

M **odulación emocional de los comportamientos de riesgo y marginación.**

R. Bayés i Sopena.

Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.

RESUMEN

Si bien Las campañas preventivas tiene como finalidad, impedir la transmisión de la enfermedad, un fin añadido, es también evitar la marginación de las personas afectadas. Del buen diseño de una campaña, dependerán los resultados. Es muy importante que en el diseño de las mismas, se consideren conceptos básicos respecto de los sujetos a quienes van dirigidas: Atención, Comprensión, Relevancia personal, Credibilidad y Aceptabilidad . En cualquier caso y aun con un buen diseño de programa volvemos a incidir en que: LA INFORMACION ES UNA CONDICION NECESARIA PERO NO SUFICIENTE PARA CAMBIAR COMPORTAMIENTOS. De formas muy esquemática, sería el amor (búsqueda de placer) el que podría llevar a la práctica de riesgo y el miedo el que llevaría al rechazo de las personas afectadas.

El artículo del profesor Bayés, incluye un estudio llevado a cabo en población Universitaria, fundamentando las afirmaciones anteriores.

Al margen de que el objetivo último de la mayoría de las campañas de información sobre el SIDA sea impedir o reducir el ritmo de expansión de la epidemia, un fin añadido de gran número de ellas es, sin duda, evitar la marginación de las personas infectadas.

Para alcanzar estos objetivos, el primer paso de toda buena campaña será conseguir que la información sea asimilada, de la forma más completa posible, por las personas a las que va destinada. En nuestra opinión, esto sólo se alcanzará, si, al diseñarla, se cumplen los siguientes requisitos:

- 1) **Atención:** ¿es capaz el mensaje de atraer y mantener la atención de las personas a las que se dirige?
- 2) **Comprensión:** ¿se entiende el mensaje con facilidad?
- 3) **Relevancia personal:** ¿perciben las personas que el mensaje es importante para ellas?
- 4) **Credibilidad:** ¿merecen credibilidad tanto el mensaje propiamente dicho como la fuente que lo comunica?
- 5) **Aceptabilidad:** ¿existe algo en el mensaje que pueda hacerlo ofensivo o inaceptable para las personas a las que se dirige?!

Suponiendo que esta primera fase se haya llevado a cabo con éxito, esto no implica que debamos esperar, sin más, que el conocimiento conseguido por el grupo de personas al que nos dirigimos se traduzca en ellas en deseables

cambios de conducta: abandono de los comportamientos sexuales de riesgo y adopción de los preventivos, y práctica de comportamientos de solidaridad. El comportamiento humano es multifactorial y la información es solo una de las condiciones antecedentes que pueden propiciar un cambio. Dicho con otras palabras: la información es una condición necesaria pero no suficiente para cambiar comportamientos².

Llegados a este punto señalaremos que nuestra hipótesis es que, una vez las personas están bien informadas de las características de la infección por VIH así como sobre sus formas de transmisión y prevención, las reacciones emocionales constituirán uno de los factores moduladores más importantes –aunque no el único– de la conducta concreta que se seguirá. A nuestro juicio, en el comportamiento sexual, será el amor –en su doble vertiente, no necesariamente alternativa, de búsqueda de placer o/y de unión afectiva– el que, a nuestro juicio, puede conducir a la práctica de comportamientos de riesgo; luego, será el miedo el que facilitará la práctica de los comportamientos de marginación hacia los portadores o supuestos portadores del VIH.

Veamos cada una de estas situaciones con algún detalle.

Al iniciar una relación coital –sea con la única finalidad de obtener placer o bien como medio de comunicación afectiva entre una pareja que desea que

exista continuidad en su relación- nos encontramos ante un tipo de situación en el que no existen señales previas, estímulos discriminativos, que nos adviertan del peligro. Ante un semáforo en rojo nos detenemos; si se encuentra verde, avanzamos; ante una sonrisa nos mostramos confiados; ante un ceño fruncido, nos ponemos en guardia. Pero si eliminamos las señales indicadoras - si no existe semáforo o si éste se encuentra permanentemente en ámbar- entonces nuestro comportamiento se vuelve mucho menos predecible. Y la situación puede convertirse todavía en más incierta y peligrosa si creemos que el semáforo está en verde cuando, de hecho, está permanentemente en ámbar. En realidad esto es lo que ocurre con el SIDA: durante una prolongada etapa asintomática los portadores del VIH no se distinguen por su apariencia de los seronegativos y, en muchos casos, incluso desconocen su condición de infectados; paralelamente, muchas personas creen que son capaces de efectuar tal distinción. Parecen ignorar que nadie hubiera sospechado que atletas en plena forma física, como Magic Johnson o Greg Louganis, por ejemplo, eran portadores del VIH si ellos mismos no lo hubieran confesado públicamente.

Por otra parte, como ya se ha señalado^{2,3}: a) los comportamientos sexuales con penetración -con indiferencia de que se lleven a cabo con personas infectadas por el VIH o seronegativas- comportan, frecuentemente, una **consecuencia inmediata** muy agradable: el orgasmo; y b) muchas personas que practican comportamientos sexuales de riesgo poseen un pasado experiencial en el que **la práctica de comportamientos sexuales de riesgo no se ha visto seguida por la percepción de consecuencias desagradables** lo cual no es extra-

ño, dado que, por una parte, el VIH no es relativamente fácil de admitir y, por otra, comparativamente existe todavía, al menos entre los heterosexuales no remunerados y los usuarios de drogas por vía parenteral un número relativamente pequeño, aunque creciente, de personas infectadas. A mi juicio, la existencia de ambos fenómenos dificulta considerablemente, aunque afortunadamente no imposibilita, el cambio hacia hábitos preventivos de las personas que poseen estilos sexuales peligrosos.

De los datos proporcionados por dos investigaciones empíricas llevadas a cabo en la Universidad Autónoma de Barcelona con 462 estudiantes de primero y segundo curso de las Facultades de Derecho, Medicina y Psicología^{4,5} deduce que:

- 1) En el caso de «ligues» esporádicos: a) entre un 84% y un 89% de los estudiantes posee la percepción de que se encuentra en una situación de alto riesgo respecto al SIDA; a pesar de lo cual, el 38% de los hombres y el 20% de las mujeres con parejas estables no advertirían a dichas parejas de las posibles consecuencias de su infidelidad. En este tipo de relación aislada con una persona de seropositividad desconocida, el 50% de las mujeres manifiestan que no continuarían la relación sexual iniciada -ni siquiera sin penetración- si su pareja no dispusiera de preservativo.
- 2) Por el contrario, en el caso de una relación estable de sólo dos meses de duración con una pareja de la que incluso se conoce que ha tenido previamente otras parejas -en el fenómeno que se ha denominado **monogamia serial**⁶ - el

70% de los estudiantes considera que el riesgo al que se exponen es bajo. En este tipo de relación, el porcentaje de mujeres que no continuarían la relación si su pareja no dispusiera de preservativo se reduciría a un 23%.

- 3) Al aumentar el número de parejas sexuales diferentes que se han tenido, paradójicamente, disminuye el uso de preservativo, de tal forma que el porcentaje de estudiantes que los ha usado siempre, se reduce en un 25% si se compara el grupo de los que hasta el momento han tenido una sola pareja sexual con el de los que han tenido tres parejas o más.

Podríamos decir, por tanto, que, en el caso de una relación esporádica heterosexual u homosexual⁷ con el fin primordial de obtener placer -sea, o no, mercantil- los adultos que poseen información adecuada sobre el SIDA utilizarán, o no, el preservativo, en gran parte, en función del resultado del balance «placer-riesgo» que lleven a cabo. En esta situación, la mayoría de las personas se considera en riesgo aun cuando esta percepción suele debilitarse en el caso de que ya hayan tenido experiencias personales del mismo tipo sin consecuencias negativas; por otra parte, si se cree que el preservativo disminuye el placer se reducirá su probabilidad de uso. Para estas situaciones pueden ser buenas soluciones: la casi automatización de uso del preservativo -al estilo de lo que suele hacerse con el cepillo de dientes en la diaria limpieza de la boca- y la crotización del mismo preconizada por algunos. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que, en muchos de estos casos, la toma previa o simultánea de drogas -alcohol,

anfetaminas, marihuana, etc.- u otras condiciones ambientales estimulantes de carácter extraordinario, pueden potenciar los factores emocionales e interferir tanto en la lógica de cualquier balance cognitivo que se lleve a cabo, como en el uso correcto del preservativo.

Si se considera la relación sexual, ante todo, como un medio para establecer o consolidar una relación estable, los factores emocionales pueden obstaculizar la práctica de los comportamientos sexuales preventivos por otro camino. En efecto. Las relaciones estables suelen construirse sobre una base de confianza y, en nuestra cultura, en la mayoría de las parejas, los intentos de introducir el uso del preservativo en las prácticas sexuales de la pareja destruyen esta confianza. De hecho, la implicación afectiva con otra persona suele conllevar la falsa percepción de alejamiento del peligro. Definir a alguien como pareja estable, *enamorarse de una persona tanto en personas heterosexuales como homosexuales⁷ parece implicar que mantener con ella un coito no protegido carece de riesgo*. En estas situaciones, introducir prácticas sexuales preventivas eficaces es mucho más difícil - la erotización del preservativo es, en ellas, por ejemplo, un débil argumento- y, sin embargo, es, en nuestra opinión, en esta costumbre de las monogamias de corta duración donde reside, en nuestra sociedad, gran parte del peligro futuro de infección por VIH. Si la pareja con la que se inicia la relación está infectada, el riesgo puede ser mucho mayor que el que existe con una pareja ocasional desconocida ya que, a diferencia de ésta, es probable que se mantengan con la pareja estable una multiplicidad de coitos y con cada uno de ellos se incrementa, lógicamente, la probabilidad de infección. Puede ser

oportuno recordar, por ejemplo, que en Estados Unidos, se estima que más de la mitad de las mujeres heterosexuales infectadas por elVIH lo han sido por su pareja estable⁸.

Finalmente, en relación con los comportamientos de marginación, deseáramos apuntar unas reflexiones que tienen su origen en los resultados de otro trabajo empírico reciente llevado a cabo en nuestra universidad, en el que hemos tratado de estudiar en dos generaciones diferentes personas de 20 a 25 años y de 40 a 50- las relaciones entre nivel de información, impacto emocional y conductas de discriminación respecto a los afectados por VIH.

Nuestros resultados muestran que ante una situación concreta -la presencia de un niño de seis años seropositivo alVIH en la misma clase que un hermano o hijo de la misma edad- la generación de más edad tiene peor información y experimenta más preocupación por la situación planteada que la más joven pero que, en ambos casos, el miedo parece tener un mayor peso que la información en la tolerancia hacia los comportamientos marginadores o discriminatorios hacia el niño infectado. El problema que deseáramos dejar planteado es cómo conseguir: a) que las personas tomen conciencia de la influencia de las emociones en sus comportamientos, y b) sean capaces de evitar que dichas emociones faciliten la práctica de comportamientos de riesgo o marginación generadores de considerable sufrimiento en ellas mismas o en otras personas. Enseñar a los seres humanos a conocer y manejar sus propias emociones en su propio beneficio y en el de su comunidad es uno de los retos que el SIDA propone a los profesionales sanitarios; en este caso, de forma especial, a los psicólogos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. US Department of Health and Human Services. Pretesting in health communications. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, 1980.
2. Bayés R. SIDA y psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
3. Bimbela JL. Cuidando al cuidador: Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. (3ª ed.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1996.
4. Bayés R. Pastells S. Tuldrà A. Percepción del riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. C Med Psicosom 1995; 33:22-27.
5. Bayés R. Pastells S. Tuldrà A. Percepción del riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios (2). C Med Psicosom 1996; 39:24-31.
6. Bayés R. La monogamia serial como factor de riesgo ante el SIDA. Pub Of SEISIDA 1995; 6 (3); 240-242.
7. McLean J. Boulton M. Brookes M. Lakhani D. Fitzpatrick R. Dawson J. et al. Regular partners and risky behaviour: why do gay men have unprotected intercourse? AIDS Care 1994; 6(3); 331-341.
8. Willing C. «I would't have married the guy if I'd have to do that»: Heterosexual adults constructions of condom use and their implications for sexual practice. J. Community & Applied Social Psychology 1995; 4:75-87.
9. Bayés R. Comellas B. Lorente S. Viladrich MC. Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/ SIDA, en preparación.