anales sin protección en los últimos seis meses, si se les compara con un 38 por ciento de los afroestadounidenses y un 28 por ciento de los blancos no latinos.^{xv}

En el estudio llevado a cabo por Nuestras voces, con una muestra de probabilidad de latinos homosexuales que frecuentan sitios homosexuales en tres ciudades de los EE.UU., los índices de relaciones sexuales anales sin protección fueron de un 28 por ciento (en los últimos dos meses) y de un 37 por ciento (calculado por actos sexuales con los últimos dos compañeros sexuales en un período de 12 meses). Sin embargo, los datos de los últimos dos compañeros indican que solamente cerca de la mitad del 37 por ciento de los hombres que revelaron haber tenido relaciones sexuales anales sin protección (18 por ciento de la muestra) lo hacen con un compañero que no es monógamo. Por esto debe observarse que una gran mayoría de homosexuales latinos sinceramente están intentando tener relaciones sexuales sin riesgos, ya sea con el uso de condones y(o) en relaciones monógamas. Lo interesante es que los datos más recientes sobre conductas de riesgo (relaciones sexuales anales sin protección con compañeros que no son monógamos) así como datos sobre la frecuencia seropositiva se calculan ambos en aproximadamente un 20 por ciento.

Nuestras Voces

UN ESTUDIO NACIONAL SOBRE LOS HOMOSEXUALES LATINOS

De octubre de 1998 a marzo de 1999, como parte de un estudio sobre homosexuales latinos en los EE.UU. llevado a cabo en varios lugares (*Nuestras voces*^{xvi}), una muestra de probabilidad de 912 homosexuales latinos fue hecha con hombres que entraban a lugares de diversión (bares, discotecas y espectáculos nocturnos de entresemana catalogados como latinos y homosexuales) en las ciudades de Nueva York (n=309), Miami (n=302) y Los Ángeles (n=301). Se escogieron estas tres ciudades porque se identifican como en las que habitan los tres mayores subgrupos étnico-nacionales latinos de los EE.UU.: los mexicanos en Los Ángeles, los puertorriqueños en Nueva York y los cubanos en Miami. Ver el apéndice 1 en donde se consigna una descripción del muestreo de probabilidad y los procedimientos de reclutamiento.

El sondeo cuantitativo fue precedido de un estudio cualitativo (llevado a cabo de noviembre de 1996 a marzo de 1997), en el cual entrevistamos aproximadamente 300 homosexuales latinos en el contexto de 26 grupos focales en las tres ciudades. Los registros literales de las conversaciones de los grupos focales se utilizaron para crear temas para el sondeo cuantitativo, esmerándonos para que los temas de la encuesta reflejaran tan fielmente como fuera posible las experiencias subjetivas vividas (las voces) de los hombres que sufren las diversas formas de discriminación y tienen que bregar con practicar las relaciones sexuales de menor riesgo en sus vidas. De 1997 a 1998, se dedicaron 18 meses a analizar los datos cualitativos así como a la elaboración y prueba de un cuestionario para verificar la delicadeza, idoneidad y calidad psicométrica, es decir, la facultad del sondeo para estimar los conceptos importantes en el estudio (por ej., la pobreza, la homofobia, la alienación social, etc.) a lo largo de escalas con múltiples temas.

El estudio, financiado por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés), fue concebido para documentar el papel que desempeñan los factores socioculturales—experiencias con la homofobia, la pobreza y el racismo, entre otras—para poder determinar o pronosticar los niveles de conductas sexuales de riesgo observadas en esta población. El estudio recogió información detallada en tres resultados importantes: rela-

ciones sexuales anales sin protección, uso de drogas y síntomas de angustia psicológica. Asimismo, el estudio recogió otros datos pertinentes a la prevención de la infección del VIH, tales como la participación de los hombres en diferentes contextos de riesgos sexuales y lo que representan los condones y su uso en un medio sociocultural determinado. Y lo que es aún más importante es que este estudio fue el primer intento que se ha hecho por cuantificar las experiencias que han tenido ciertos hombres con la homofobia, la pobreza y el racismo, con la mira de documentar el papel que representan ciertos factores socioculturales opresivos en las conductas sexuales de riesgo reportadas en ciertos individuos. En la actualidad se analiza el copioso banco de datos y más adelante presentaremos algunos de los hallazgos preliminares sobre la relación que existe entre la opresión social y el riesgo de contraer el VIH.

La abrumadora mayoría de los encuestados (82 por ciento) se definieron a sí mismos como gays u homosexuales, el 14 por ciento dijo ser bisexual y el restante cuatro por ciento se identificó a sí mismo utilizando una amplia gama de clasificaciones no heterosexuales tales como “maricón”, “pansexual”, o “joto”. Estimados de la aculturación, o sea la transformación por asimilación cultural (el índice de integración y participación en la cultura angloparlante imperante), que se basa en el uso del idioma y en el tiempo que llevan residiendo en los EE.UU., indican que el muestreo se inclina en su mayoría hacia el menor registro en la báscula de la aculturación. La mayoría (72 por ciento) de los encuestados eran inmigrantes, un 52 por ciento de los inmigrantes con diez o menos años de residencia en los EE.UU. y un 41 por ciento informó que en su mayor parte hablaban español con sus compañeros. Así que como originalmente se tenía propuesto al llevar a cabo la encuesta en bares de homosexuales identificados como latinos, tuvimos éxito al obtener una muestra que se autodefine como homosexual o gay pero al mismo tiempo mantiene vínculos estrechos con la comunidad y cultura latinas. A diferencia de los homosexuales latinos altamente aculturados que típicamente se encuestan en los sitios de homosexuales de la cultura predominante, este muestreo puede brindarnos la perspectiva de los homosexuales que también padecen la marginalización socioeconómica de los grupos de minorías étnicas de los EE.UU. Aun cuando se trataba de un grupo relativamente joven (el 87 por ciento con edades que oscilaban entre los 20 y los 40 años) y sumamente cultos (el 64 por ciento había cursado algunos años de universidad o de posgrado), el 27 por ciento de la muestra estaba desempleado en el momento en que se llevó a cabo el estudio.

La experiencia de la opresión triple

Los registros literales de los grupos focales hicieron evidente que las vidas de los homosexuales latinos—sus vidas familiares, sociales y sexuales—se han desarrollado en medio de una trama de fuerzas sociales opresivas que afectaron profundamente su sentido de identidad, sus relaciones y sus oportunidades tanto sociales como profesionales. Estos datos cualitativos aportaron un caudal de información tocante a las experiencias de los hombres con la homofobia, el racismo y las penurias económicas, registrados en los siguientes párrafos y citas.

HOMOFOBIA

Los hombres nos dijeron haber sufrido abusos tanto verbales como físicos, acoso policial y oportunidades económicas reducidas por el hecho de ser homosexuales y(o) afeeminados. Nos contaron acerca de los enérgicos mensajes—tanto explícitos como implícitos—que transmitían sus comunidades, diciéndoles que “no eran normales” ni verdaderos hombres debido a su homosexualidad; que envejecerían sin hijos ni familia; y que en última instancia su homosexualidad era algo sucio, pecaminoso y vergonzoso para sus familiares y seres queridos.

Era católico devoto, odiaba a los homosexuales y me casé dos veces, y en efecto hice sufrir mucho a dos mujeres porque no podía aceptarme como era. Salí del armario cuando tenía 30 años y se me hizo muy difícil vivir mi vida como homosexual. Traté de suicidarme... Y cuando tuve la fortaleza para decir: “Vaya, así soy yo”, mi familia no me dirigió la palabra durante más de 15 años...

Algunos nos dijeron que habían tenido que optar por emigrar y exiliarse para poder vivir como homosexuales lejos de sus seres queridos, a quienes tenían miedo de herir si optaban por vivir sus vidas como homosexuales sin tapujos. Y muchos otros nos con-

Muchos otros nos contaron sobre sus vidas dobles, fingiendo ser heterosexuales para poder conservar sus vínculos sociales y oportunidades laborales.

taron sobre sus vidas dobles, fingiendo ser heterosexuales para poder conservar sus vínculos sociales y oportunidades laborales.

RACISMO

Igualmente, algunos informaron sobre muchos casos de discriminación, violencia física y verbal, acoso policial y reducción en sus oportunidades tanto sociales como sexuales debido al hecho de ser latinos, inmigrantes y(o) de piel más oscura. Se experimentó una gran cantidad de racismo en el contexto de la comunidad homosexual y en los sitios de ambiente, en donde algunos hombres informaron no sentirse a gusto pues no eran bien recibidos, e incluso algunos otros informaron haber sido “escoltados hasta la puerta” de los sitios a causa de sus rasgos, tez o acentos diferentes. Algunos de los hombres se quejaban de haber sido utilizados como objetos sexuales por sus novios o amantes, quienes estereotipadamente le ponían mayor atención al color de la piel o a sus acentos latinoamericanos en inglés que a sus auténticas personalidades. Estos hombres se sentían invisibles, pues solamente eran utilizados como material para satisfacer las fantasías de sus parejas en vez de ser considerados como copartícipes en una relación más genuina y equitativa. Muchos otros tuvieron que confrontar rechazos abiertamente racistas en el contexto de relaciones sexuales y sentimentales.

Se experimentó una gran cantidad de racismo en el contexto de la comunidad homosexual y en los sitios de ambiente.

Mi primer amante era blanco y sus amigos blancos se la pasaban criticándole por vivir con un amante puertorriqueño... el hecho es que pueden chichar con un puertorriqueño pero no tenerlo de amante. Tenían un problema grandísimo por el hecho de que yo era nada más que un puertorriqueño cualquiera y no podían entender por qué vivía conmigo.

POBREZA

Muchos hombres informaron haber sufrido la pobreza tanto cuando eran adolescentes como en el presente. Algunos dijeron serles difícil cubrir los gastos diarios y que a menudo tenían que bregar con la inestabilidad laboral así como con las fuentes de ingreso. Muchos informaron no contar con seguro médico ni acceso a servicios médicos decentes. Otros reportaron que no tienen un techo donde vivir y que tenían que depender de sus amigos o parientes para que les hospedaran temporalmente.

Se enfurecían al recordar las tristes condiciones en que vivían sus familias en sus países de origen, haciendo frente a tantas desigualdades sociales:

En mi casa casi siempre se vivía precariamente y más tarde comencé a darme cuenta que mucho de lo que considerábamos lujos eran cosas muy comunes para esta otra gente que tal vez vivía a un par de cuadras de mi casa. Me imagino que todo esto me hizo sentir un poco triste. No creo que todavía sintiera furia porque aún no había hecho un análisis de la situación económica.

Otros tuvieron que enfrentar la dura realidad de la pobreza y miseria extremas de los barrios céntricos de las ciudades con un profundo sentido de impotencia y dudosa resignación. A continuación escuchemos una de las voces del sur del Bronx, una de las zonas más pobres y desoladas del país. Quien nos habla hace una asociación entre la pobreza del barrio y la inexorabilidad de la infección con el VIH:

A mí, por ejemplo, me amenaza esta destrucción inminente. ¿Sabes cómo es? Como si el mundo se fuera a acabar, nos vamos todos a morir... Y muchos de mis amigos también, siendo pobres y viviendo en el sur del Bronx, dicen: "Al carajo", va a suceder de todas maneras... Lo acepto de esa forma, así es la vida...

Cómo calcular la opresión

Nuestro equipo de investigación se encargó de transformar con sumo cuidado las narraciones de los grupos focales en un instrumento de sondeo que pudiera calcular con confianza las experiencias de opresión en las vidas de los encuestados, desde su infancia hasta la edad adulta. Fue muy importante llevar a cabo un estudio cuantitativo en una muestra de probabilidad de homosexuales latinos. Si bien los datos del grupo focal cualitativo nos informó con abundancia y profundidad sobre las experiencias de los hombres en lo que atañe a la discriminación y la opresión, solamente los datos cuantitativos podrían brindarnos las auténticas dimensiones del problema, es decir, el número de hombres que en realidad han tenido esas experiencias. Los datos cuantitativos podrían entonces ser utilizados para formular la siguiente pregunta relacionada al VIH: ¿las experiencias opresivas están verdaderamente relacionadas a los riesgos sexuales o podrían vaticinarlos? Al evaluar las experiencias reales de formas específicas de opresión en miembros aislados de un grupo oprimido—en este caso el de los latinos homosexuales—y examinar la relación que existe entre esas experiencias y las conductas sexuales de riesgo, tratamos de llenar los vacíos que hay en los estudios actuales, según las teorías de Paul Farmer^{xvii} y Nancy Krieger^{xviii}, dos de los expertos que con mayor franqueza han hablado sobre los problemas de la desigualdad social y la salud.

Nuestro ambicioso propósito fue que cada artículo consignado en el cuestionario de nuestra encuesta fuera, en la medida de lo posible, una cita textual de lo que dijeran los hombres, tomada de los registros literales de los grupos focales. Nos propusimos este objetivo con plena conciencia que la investigación del VIH, para que pueda ser útil de una manera óptima, debe reflejar las experiencias y las luchas reales de aquéllos a los que pretendemos servir. Casi logramos nuestro objetivo, se elaboraron escalas dignas de confianza que evaluaron las experiencias con la *homofobia* (ejemplos de preguntas: en sus años de infancia y adolescencia, ¿con qué frecuencia sentía que su homosexualidad ofendía y avergonzaba a su familia?

La mayoría (62 por ciento) tuvo experiencias racistas que se manifestaron en la objetivación sexual, revelando que sus compañeros sexuales y afectivos le ponían mayor atención a los rasgos de su raza-etnia (fisonomía, color de la piel, acentos, etc.) que a ellos como individuos.

Cuadro 1: Experiencias de Opresión

Porcentaje de personas que respondieron afirmativamente

Homofobia:

| | |
|---|-----|
| Ha sido verbalmente agredido en su juventud por ser gay/afeminado | 64% |
| Sintió que la homosexualidad hería o abochornaba a su familia | 70% |
| Tuvo que fingir ser heterosexual para ser aceptado | 64% |
| Escuchó en su juventud que los gays tienen una vida solitaria | 71% |
| Tuvo que alejarse de su familia a razón de su homosexualidad | 29% |
| Ha sido acosado por la policía por ser gay | 20% |

Racismo:

| | |
|--|-----|
| Ha sido verbalmente agredido en su juventud por su identidad étnica | 31% |
| Como adulto, ha sido tratado rudamente por su identidad étnica | 35% |
| Ha sufrido incomodidad en lugares gays blancos por su identidad étnica | 26% |
| Ha sido acosado por la policía por su identidad étnica | 22% |
| Ha sido objetificado por su identidad étnica | 62% |

Pobreza:

| | |
|---|-----|
| Durante el último año, careció de dinero para las necesidades básicas | 61% |
| Durante el último año, tuvo que hacer préstamos para sobrevivir | 54% |
| Durante el último año, tuvo que buscar empleo | 45% |

De adulto, ¿con qué frecuencia ha tenido que fingir que es heterosexual para que le acepten?); experiencias con el *racismo* (¿Cuántas veces le han negado un puesto debido a su raza o etnia? En las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia se da cuenta que otros hombres le ponen mayor atención a su raza o etnia que a su persona?); y las experiencias con la *pobreza* o penurias económicas (En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se quedó sin dinero para cubrir sus necesidades básicas? En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le ha tenido que pedir dinero prestado a un amigo o pariente para poder bandearse económicamente?).

Los homosexuales latinos en las tres ciudades en donde se llevaron a cabo las encuestas revelan que las experiencias de opresión y discriminación social fueron muy comunes desde su infancia. Por ejemplo, la abrumadora mayoría de los homosexuales latinos han sufrido intensamente la homofobia en carne propia: el 64 por ciento recibieron insultos verbales en su infancia por el hecho de ser homosexuales o afeminados; el 70 por ciento pensaba que su homosexualidad ofendía y avergonzaba a su familia; el 64 por ciento tuvo que fingir ser heterosexual para ser aceptado; el 71 por ciento escucharon decir cuando eran niños que los homosexuales envejecerían solos; el 29 por ciento tuvo que mudarse de la casa de sus padres debido a su homosexualidad; y el 20 por ciento reveló que había sufrido acoso por parte de la policía a causa de su homosexualidad.

Una tercera parte de los homosexuales latinos reveló haber tenido experiencias racistas en su infancia que se manifestaron en insultos verbales (31 por ciento) y haber sido tratados groseramente en su vida adulta a causa de su raza o etnia (35 por ciento). Uno de cada cuatro homosexuales latinos (26 por ciento) se ha sentido incómodo en lugares frecuentados por homosexuales blancos debido a su etnia, y más de uno de cada cinco (22 por ciento) ha sufrido acoso policial debido a su raza. Y muy inquietante, la mayoría (62 por ciento) tuvo experiencias racistas que se manifestaron en la objetivación sexual, revelando que sus compañeros sexuales y afectivos le ponían mayor atención a los rasgos de su raza-etnia (fisonomía, color de la piel, acentos, etc.) que a ellos como individuos. Los datos cuantitativos también revelaron que en el transcurso de un año más de la mitad de los encuestados se había quedado sin dinero para cubrir sus necesidades básicas (61 por ciento) y había tenido que pedir dinero prestado para poder bandearse (54 por ciento). Cerca de la mitad de los hombres (45 por ciento) había tenido que buscar trabajo el año pasado.

El sondeo claramente demostró que las experiencias de discriminación social fundamentadas en la raza, la clase y la orientación sexual son frecuentes y comunes en las vidas de los homosexuales latinos (de los 20 a los 39 años de edad). El mayor inconveniente fue que unos meses después de haberse llevado a cabo la encuesta—en el contexto de entrevistas complementarias exhaustivas a los encuestados—los participantes informaron la frustración que sentían al tener que responder a preguntas tan importantes por medio de un cuestionario cerrado. Por fin muchos de los temas abrieron viejas y dolorosas heridas y los hombres se sintieron muy frustrados al no poder contar las historias que estos temas habían evocado. Otro inconveniente es que nuestra muestra tan sólo representa a la población de hombres que van a sitios frecuentados por homosexuales, y no a *todos* los latinos homosexuales. En particular, no incluye a los latinos que tiene relaciones sexuales con otros hombres pero que no se identifican a sí mismos como homosexuales ni bisexuales; nuestro criterio de inclusión excluyó a las personas que se identificaron como heterosexuales. Sin embargo, por motivos de conveniencia y claridad, nos referimos a nuestra población-objetivo como latinos homosexuales.

La relación entre la opresión y los riesgos sexuales

¿En qué forma se relacionan las experiencias de opresión homofóbica, racial y económica con los comportamientos que podrían poner a la gente a riesgo de contraer el VIH/SIDA? Primero decidimos evaluar esta relación analizando la frecuencia diferencial de las experiencias de opresión en grupos de hombres que difieren en los niveles reportados de conductas de riesgo. Trabajamos con la hipótesis que los hombres que revelaran haber tenido recientemente una relación sexual anal sin protección con un compañero que no fuera monógamo (el grupo de “alto riesgo”) mostraría mayores índices de experiencias opresivas que los hombres que no revelaran comportarse en tal forma (el grupo de “menor riesgo”).

Como estaba previsto, los hombres que pertenecían al grupo de “alto riesgo” revelaron haber tenido mayores experiencias con la homofobia, el racismo y la pobreza que sus contrapartes en los grupos de “menor riesgo”. Por ejemplo, más hombres del grupo de alto riesgo hablaron de sus experiencias con la homofobia en la niñez, manifestadas en el abuso verbal (73 versus 62 por ciento), abuso físico (31 vs. 15 por ciento) y sentimientos que su homosexualidad ofendía y avergonzaba a sus familiares (79 vs. 68 por ciento). Asimismo, el grupo de alto riesgo informó haber tenido más experiencias con la homofobia en su vida adulta, manifestados en insultos verbales (67 vs. 45 por ciento), agresiones físicas (16 vs. 7 por ciento) y acoso policial (34 vs. 17 por ciento). Los hombres del grupo de alto riesgo también informaron haber tenido más experiencias con el racismo tanto en la infancia como en la vida adulta. Sin embargo, tal vez porque se trata de una muestra mayormente compuesta de inmigrantes (73 por ciento), las diferencias entre los grupos de riesgo fueron más fuertes por el racismo experimentado en la vida adulta, tales como haber recibido maltratos y groserías (49 vs. 32 por ciento) y acoso policial (34 vs. 19 por ciento) debidos a su raza, etnia o color de la piel. Los hombres en el grupo de alto riesgo también fueron considerados más como objetos sexuales por motivo de su raza (75 vs. 58 por ciento), un hallazgo que amerita un estudio más serio en el campo de la prevención del VIH. Todas estas diferencias de grupos son importantes, estadísticamente hablando.

Cuadro 2: Relación entre la Opresión y el Riesgo Sexual

Porcentaje de personas que respondieron afirmativamente, por grupo de riesgo

Homofobia, Como Joven:

| | | |
|---|-----|-----|
| Abuso verbal por ser homosexual | 62% | 73% |
| Abuso físico por ser homosexual | 15% | 31% |
| Sintió que la homosexualidad hería o abochornaba a su familia | 68% | 79% |

Homofobia, Como Adulto:

| | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Abuso verbal por ser homosexual | 45% | 67% |
| Abuso físico por ser homosexual | 7% | 16% |
| Acoso policial por ser homosexual | 17% | 34% |

Racismo, Como Adulto:

| | | |
|--|-----|-----|
| Tratado rudamente por su identidad étnica | 32% | 49% |
| Acosado por la policía por su identidad étnica | 19% | 34% |
| Objectificado por su identidad étnica | 58% | 75% |

Pobreza:

| | | |
|---|-----|-----|
| Durante el último año, careció de dinero para las necesidades básicas | 39% | 54% |
| Durante el último año, tuvo que hacer préstamos para sobrevivir* | 27% | 32% |
| Durante el último año, tuvo que buscar empleo | 19% | 29% |

*La diferencia es estadísticamente insignificante

■ Grupo de bajo riesgo ■ Grupo de alto riesgo

Para poder estudiar la relación que existe entre la pobreza y el riesgo sexual, analizamos las experiencias relacionadas a las penurias económicas en los últimos 12 meses. Con la intención de evaluar la “penuria” con mayor exactitud, para este estudio analizamos la frecuencia de los siguientes casos que se dieran con una frecuencia mayor a dos veces en los últimos doce meses: quedarse sin dinero para comprar víveres y(o) para pagar el alquiler; tener que pedir dinero prestado para las necesidades básicas; y tener que buscar trabajo. Nuevamente, como se había supuesto, los hombres en el grupo de alto riesgo revelaron más casos de penurias económicas que se manifestaban en la forma de quedarse sin dinero para cubrir las necesidades básicas (54 vs. 39 por ciento) y tener que buscar trabajo (29 vs. 19 por ciento) en más de dos ocasiones en el pasado año. Este ha-

llazgo fue estadísticamente importante. Aunque los hombres del grupo de alto riesgo indicaron que, durante el año pasado, habían pedido prestado dinero a los amigos o a los parientes para sus necesidades básicas con mayor frecuencia que los hombres de bajo riesgo (32 vs. 27 por ciento), esta última diferencia no fue estadísticamente importante.

Estos hallazgos documentan una relación inequívoca entre las experiencias de discriminación social y el riesgo sexual entre los homosexuales latinos. Sobre todo, los hallazgos sugieren que la opresión no es algo del pasado, sino más bien que la pobreza, el racismo y la homofobia se viven en el presente inmediato, como lo demuestran nuestros datos en lo que atañe a la discriminación en la edad adulta. Las experiencias sufridas por motivos del racismo, el clasismo y la homofobia influyen y determinan los actos y los riesgos sexuales en las vidas de los homosexuales latinos.

Cómo explicar la relación que existe entre la opresión y los riesgos sexuales

La correlación que existe entre el riesgo sexual y las experiencias de discriminación social, aunque sumamente importante, no nos cuenta toda la historia. Como lo sugirieron Farmer y Krieger,^{xix} hay una necesidad crucial por comprender los mecanismos—el “cómo y el porqué”—a través de los cuales las experiencias de discriminación y opresión influyen sobre factores de salud individuales—en nuestro caso, el riesgo de transmisión del VIH. Los datos cuantitativos y cualitativos aportados por el estudio de Nuestras voces cuentan con una profusión de información que podría servir para explicar la relación que existe entre la opresión y el riesgo de contraer el VIH. Hemos comenzado a estudiar esos mecanismos a través de análisis de las narraciones aportadas por los grupos focales, así como también por medio de varios análisis estadísticos de nuestros datos cuantitativos de la encuesta, entre ellos regresión múltiple y logística al igual que métodos para el análisis de caminos. Estos métodos estadísticos nos permite explorar la posible relación causal que existe entre la opresión social y el riesgo de transmisión del VIH.

Nuestros hallazgos hasta el día de hoy nos sugieren que, para poder comprender la relación que existe entre la opresión y los comportamientos sexuales de riesgo, tenemos que entender dos tipos de variables que median o intervienen. Primero, tenemos que comprender el impacto psicosocial de la opresión, es decir, el impacto de la opresión en las relaciones sociales o interpersonales de un individuo, así como también en su salud psicológica y bienestar. Segundo, es preciso que comprendamos el papel que desempeña la opresión en la creación de contextos específicos de riesgo sexual—situaciones en las cuales es difícil lograr que se tengan relaciones sexuales de menor riesgo, o bien contextos que compiten con la ejecución de las intenciones por tener relaciones sexuales menos riesgosas. A continuación, ampliamos basándonos en dos ejemplos tomados de nuestros datos cualitativos.

EJEMPLO 1: HOMOFOBIA Y UTILIZACIÓN DE DROGAS

Muchos hombres han sufrido a causa de la homofobia desde muy temprana edad, ya sea por medio de mensajes crueles, explícitos o implícitos, que definen a la homosexualidad como algo sórdido, pecaminoso y vergonzoso. Estos mensajes se escuchan diariamente en el seno de las familias, los colegios, los patios de recreo, las iglesias y en los medios de comunicación. Desafortunadamente, estos mensajes no desaparecen al asumir abiertamente la homosexualidad, o al emigrar a otro país, o al mudarse a otra ciudad más hospitalaria donde conviven comunidades de homosexuales. Ante la ausencia de un auténtico proceso transformativo de liberación, fundamentado en experiencias reales de respeto y aceptación por parte de la sociedad y del mismo homosexual, los mensajes homofóbicos tienen la tendencia a permanecer en niveles muy profundos del inconsciente creando un sentimiento de ansiedad, culpa, inquietud y conflicto a causa de la atracción por personas del mismo sexo:

...también te crían diciéndote que por el hecho de ser homosexual te van a castigar. Se trata de algo sórdido. Y me imagino que por habértelo restregado desde que eras un niño se te queda allá metido en el fondo del cerebro, que no importa lo que pase terminarán castigándote.

No es sorpresa entonces que muchos de estos hombres traten de hallar consuelo y alivio de esos recuerdos dolorosos (ya transformado en el interior en voces recónditas y en emociones profundamente sentidas) con la ayuda de sustancias alucinógenas:

Consumía drogas para en cierta forma escaparme del mundo porque no sabía cómo vivir. No sabía cómo comportarme de una forma sensata en una confrontación. No sabía quién era.... Ya sabes, por el hecho de ser homosexual nadie me apoyaba en nada. De modo que tenía como miedo y me la pasaba huyendo de un lado para el otro, y las drogas me servían como para en cierta forma no enloquecerme. Me mantenían—me servían para protegerme como si fueran una especie de cobertor.

En las palabras de otro participante:

Muchos homosexuales tienen que vivir en una lucha constante, sabes, salir del armario, asumir tu vida y tu destino. Tienes que pasar por...yo tuve que pasar por un largo proceso de odiarme a mí mismo y luego sentirme feliz con quien yo era, y eso por un tiempo muy largo hasta que por fin fui capaz de abandonarlo todo, fue muy tenaz. Y es por esa razón que digo que muchas de las drogas en el mundo de los homosexuales tienen que ver con todo eso, salir del armario y tener que aguantarte todo ese sufrimiento, perder a tu familia, perder a tus amigos. Y para remate tener que vértelas con el SIDA. Y por supuesto, entonces ¿quién se libra de ir en busca de una botella de ron o de un pase de coca?

Las drogas se utilizan para poder lidiar no solamente con los mensajes homofóbicos sino también con la ira y la frustración que producen la pobreza, el racismo y muchas otras formas de discriminación y abuso social. El aspecto más sorprendente de nuestros datos fue la forma en que los hombres se referían a las drogas y al alcohol como ayudas, consuelos e instrumentos para poder sobrevivir. Muchos veían a las sustancias químicas como la única alternativa con la que contaban para lograr algún alivio de las situaciones sociales adversas y exigentes, así como también de los sentimientos de vergüenza y ansiedad personal en situaciones sexuales con personas del mismo sexo. Así, no fue

ninguna sorpresa que los hombres utilizaran drogas o licor para poder enfrentar la vergüenza sexual que sentían:

Lo hacemos [sexo con otros hombres] porque nos gusta, aunque también nos queda este tremendo complejo de culpa después de haberlo hecho. Es algo así como que lo haces, te sientes culpable y luego no lo vuelves a hacer por un tiempo, y entonces lo vuelves a hacer, y te vuelves a sentir culpable otra vez... He visto a muchos hombres emborracharse o drogarse para poder tener relaciones sexuales, porque no pueden decir—muchos latinos no se atreven a decir—”Quiero acostarme porque me gusta tener sexo con otro hombre”. Entonces lo hacen y la excusa es “bueno, tú sabes, es que estoy algo borracho, estoy medio encocado”.

Algunos de los mejores mecanismos de predicción de las relaciones sexuales de alto riesgo (sexo anal sin protección con compañeros que no son monógamos) son la frecuencia en el exceso de las bebidas alcohólicas, uso reciente de drogas y participación en situaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y(o) de las drogas.

Esto es verdad tanto en los datos cuantitativos como en los cualitativos (es decir, los grupos focales y las encuestas).

Volviendo a nuestra pregunta fundamental con respecto a la relación que existe entre la opresión y el comportamiento con riesgos del VIH, observamos que hay un diseño evidente—un mecanismo explicativo—con respecto al uso de drogas y alcohol. Las experiencias con la homofobia no solamente tienen un efecto desolador en el amor propio y bienestar psicológico de los hombres. También fomentan las estrategias de adaptación y escape por medio del uso de las drogas y el licor. Este patrón de conducta de uso de drogas y alcohol como estrategia de adaptación—basado no en la patología personal sino más bien en la experiencia de opresión social— es muy probable que vuelva a repetirse en situaciones sexuales que provocan incomodidad y ansiedad. La opresión social en forma de homofobia puede ser vista como directamente responsable de fomentar uno de los contextos más difíciles para la práctica de las relaciones sexuales de bajo riesgo—sexo bajo la influencia de las drogas y el licor.

EJEMPLO 2: POBREZA, DESESPERANZA Y CICLOS INTERRUMPIDOS DE ABSTINENCIA SEXUAL

A medida que la epidemia del SIDA se afianza cada vez más en la realidad de la pobreza urbana, paulatinamente se percibe cada vez menos como un factor que pueda manejarse o controlarse. La transmisión del VIH, ahora convertida en parte integral del panorama diario de la pobreza en los barrios céntricos de las grandes ciudades, se percibe como aún otro factor que no puede ser controlado en la vida de los hombres. El VIH se reviste del mismo sentido de inevitabilidad que tienen otros factores en el panorama de sus vidas—el desempleo, la falta de un hogar, la violencia, el acoso policial, la falta de acceso a servicios médicos y las múltiples formas de penurias económicas y sociales. Así como lo sugiere uno de los entrevistados citados anteriormente, aquellos hombres que viven paupérrimamente, como en el caso del sur del Bronx, tienen un profundo “sentido de estar condenados a muerte”, una sensación que su mundo “se va a acabar” en cualquier momento, porque se trata de un mundo que está en contra del libre albedrío y del dominio personal.

Siempre nos ha sorprendido el alto lugar que ocupan en nuestras muestras los homosexuales latinos cuando se clasifican en las listas de “riesgo percibido” del VIH. Estos altos puntajes revelan no solamente una alta percepción de riesgo personal, sino también que muchos latinos homosexuales se ven a sí mismos como impotentes ante la posibilidad de controlar las situaciones de riesgo. En situaciones sexuales, muchos hombres traen consigo un sentido de desesperanza, inevitabilidad y fatalismo en lo que concierne a la infección con el VIH—no solamente manifestada como una creencia sobre la facultad personal con que se cuenta para evitar la infección con el VIH, sino más bien un reflejo de las represiones contextuales o generalizadas. Si muchos de estos hombres pueden controlar tan poco en sus mundos, ¿por qué habrían de poder controlar el VIH?

Y te cansas de huir de él y cuando haces algo en la práctica, en la práctica de las relaciones sexuales sin riesgos, incluso entonces tienes miedo. Tengo miedo. No se puede evitar, ¿sabes cómo es? Primero que todo: me muerdo mucho los labios. Segundo: las cutículas las tengo muy resacas. ¿Sabes cómo es? Cuando estás retozando con alguien, me entra el miedo, macho. Incluso si le estoy haciendo la paja a alguien, como cuando se me viene en la mano. Y es que yo hago muchas cosas con las manos y me las corto, entonces me entra el miedo. Y entonces te pones a pensar: “Mierda, se me olvidaba que hoy me había cortado”. Y comienzas a buscarte la cortada. Creo que esta enfermedad es inevitable...

Tengo miedo. No se puede evitar, ¿sabes cómo es? Creo que esta enfermedad es inevitable...

Muchos de los hombres reaccionan ante sus temores y esa sensación de fatalidad practicando la abstinencia sexual.

Cuando mencionó el condón, me sirvió para recordarme lo que anda por ahí fuera, de modo que prefiero la abstinencia. Llegué a ese punto porque lo que anda por ahí me afectó, de modo que ahora no me excitan las cosas sexuales.

Pero la abstinencia sexual, como se puede preveer en aquellos hombres que revelan poseer fuertes intereses y deseos sexuales, es una estrategia sexual sin peligros frágil y efímera:

De verdad que es alarmante, porque cuando he tenido sexo sin protección muchas veces ha sido cuando me he abstenido de tenerlo. Porque todo se mueve en ciclos, en un determinado momento tengo mucho miedo y no hago nada y entonces, de pronto, “paf”, la persona que esperabas aparece por allí, ésa que te atrae y te seduce y el momento es el indicado. Toda la abstinencia que habías acumulado se evapora. Eso es todo. Y entonces te decides a hacerlo y después te sientes como diciendo, “caramba, una recaída, volví a caer... Está bien, ¿y entonces ahora qué hago?” Después viene el miedo y entonces te vas corriendo a hacerte la prueba y tienes que pasar por la misma cosa, una y otra vez...

Factores de resistencia y fortaleza

La mayoría de las investigaciones sobre la prevención del SIDA están orientadas hacia los problemas y enfocadas en los déficits. Es decir, recalcan la vulnerabilidad individual ante el VIH e implican que existe algo débil, malo o ausente en las facultades con que cuenta el individuo para protegerse de la infección. Los factores protectores o los factores que refuerzan o fortalecen la resistencia psicológica y emocional contra la infección del VIH raras veces reciben la atención que merecen.

En nuestras charlas con los miembros del Grupo Nacional de Asesoría Comunitaria de nuestro estudio así como con otros miembros de la comunidad, nos instaron a que tomáramos en cuenta tales factores en nuestro estudio. La inclusión en la encuesta de una escala de resistencia tenía como objetivo exponer la resistencia que han demostrado los homosexuales latinos a lo largo y ancho del país, incluso cuando han tenido que confrontar situaciones socioeconómicas y personales bastante adversas. Nuestras conversaciones con homosexuales latinos en Los Ángeles, Nueva York y Miami estuvieron marcadas por las anécdotas personales llenas de valor, fortaleza, suficiencia y resistencia. La discriminación social no les sucedía a ciertos individuos por azar. Los individuos encontraron la forma de adaptarse a las circunstancias de sus vidas, de atravesar por las complejidades de los múltiples, siempre cambiantes y algunas veces competitivos sistemas de valores de las variadas situaciones sociales en las que se encontraban, y de descubrir nuevas formas para poder sobrevivir y(o) seguir su camino.

La escala de resistencia que se ha incluido en este sondeo se basó en las conversaciones que tuvimos tanto con miembros de la comunidad como con los proveedores de servicios sobre los factores que ellos pensaban servían para protegerse de la infección del VIH. Dichos factores pueden dividirse en cinco categorías: “destape” con la familia y compañeros (por ej., “¿Le has contado a tu madre o tutora que eres homosexual/bisexual?”), aceptación por parte de la familia (por ej., “¿Hay alguien en tu familia cercana con quien puedas hablar sin tapujos sobre tu homosexualidad/bisexualidad?”), satisfacción con la vida (por ej., “¿Te sientes satisfecho con tu vida sexual?”), relaciones sociales con el grupo encuestado (por ej., “¿participas en algún tipo de organización de

latinos homosexuales?”), y presencia de un modelo ejemplar homosexual en los años formativos (por ej., “En tus años de adolescencia, ¿tenías algún amigo o pariente mayor homosexual a quien admirabas o que te servía de modelo ejemplar?”).

Nos damos cuenta que la resistencia en los homosexuales latinos en sí misma puede servir de tema para muchos proyectos investigativos. Aunque gravemente limitada en su alcance, la escala de resistencia de la encuesta es un comienzo y brinda un vistazo revelador sobre el papel que estos factores determinados desempeñan en moderar el impacto de la discriminación social, reduciendo con ello el riesgo de la transmisión del VIH.

Cuadro 3: Factores de Resistencia

Porcentaje de personas que respondieron afirmativamente, por grupo de riesgo

“Apertura”:

| | |
|---|-----|
| Le ha dicho a su madre que es gay/bisexual | 57% |
| Le ha dicho a su padre que es gay/bisexual | 36% |
| Se siente aceptado por su madre | 65% |
| Se siente aceptado por su padre | 41% |
| Es ‘abiertamente gay’ con sus compañeros de trabajo y amigos en general | 41% |
| Puede hablar abiertamente por lo menos con uno de sus familiares | 73% |

Satisfacción General:

| | |
|---|-----|
| Vida sexual satisfactoria | 86% |
| Relaciones románticas / amorosas satisfactorias | 64% |
| Participa en grupos gay latinos | 33% |

Haber contado con familiares cercanos que estuvieran enterados de su homosexualidad y asegurar que contaban con apoyo para su identidad de homosexuales fue importante para muchos de los hombres que entrevistamos. En general, lo más probable fuera que los hombres les contaran a sus madres sobre su sexualidad que a sus padres. Más de la mitad (el 57 por ciento) de los participantes revelaron que les habían contado a sus madres que eran homosexuales o bisexuales. Solamente el 36 por ciento informó que se lo habían contado a sus padres. Sesenta y cinco por ciento de la muestra reveló que habían sido aceptados por sus madres como homosexuales o bisexuales; el 41 por ciento informó que se sentían aceptados por sus padres. Aunque solamente el 41 por ciento de los latinos homosexuales han asumido su homosexualidad ante sus compañeros de trabajo o amigos, el 73 por ciento dijo que podían hablar abiertamente sobre su sexualidad con por lo menos uno de sus familiares cercanos.

Los homosexuales y bisexuales latinos entrevistados revelaron que se sentían satisfechos con sus vidas por lo general. Ochenta y seis por ciento de ellos informaron que tenían

vidas sexuales satisfactorias. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre sus relaciones sentimentales o con amantes el porcentaje se redujo en más de un 20 por ciento: el 64 por ciento reveló que se sentían satisfechos con sus relaciones sentimentales. Una tercera parte (el 33 por ciento) de los participantes informó que participaban en un grupo homosexual latino. Este porcentaje es inferior en Miami, con sólo un 25 por ciento de los participantes afiliados a grupos homosexuales latinos (Cuadro 3.)

Al especular sobre el papel que desempeña la resistencia en la reducción del riesgo de contraer el VIH, dimos por sentado que los participantes que habían revelado conductas sexuales de alto riesgo tendrían menores puntajes en la escala de resistencia que los participantes que habían revelado conductas sexuales menos riesgosas. Sin embargo, en nuestro análisis nos dimos cuenta que los factores de resistencia en sí mismos no influyen directamente sobre los riesgos que se tomen en los comportamientos sexuales. Sin embargo, la resistencia sí influyó en los factores “reconciliadores” tales como el amor propio, el nivel reportado de angustia psicológica, aislamiento social, uso de drogas y alcohol y la probabilidad de participación en situaciones de alto riesgo. Entre más resistente sea el participante (de acuerdo a las definiciones aportadas por los temas de la encuesta descritos anteriormente), mayor su amor propio, menor su angustia psicológica, menor su uso reportado de drogas y alcohol, menor su aislamiento social y menor probabilidad de encontrarse en situaciones de alto riesgo que podrían conducir a conductas sexuales de riesgo. Por otra parte, la influencia que la resistencia tiene sobre estos factores conciliadores compensa la influencia que la discriminación social tiene sobre los mismos factores. La discriminación social resulta en poco amor propio, mayor angustia psicológica, etc. Los factores de resistencia, por otro lado, están relacionados al incremento del amor propio y mitigan el aislamiento social, mecanismos de predicción tan importantes, el uno como el otro, de los riesgos sexuales.

También hubo otra observación interesante relacionada a los factores de resistencia y a la frecuencia seropositiva. En general, se estableció que la frecuencia seropositiva era alta en esta muestra de homosexuales latinos, el 22 por ciento. Sin embargo, la frecuencia seropositiva varía de ciudad en ciudad, del siete por ciento en Miami al 17 por ciento en Los Ángeles al 34 por ciento en la ciudad de Nueva York. Cuando se hicieron las comparaciones de las ciudades, la frecuencia seropositiva tuvo una correlación negativa con la aceptación por parte de las familias, la homosexualidad sin tapujos y la satisfacción reportada con las relaciones sentimentales. En otras palabras, las ciudades con mayores cifras de individuos seropositivos por lo general reportaron niveles más bajos en aceptación por parte de las familias, de la homosexualidad sin tapujos y en satisfacción con las relaciones sentimentales. Por otro lado, los participantes en las ciudades con índices más altos de frecuencia seropositiva eran más probable que también estuvieran comprometidos en movimientos pro defensa de los derechos homosexuales, latinos y(o) afiliados a grupos homosexuales latinos.

El impacto de la estigmatización del SIDA y del VIH en las vidas de los homosexuales latinos

El alcance del impacto (físico, psicológico y social) ejercido por la epidemia del SIDA nunca podrá ser medido a cabalidad. Sin embargo, es fundamental que documentemos lo mejor que podamos las formas en que han sido modificadas, y continúan modificándose, nuestras vidas como consecuencia de esta enfermedad así como nuestras reacciones ante ella.

Los homosexuales latinos que participaron en nuestro estudio hablaron con determinación sobre el impacto que ha tenido el SIDA en sus vidas. Su capacidad para confiar en las otras personas, su capacidad para hallar y disfrutar de las relaciones sexuales, y su capacidad para hallar y disfrutar relaciones sentimentales y amorosas han cambiado todas debido a la epidemia del SIDA. Los participantes expresaron sentirse muy angustiados por su salud física y preocupados cuando se encontraban algo malo en sus cuerpos que podría ser diagnosticado como el SIDA.

La mayoría de los participantes (el 78 por ciento) reveló que la epidemia del SIDA había hecho más difícil confiar en los otros. Cuando comparamos las respuestas de los seropositivos encuestados con los individuos seronegativos, nos dimos cuenta que era más probable que los seronegativos reportaran serle difícil confiar en otros que los seropositivos (el 86 por ciento vs. el 67 por ciento respectivamente).

Gran parte de los participantes seropositivos (66 por ciento) y de los seronegativos (70 por ciento) revelaron que la epidemia del SIDA les hizo más difícil disfrutar de las relaciones sexuales. La mitad de los hombres (el 51 por ciento) informó que la epidemia del SIDA les había hecho más difícil encontrar amantes. Más seropositivos (el 56 por ciento) se les hacía difícil encontrar amantes que los seronegativos (el 45 por ciento). Era más probable que los seropositivos se preocuparan porque cada vez que estaban mal de salud les diagnosticaran el SIDA.

Uno de los hallazgos más impresionantes y sorprendentes de nuestro estudio fue la fre-

En las conversaciones de los grupos focales, los participantes hablaron de los individuos seropositivos utilizando términos profundamente negativos.

cuencia del estigma con que se mira el VIH en todas las tres ciudades. En las conversaciones de los grupos focales, los participantes hablaron de los individuos seropositivos utilizando términos profundamente negativos. Los individuos seropositivos eran considerados de riesgo, indignos de confianza, promiscuos y exclusivamente responsables de su infección y de la propagación del SIDA. Estas conversaciones se llevaron a cabo en presencia de individuos seropositivos quienes ocultaron su condición de seropositivos ante el grupo por miedo a que los estigmatizaran.

Huelga decir que evaluar las actitudes y opiniones negativas sobre los individuos seropositivos se convirtió en uno de los objetivos más importantes de la encuesta más amplia. Se les hicieron siete preguntas, pidiendo su opinión sobre los individuos seropositivos, a todos los participantes seronegativos en la encuesta. Casi la mitad (el 49 por ciento) reveló que los seropositivos tenían la culpa de la propagación del SIDA. El ochenta y cuatro por ciento dijeron que tener una relación sexual con un seropositivo era peligroso. Casi el 20 por ciento piensa que no se puede confiar en los seropositivos, y casi la mitad piensa que los individuos seropositivos son más promiscuos sexualmente.

Cuando analizamos las actitudes negativas reportadas en cada ciudad nos dimos cuenta que el estigma que lleva el VIH era más bajo en Nueva York (la ciudad con la mayor frecuencia seropositiva) y el más alto en Miami (la ciudad con la menor frecuencia seropositiva). Este hallazgo indica que el estigma del VIH tiene la tendencia a ser mayor en situaciones cuando en realidad hay menos oportunidades para establecer contacto e interacción con individuos seropositivos. Como es el caso con muchos tipos de prejuicio social, el incremento en el conocimiento de individuos seropositivos está relacionado con una reducción en el estigma que lleva el VIH. Sin embargo, como se describe más adelante, los individuos seropositivos reportaron altos niveles de discriminación, incluso en ciudades como Nueva York, donde los seronegativos informaron tener actitudes más tolerantes y liberales con las personas infectadas.

Además de pedirles a los seronegativos que compartieran sus opiniones sobre los seropositivos, les preguntamos a los seropositivos si alguna vez habían sido discriminados socialmente debido a su condición de seropositivos. Casi la mitad (el 46 por ciento) de todos los participantes seropositivos revelaron haber sido tratados injustamente debido a su condición de seropositivos. El cuarenta y cinco por ciento creía que tenían que ocultar su condición para poder ser aceptados por sus familiares y amigos. La mayoría de los seropositivos (el 82 por ciento) pensaban que sus compañeros sexuales podrían rechazarles si se enteraban que eran seropositivos. Cuando analizamos estas tendencias de ciudad en ciudad entre los participantes seropositivos, se reportó con mayor frecuencia los tratamientos injustos y las percepciones de posibles rechazos en Nueva York y menos frecuentemente en Miami. Estos hallazgos tienen ramificaciones sumamente profundas para nuestros esfuerzos preventivos orientados a los homosexuales latinos, tanto seropositivos como seronegativos.

Pareciera que el estigma del VIH tuviera una función social específica para muchos homosexuales latinos seronegativos: les permite a ciertos homosexuales latinos seronegativos diferenciarse del resto de los homosexuales. En las conversaciones de los grupos focales algunos hombres fueron bastante francos diciendo que no querían mezclarse con “esos individuos seropositivos que deberían saber cómo es la cosa”. El estigma del VIH permite establecer una perspectiva maniquea de la comunidad homosexual: los “homo-

sexuales buenos” y los “homosexuales malos”. Este fenómeno surge como consecuencia de la homofobia social y es un típico residuo de las dinámicas específicas entre grupos que se crean para todas aquellas agrupaciones que han sido marginalizadas socialmente y estigmatizadas culturalmente. Peter Stallybras y Allon White denominan a este proceso “envilecimiento desplazado”.^{xx}

Desarrollo de la prevención del VIH

UNA GUÍA PARA UNA NUEVA GENERACIÓN DE INTERVENCIONES

Comenzamos con las palabras alentadoras de Paul Farmer, llamando la atención sobre el papel que desempeñan las fuerzas sociales en la producción de riesgos para la salud de individuos cuyas vidas han sido profundamente afectadas por la opresión y las desigualdades sociales. Luego proporcionamos las pruebas científicas justificativas a través de una presentación minuciosa de los hallazgos en los estudios de latinos homosexuales. En efecto, nuestros hallazgos demuestran que existe un vínculo estadísticamente importante entre las experiencias de discriminación social y el riesgo de infectarse con el VIH, una relación que típicamente se pasa por alto en las investigaciones sobre la prevención pero que por mucho tiempo ha sido reconocida por las personas que trabajan al frente de los servicios preventivos comunitarios.

Ahora debemos estudiar el hecho que nuestros hallazgos tienen implicaciones profundas para la próxima generación de propuestas preventivas del VIH para los latinos homosexuales así como también para otros homosexuales de color y para todos aquellos que son víctimas de la opresión y de la discriminación social. Los hallazgos exigen sobre todo un cambio radical en nuestra manera de pensar sobre lo que consiste el riesgo de contraer el VIH y de la forma en que elaboramos las estrategias de intervención del VIH. Primero que todo debemos reconocer que el riesgo de contraer el VIH no es simplemente un factor que pertenece al fuero interno del individuo o que le pertenece a ciertos individuos. En otras palabras, el VIH no se transmite simplemente porque existen individuos de riesgo que se comportan peligrosamente, debido a sus defectos personales e individuales en lo que concierne a la moral, el entendimiento o a las experiencias del comportamiento. Más bien nuestros hallazgos exigen la formulación de un concepto sobre los “riesgos para la salud” como una característica de contextos generados socialmente. Se trata de contextos sociales de riesgo en los cuales los individuos pierden la facultad de poner en práctica sus propósitos preventivos, o cuando las costumbres de riesgo son quizá la única

Nuestros hallazgos demuestran que existe un vínculo estadísticamente importante entre las experiencias de discriminación social y el riesgo de infectarse con el VIH...

estrategia de supervivencia viable y adaptable. Si bien los valores, entendimientos, emociones y experiencias del individuo se convierten en efecto en parte integral de los contextos sociales en los que participan, el riesgo resulta de esa participación social y contextual y no sencillamente de un rasgo personal que los individuos traen consigo y que ponen en práctica en todas las situaciones y circunstancias.

Entre los factores contextuales se encuentran, entre otros, la gama y el tipo de lugares sexuales de reunión disponibles para los homosexuales, las reglas de comportamiento y las normas sociales que caracterizan a estos puntos de reunión y el lugar social que un individuo ocupa en lo que se refiere al poder y los recursos en esos contextos específicos. El asunto es que los programas preventivos del VIH no pueden simplemente tener como objetivo los comportamientos individuales que se asocian al riesgo de contraer el VIH (por ej., el uso del condón, la presunta vulnerabilidad al VIH, las evaluaciones personales sobre riesgos, destrezas comunicativas, intención/motivación, amor propio, autosuficiencia, etc.).

Es de suma importancia que los programas preventivos del VIH tengan en su mira esos contextos de riesgo sexuales—desde aquellos contextos que relacionan las relaciones sexuales a las drogas hasta los contextos que fomentan rachas de abstinencia efímeras e imposibles de sostener—que están directamente influenciados por los factores de opresión y discriminación. La labor preventiva debería ayudar a que los hombres: a) comprendan las fuerzas sociales que generan los contextos de riesgo; b) analicen críticamente cómo y por qué estos contextos afectan la facultad que tienen de protegerse a sí mismos en contra de la infección del VIH; y c) reaccionen estratégicamente en formas que traerán como consecuencia la salud y el bienestar en vez del riesgo y la enfermedad.

La labor requiere que los trabajadores encargados de la prevención del VIH intervengan tanto en las normas de interacción como en las estrategias que ayudan a los individuos a “navegar” dentro del marco social y las instituciones así como entre ellos, reconociendo que los comportamientos de riesgo algunas veces pueden surgir como tentativas auténticas de salir adelante y dominar, más o menos con buen éxito, circunstancias institucionales sumamente agitadas y discriminatorias. El foco de tales intervenciones sería en comprender, enseñar explícitamente e influenciar positivamente las “normas” que rigen la interacción social en un marco social determinado e influenciar las “estrategias” utilizadas por los individuos en esos marcos para negociar el intercambio social. Tales intervenciones reconocerían que los individuos no sólo están influenciados por sus situaciones sociales sino que también pueden influenciar, y en efecto lo hacen, tales situaciones (Harwood y Weissberg, 1992). La labor de prevención también debería tener como objetivo directo tales factores ajenos a los individuos que directamente afectan a la facultad de protegerse a sí mismos.

Colaborar con los propietarios y clientes de los clubes de sexo, bares y baños turcos para influenciar positivamente las normas sociales que fomentan el altruismo y un sentido más arraigado de lo que es la responsabilidad comunitaria es una de las posibles alternativas de intervención. Luchar porque se despenalice el trabajo sexual, organizar a los prostitutas y facilitarles el acceso a servicios médi-

Debemos reconocer que el riesgo de contraer el VIH no es simplemente un factor que pertenece al fuero interno del individuo o que le pertenece a ciertos individuos.

El apoyar una mayor aceptación familiar y fomentar la presencia de personas abiertamente gay como ejemplos positivos para jóvenes gay podrían mejorar los esfuerzos para prevenir el VIH a largo plazo.

cos e instrucción es otra más. El lanzamiento de programas de mercadeo social que estén concebidos para denunciar la relación que existe entre la homofobia, el racismo, la pobreza y el peligro de contraer el VIH como una forma de modificar los discursos individualistas sobre la epidemia del SIDA pondría en tela de juicio directa y productivamente los factores sociales opresivos que fomentan los contextos de riesgo.

Este sistema no solamente le restituye al contexto social su función de punto de intervención decisivo sino que también legitima la acción social como una estrategia factible en la prevención del VIH. Si la impotencia e inequidad social generan distribuciones diagramadas del VIH/SIDA en la población, nosotros, como trabajadores encargados de la prevención del VIH, tenemos que comprometernos a luchar por un cambio social. Se necesitan reformas a los planes de acción y luchar por los derechos de las personas socialmente marginadas o privadas de sus derechos civiles para garantizar una distribución más equitativa del poder y de los recursos. Por consiguiente, la prevención del VIH debe incluir estrategias para combatir el racismo, la pobreza, el machismo, la homofobia y el estigma del SIDA, no solamente con la fe, sino también con la seguridad científica que la reducción de su impacto en los individuos traerá como consecuencia una disminución sensacional en la incidencia del VIH. Particularmente, el apoyar una mayor aceptación familiar y fomentar la presencia de personas abiertamente gay como ejemplos positivos para jóvenes gay podrían mejorar los esfuerzos para prevenir el VIH a largo plazo. La correlación positiva entre la presencia de hombres gay que sirvan de ejemplos positivos entre jóvenes y la resistencia al VIH tiene grandes implicaciones, no solo para reglamentos educacionales, sino también para el cuidado de jóvenes gays sin familia, y para los Boy Scouts.

Si se concentran los esfuerzos, de una manera simplista, en el uso del condón, o en una vacuna que promete, o en el rápido acceso al tratamiento antiviral poco después de haber sido expuesto—mientras se hace caso omiso de las fuerzas sociales que restringen la facultad de los individuos para protegerse a sí mismos—equivaldría a solamente curar el síntoma. Sería tanto un trabajo de prevención insatisfactorio como un mal ejercicio de la medicina. Si queremos ser eficaces en nuestra lucha contra el SIDA y contra cualquiera otra tragedia en la salud pública de aquellas que se alimentan de la impotencia humana, los trabajadores encargados de la prevención del VIH así como los defensores de derechos también deberán convertirse en agentes de cambio sociocultural.

Si queremos ser eficaces en nuestra lucha contra el SIDA y contra cualquiera otra tragedia en la salud pública de aquellas que se alimentan de la impotencia humana, los trabajadores encargados de la prevención del VIH así como los defensores de derechos también deberán convertirse en agentes de cambio sociocultural.

Notas

- i Farmer, P. 1999 *Infecciones y desigualdades: las plagas modernas*. Berkeley, California: University of California Press.
- ii Krieger, N. 1999. "Comprensión de la desigualdad: análisis de conceptos, medidas y métodos utilizados para estudiar las consecuencias sanitarias de la discriminación." *International Journal of Health Services*. 29(2): 295-352.
- iii Center for Disease Control and Prevention, 1999. "Casos de VIH y SIDA reportados hasta diciembre de 1999." *HIV/AIDS Surveillance Report, edición de final de año*. 11(2).
- iv Fishbein, M., Bandura, A. y otros. 1991. "Factores que influyen en el comportamiento y en la modificación del comportamiento: informe final – taller de los teóricos." Manuscrito inédito. Instituto Nacional de la Salud Mental. (Énfasis añadido)
- v Coates, T. J., Faigle, M. y otros. 1995. *¿La prevención del VIH es de utilidad para los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres?* San Francisco: Oficina de Evaluación Tecnológica, Congreso de los Estados Unidos; Lemp, G. 1994, "Frecuencia seropositiva y comportamientos arriesgados en homosexuales y bisexuales jóvenes: la encuesta de jóvenes de San Francisco/Berkeley." *Journal of the American Medical Association*. 272:449-454; Osmond, D. H., Page, K. y Wiley, J. 1994 "La infección del VIH en los homosexuales y bisexuales entre los 18 y 29 años de edad – Estudio sobre la salud de los jóvenes en San Francisco." *American Journal of Public Health*. 84:1933-1937.
- vi CDC, 1999.
- vii *Ibíd.*
- viii (Díaz, 1998); en el estudio "Nuestras voces".

- ix Centers for Disease Control and Prevention. 1993. "Se informa sobre casos de VIH y SIDA en los EE.UU. hasta diciembre de 1992." *Informe sobre la vigilancia del VIH-SIDA, edición de fin de año. Volumen/número*
- x (Catania y otros, 2000).
- xi Díaz, R.M., Ayala, G y Bein, E. 1998. *Los homosexuales latinos y el VIH: cultura, sexualidad y conductas arriesgadas*. Nueva York, N.Y.: Routledge.
- xii Doll, L. S., Byers, R. H., y otros. 1991. "Hombres homosexuales que participan en conductas de alto riesgo: una comparación multicéntrica." *Enfermedades de transmisión sexual*, 18(3): 170-175; Fairbank, Bergman y Maulin, Inc. 1991. "Una encuesta sobre el conocimiento, actitudes y comportamientos sobre el SIDA en las comunidades masculinas homosexuales y bisexuales de los indígenas estadounidenses, filipinos y latinos." Manuscrito inédito. San Francisco, California: Secretaría de Salud Pública de San Francisco, Despacho del SIDA; Lemp, G. 1994. "Frecuencia seropositiva y conductas arriesgadas de homosexuales y bisexuales jóvenes: La encuesta de jóvenes de San Francisco-Berkeley." *Journal of the American Medical Association*. 272:449-454; NTFAP. 1993. *La encuesta de instrucción sobre el SIDA de 1991 en los estados sureños: un estudio sobre el conocimiento, las actitudes y la conducta de los afroestadounidenses, latinos y blancos, informe final*. San Francisco: National Task Force on AIDS Prevention; Richwald, G. A., Morisky, E. E. y otros. 1988. "Actos sexuales en los baños del condado de Los Ángeles: Sugerencias para la instrucción preventiva del SIDA." *The Journal of Sex Research*. 24(2):169-180.
- xiii Coates y otros, 1995.
- xiv Fairbank, Bergman y Maullin, 1991.
- xv Lemp y otros, 1993.
- xvi Díaz; estudio de Nuestras voces. Manuscrito inédito.
- xvii Farmer, 1999.
- xviii Krieger, 1999.
- xix Farmer, 1999; Krieger, 1999.
- xx Stallybrass, P. y White, A. 1986. *La política y la poética de la transgresión*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

Libros de consulta

Centers for Disease Control and Prevention. 1999. "Casos de VIH y SIDA en los EE.UU. reportados hasta diciembre de 1999." *HIV/AIDS Surveillance Report, edición de final de año*. 11(2).

Centers for Disease Control and Prevention. 1993. "Casos de VIH y SIDA en los EE.UU. reportados hasta diciembre de 1992." *HIV/AIDS Surveillance Report, edición de final de año*.

Coates, T. J., Faigle, M. y otros. 1995. *¿La prevención del VIH es de utilidad para los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres?* San Francisco: Oficina de Evaluación Tecnológica, Congreso de los Estados Unidos.

Díaz, R.M., Ayala, G y Bein, E. 1998. *Los homosexuales latinos y el VIH: cultura, sexualidad y conductas arriesgadas*. Nueva York, N.Y.: Routledge.

Díaz, R.M. Abril del 2000. "Discriminación social, angustia psicológica y riesgo del Vih: hallazgos del estudio del *National Latino Gay Men*." Ponencia en el Congreso del 2000 de la Asociación de Psicología del Occidente, Pórtland, Oregón.

Doll, L. S., Byers, R. H., y otros. 1991. "Hombres homosexuales que participan en conductas de alto riesgo: una comparación multicéntrica." *Enfermedades de transmisión sexual*, 18(3): 170-175.

Elías, M. 1987. "Fundación de programas preventivos duraderos: fomento del legado de Swapscott." *American Journal of Psychology*. (15)5.

Fairbank, Bergman, and Maullin, Inc. 1991. "Una encuesta sobre el conocimiento, actitudes y comportamientos sobre el SIDA en las comunidades de homosexuales y bisexuales indígenas estadounidenses, filipinos y latinos de San Francisco." Manuscrito inédito. San Francisco, California: Secretaría de Salud Pública de San Francisco, Despacho del SIDA.

- Farmer, P. 1999 *Infecciones y desigualdades: las plagas modernas*. Berkeley, California: University of California Press.
- Fishbein, M., Bandura, A. y otros. 1991. "Factores que influyen en el comportamiento y en la modificación del comportamiento: informe final—taller de los teóricos." Manuscrito inédito. Instituto Nacional de la Salud Mental. (Énfasis añadido)
- Harwood, R.L. y Weisberg, R.P. 1992. "Un marco conceptual para programas preventivos que respeten los contextos culturales: una perspectiva simbólica de interacción." *Journal of Primary Prevention*. 13(2).
- Krieger, N. 1999. "Comprensión de la desigualdad: análisis de conceptos, medidas y métodos utilizados para estudiar las consecuencias sanitarias de la discriminación." *International Journal of Health Services*. 29(2): 295-352.
- Lemp, G. 1994. "Frecuencia seropositiva y conductas arriesgadas de homosexuales y bisexuales jóvenes: La encuesta de jóvenes de San Francisco-Berkeley." *Journal of the American Medical Association*. 272:449-454.
- NTFAP. 1993. *La encuesta de instrucción sobre el SIDA de 1991 en los estados sureños: un estudio sobre el conocimiento, las actitudes y la conducta de los afroestadounidenses, latinos y blancos, informe final*. San Francisco: National Task Force on AIDS Prevention
- Osmond, D. H., Page, K. y Wiley, J. 1994 "La infección del VIH en los homosexuales y bisexuales entre los 18 y 29 años de edad—Estudio sobre la salud de los jóvenes en San Francisco." *American Journal of Public Health*. 84:1933-1937.
- Richwald, G. A., Morisky, E. E. y otros. 1988. "Actos sexuales en los baños del condado de Los Ángeles: Sugerencias para la instrucción preventiva del SIDA." *The Journal of Sex Research*. 24(2):169-180.
- Stallybrass, P. y White, A. 1986. *La política y la poética de la transgresión*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de los EE.UU. Enero del 2000. "El VIH/SIDA en minorías étnico-raciales de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres—los Estados Unidos, 1989-1998." Informe semanal sobre la morbilidad y la mortalidad. 49(1):4-11.
- Valleroy, L.A., MacKellar, D.A., Karon, J.M. y otros. 2000. "Frecuencia seropositiva y otros peligros afines en jóvenes que mantienen relaciones sexuales con otros hombres." *Journal of the American Medical Association*. 284:198-204.

Apéndice

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS Y RECLUTAMIENTO PARA EL ESTUDIO NUESTRAS VOCES

Entre octubre de 1998 y marzo de 1999, como parte de un estudio sobre hombres Latinos homosexuales hecho en varios sitios de los Estados Unidos (titulado Nuestras Voces/Our Voices; R. Díaz, Investigador Principal y G. Ayala, Director del Proyecto), se recolectó una muestra de probabilidad de 912 hombres homosexuales Latinos reclutados entre hombres que entraron a ciertos lugares de congregación social (bares, sitios de baile y eventos identificados como de interés para la comunidad Latina y gay) en las ciudades de Nueva York (n=309), Miami (n=302) y Los Angeles (n=301).

- 1) Una etnografía pequeña fue desarrollada en cada ciudad para determinar el universo de los espacios sociales definidos como Latinos y gay, especificando sus horas de funcionamiento durante toda la semana y calculando la cantidad de visitantes durante las horas de mayor concurrencia, el nivel de aculturación de los clientes, y el grupo cuya edad era la mas predominante;
- 2) En Nueva York y Miami, colocamos a una persona en cada lugar (un "contador") y les dimos instrucciones de que anotaran el número de personas que entraban al lugar durante intervalos de 15 minutos. En lo posible, los contadores le enseñaban a cada persona una lista de los lugares identificados en el universo investigativo que le correspondía a su ciudad y le preguntaban si era la primera vez en la cual visitaba uno de esos lugares durante esa semana. De esta manera, además de anotar el número concreto de personas que entraban a cada lugar durante intervalos de 15 minutos, los contadores también mantenían cuenta del número de personas que decían estar por primera vez esa semana en uno de los lugares. A horas diferentes durante cada noche, los contadores también tenían que calcular el número total de personas en el lugar. Basados en esta información, nosotros dividimos los horarios de funcionamiento de cada lugar en segmentos significativos de 4-5 horas que llamamos "unidades de recolección de muestras en cada bar " (bar sampling units o BSU, siglas en inglés).

- 3) De estos datos formulamos una medida de tamaño por cada BSU, multiplicando el número de visitantes por el promedio de las personas que declararon que era su primera noche afuera, dividido por el número total de las personas que fueron entrevistadas (es decir, el número personas a las que brevemente se les preguntó sobre su primera visita a alguno de los lugares durante esa semana). De esta manera, la medida del "tamaño" era nuestro cálculo del número de personas que visitaban alguno de los lugares por primera vez durante esa semana en el horario de funcionamiento del lugar.

(En Los Angeles, solo contamos un subconjunto de los BSUs pero hicimos un conteo total de visitantes en todos los lugares. Después utilizamos la información recolectada en las otras dos ciudades conjuntamente con el conteo total de cada lugar en Los Angeles para tener una aproximación del número de personas que visitaban los lugares por primera vez durante cada BSU, lo que nos dio la medida final del tamaño. Tengan en cuenta que para el propósito de recolección de muestras, esta aproximación fue lo suficientemente precisa puesto que nosotros utilizaríamos la misma medida de tamaño que fue parte de la probabilidad de selección en la determinación del peso final de cada BSU).

- 4) En cada ciudad todos los BSUs fueron organizados de tal manera que nos permitieran agrupar a los visitantes por edad y aculturación y distinguir entre los fines de semana y los días laborales. Este paso aseguró que la muestra recolectada estuviera balanceada en términos de edad, aculturación y días de la semana. Una muestra fue recolectada por cada ciudad basada en la medida de tamaño cuya definición está arriba.
- 5) Después asignamos un número de entrevistas por cada BSU. Tratamos de distribuir las 300 entrevistas de una manera uniformemente proporcional por cada BSU. Las excepciones fueron BSU's muy pequeños y eventos de baile demasiado grandes. En esos casos elaboramos una proporción de la muestra que consistía en el número estimado de visitantes dividido por nuestra selección. Tengan en cuenta que aunque utilizamos aproximaciones para determinar la probabilidad de selección del BSU y para la selección de individuos en cada BSU, el número actual de personas de cada lugar que mas tarde fueron reclutadas para el estudio dependía del número de personas elegibles que realmente entraron al bar durante el periodo de reclutamiento, el cual ocurrió varias semanas después de las sesiones de conteo.
- 6) Nosotros entonces desarrollamos una campaña publicitaria para anunciar el estudio y, sobretodo, para poder divulgar y explicar el procedimiento de selección al azar puesto que era algo confuso para hombres que usualmente están al tanto de anuncios que piden la participación de voluntarios en diversos estudios. La contraseña publicitaria: "Si eres seleccionado - ¿Responderás afirmativamente?" fue extremadamente útil para explicar el propósito de la selección al azar. Los afiches y las tarjetas de palma, en inglés y español, fueron distribuidas y colocadas extensamente en los lugares seleccionados.
- 7) Para evitar la probabilidad prejudicial de reclutar personas que frecuentan los bares, todo el reclutamiento y la selección final para el estudio fueron hechos durante un periodo de una semana por cada ciudad. Limitamos la participación de estos hombres solo a los que calificaban según cuatro criterios de inclusión: Identidad étnica

Latina, residencia en la ciudad, ser un hombre no-heterosexual, y haber ido a los bares por primera vez durante la semana en la cual se hizo el reclutamiento.

- 8) Subsecuentemente, a cada entrevista se le fue asignada un valor igual a la probabilidad de selección de un BSU multiplicada por el promedio de la muestra de cada BSU determinado. Ya habiendo determinado la edad y la aculturación de las personas que calificaban según los criterios de la investigación y de las que completaban la entrevista, exploramos la posibilidad de ajustar los resultados según el número de personas no entrevistadas. Sin embargo, encontramos que no había una diferencia suficientemente grande como para justificar complicar el estudio aun mas.

Usando los procedimientos descritos arriba, pudimos acercarnos a un total de 5.097 hombres en las tres ciudades. De esos, 3.086 (o 61 por ciento) permitieron ser evaluados en el lugar y el momento del reclutamiento. De las personas que evaluamos en el lugar de reclutamiento, 1.546 (o 50 por ciento) cumplieron con los cuatro criterios calificativos para poder ser parte del estudio. De los que fueron aceptados, 1.324 (o 86 por ciento) dieron información de cómo ser contactados para ser entrevistados. Las citas para las entrevistas individuales fueron hechas durante el día de reclutamiento o utilizando la información de cómo contactar a la persona. Las entrevistas fueron hechas individualmente, cara a cara, en varios lugares de fácil acceso en tres ciudades diferentes (usualmente utilizando cuartos de entrevistas en compañías de investigación de mercadeo). Terminamos de entrevistar a las personas cuando llegamos a nuestra meta (actualmente, cuando sobrepasamos nuestra meta un poco) con un $n=912$ ($n=309$ en Nueva York; $n=302$ en Miami; y $n=301$ en Los Angeles).

Reconocimientos

Thanks to our current NGLTF Policy Institute Funders:

| | |
|---|-------------------------------|
| Anonymous | The NewPol Foundation |
| Larry Basile | New World Foundation |
| Sally Brunsman | Open Society Institute |
| Dave Chandler & Jeff Strassburgh | Skip Paul |
| Chase Foundation | James Pepper |
| Kate Clinton & Urvashi Vaid | Stacy & James Petricig |
| Herbert Cohen & Daniel Cook | Jeremy Pittman |
| Jenny Durkan & Dana Garvey | Nancy Polikoff |
| Ford Foundation | Steve Rabin |
| David Geffen Foundation | Rainbow Endowment |
| Alan Gilmour & The Gilmour Fund | Paul Rapoport Foundation |
| Joyce Mertz Gilmore Foundation | Anita May Rosenstein |
| Gill Foundation | Allen Schuh |
| Brook Glaefke | Ronald Schwartz |
| David Goodhand & Vincent Griski | Alexandra Shiva |
| Agnes Gund | Jeffrey J. Slavin |
| Heyday Foundation | Small Change Foundation |
| Polly Howells | Loren Smith |
| Kicking Assets Fund | Paula Sparti |
| Billie Jean King Foundation | Tides Foundation |
| Lesbian Equity Foundation of Silicon Valley | Henry van Ameringen |
| Kathy Levinson | Veatch Foundation |
| Albert A. List Foundation | Leonie Walker & Kate O'Hanlan |
| Amy Mandel & Katina Rodis | Dave and Ruth Waterbury |
| Morton & Barbara Mandel | Ric Weiland |
| Thom & Lisa Mandel | Kevin Wendle |
| Stanley Newman | Richard Winger |

Reconocimientos

La investigación presentada en este trabajo fue apoyada por el fondo numero R01-HD32776 del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), National Institutes of Health (NIH).

Agradecemos a miembros del Grupo Comunitario de Asesores de Nuestras Voces—Martín Ornelas-Quintero (Director), Oscar de La O, Jimmy López y Eduardo Aparicio—por su extensa contribución a los logros y el alto nivel de sensibilidad cultural de nuestro estudio.

También quisiéramos agradecer a lo doctores Barbara Marin y Edward Bein por sus múltiples aportaciones conceptuales y analíticas al estudio, y a Jeff Henne por la coordinación de las actividades de recolección de datos.

Escrito por

Rafael M. Díaz

Centro de Investigaciones Comunitarias, Instituto sobre Sexualidad, Desigualdad y Salud
San Francisco State University

George Ayala

Centro de Salud Comunitaria, University of California Los Angeles

Revisiones hechas por

David Acosta, Oficina Coordinadora de Actividades sobre el SIDA,
Departamento de Salud de Filadelfia

Daniel Castellanos, Director Programático, Gay Men's Health Crisis

Julio Dicent

Andres Duque, Mano a Mano

Ana Oliveira, Directora Ejecutiva, Gay Men's Health Crisis

Daniel Rivas, Bienestar

Juan Carlos Velásquez, LLEGÓ

(The National Latino/a Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Organization)

Editado por

Sean Cahill, Ph.D

Steven Cordoba

Laura Engle

Betsy Gressler

Ingrid G. Rivera

Traducción al Español por

Esther Carela

Daniel Castellanos

Andres Duque

Diseñado por

Samuel Buggeln

National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute

bestsellers

Outing Age

PUBLIC POLICY ISSUES AFFECTING
GAY, LESBIAN, BISEXUAL AND TRANSGENDER ELDERS

This groundbreaking report reviews social science literature and explains what we do and do not know about the demographics of GLBT elders. *Outing Age* outlines major public policy issues facing GLBT seniors—including federal aging programs, disability, long-term care and caregiving, nursing homes, and Social Security—and presents recommendations for advocacy to move public policy toward equal treatment of this population. (Nov. 2000; 152 pp; \$10.00; www.nglhf.org/pub.html)

Redistricting

AND THE GAY, LESBIAN, BISEXUAL
AND TRANSGENDER COMMUNITY

A STRATEGY MEMO

The redrawing of district lines for seats in the US House of Representatives, state legislatures and city councils from 2001-2002 offers both opportunities and risks for the GLBT community. This strategy memo explains redistricting to local and state activists and offers concrete strategies for working with civil rights and women's groups to push for districts which make the election of a pro-GLBT candidate more likely. (Feb. 2001; 58 pp; \$10.00; www.nglhf.org/pub.html)

Transgender Equality

A HANDBOOK FOR ACTIVISTS
AND POLICYMAKERS

A handbook providing activists and policymakers with the tools they need to pass transgender-inclusive non-discrimination and anti-violence legislation. Written by Paisley Currah and Shannon Minter, with an introduction by Jamison Green. This handbook is an invaluable resource guide providing model legislative language, talking points, responses to frequently asked questions, and a comprehensive resource listing. (June 2000; 96 pp; \$10.00; www.nglhf.org/pub.html)

Out and Voting II

THE GAY, LESBIAN, AND BISEXUAL VOTE
IN CONGRESSIONAL ELECTIONS, 1990-1998

An in-depth profile of the gay, lesbian, and bisexual voting bloc and the first-ever analysis of the impact of this emerging constituency in national congressional elections. By Dr. Robert Bailey of the Rutgers University School of Public Policy and Administration. Among the report's findings: out GLB voters comprise roughly 5% of the national electorate, and 8.8% of voters in cities of 500,000 or more. (January 2000; 54 pp; \$10.00; www.nglhf.org/pub.html)

Legislating Equality

A REVIEW OF LAWS AFFECTING
GAY, LESBIAN, BISEXUAL, AND TRANSGENDERED
PEOPLE IN THE UNITED STATES

This comprehensive report, written by Policy Institute Research Fellow Wayne van der Meide, provides the most extensive description to date of local, county and state laws addressing GLBT equality. This report is an invaluable tool for activists, journalists and policymakers who require reliable facts on laws affecting GLBT people but lack the time, resources or desire to conduct primary research. (January 2000; 96 pp; \$10.00; www.nglhf.org/pub.html)

From Wrongs to
Rights
1973 to 1999

PUBLIC OPINION ON
GAY AND LESBIAN AMERICANS
MOVES TOWARD EQUALITY

This groundbreaking report, written by Alan Yang of the Department of Political Science at Columbia University, tracks public opinion trends over the last 26 years on various gay and lesbian rights issues including: employment and housing non-discrimination, family issues, marriage, adoption, and the military. (December 1999; 32pp; \$10.00; www.nglhf.org/downloads/yang99.pdf)

The Policy Institute of the National Gay & Lesbian Task Force

A think tank dedicated to research, policy analysis and strategic projects to advance greater understanding and the equality of lesbian, gay, bisexual and transgender people.



The Policy Institute of NGLTF

121 West 27th Street, Suite 501
New York, NY 10001
(212) 604-9830

NGLTF Headquarters

1700 Kalorama Road, NW
Washington, DC 20009-2624
(202) 332-6483

www.nglftf.org