



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright © 2014
ISSN 1887-4606
Vol. 8(2) 137-181
www.dissoc.org

Artículo

**“No sin él”: análisis crítico del discurso de
las campañas de prevención del VIH
dirigidas a hombres que tienen sexo con
hombres en España (2006–2011)¹**

Rubén Ávila

Departamento de Psicología Social
Universitat Autònoma de Barcelona

Pedro Gras

Department of Linguistics
KU Leuven

Resumen

Varios estudios han ofrecido información acerca de los diferentes motivos (individuales, sociales y culturales) por los que siguen aumentando los casos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Sin embargo, no se ha prestado atención al papel que desempeñan las campañas de prevención en este contexto. Siguiendo los debates acerca de los efectos de los discursos en la construcción de la realidad de la promoción de la salud sexual, este artículo examina el discurso de las últimas campañas de prevención en España, a partir de tres niveles de análisis: (i) pragmático-enunciativo, (ii) semántico-predicativo y (iii) retórico-argumentativo. Vemos que existen muestras de dos discursos diferenciados. Por una parte, el discurso mayoritario de las campañas define un destinatario VIH-, pone la agencia de la infección en la persona con VIH y emplea estrategias de recomendación con un alto grado de obligatoriedad. Por otra, se puede ver un intento por convertir a la persona con VIH en público de la campaña y ofrecer más opciones a la hora de promocionar estrategias de salud sexual. Por ello, el artículo concluye que es necesario revisar los discursos de prevención para adaptarse a la realidad de la infección por VIH entre HSH en el contexto actual español.

Palabras clave: salud sexual, prevención VIH, interpelación, construcción del destinatario, agentividad, estrategias directivas

Abstract

Many studies have provided information about different individual, social and cultural factors for the increase of new cases of HIV infection among men who have sex with other men (MSM). However, little attention has been paid to the role of sexual health campaigns in this context. Following debates about the effects of social intervention discourses in the construction of the sexual health promotion, this paper examines the discourse of HIV prevention campaigns addressed to MSM in Spain in three different levels of analysis: (i) pragmatic, (ii) semantic-predicative and (iii) rhetoric-argumentative. Two conflicting discourses can be identified. The mainstream discourse is addressed to HIV-negative MSM, construes HIV-positive MSM as the agent of the infection process and makes use of low optionality directive strategies. On the other hand, there is an attempt to include HIV-positive men as equal addressees of prevention messages and to offer more options when promoting sexual health strategies. This article concludes that it is necessary to rethink sexual health promotion discourses in order attend the realities of HIV infections among MSM in contemporary Spanish context.

Keywords: sexual health, VIH prevention, interpellation, construction of the addressee, agentivity, directive strategies

Introducción

En España, los últimos diagnósticos de infección por VIH revelan que el 56% de nuevos casos tuvieron lugar a través de una práctica sexual entre hombres (Centro Nacional de Epidemiología, 2012), de forma similar a lo que sucede en otros países occidentales (*cf.* Lattimore et al., 2008). Los artículos científicos sobre prevención de VIH relacionan este aumento en la prevalencia de la infección con un incremento en el número de prácticas sexuales de riesgo —como el sexo anal sin preservativo o el sexo oral con eyaculación en la boca— entre hombres que tienen sexo con otros hombres (en adelante, HSH) (Beyrer et al., 2012; European Centre for Disease Prevention and Control, 2012, 2013; Fernández-Dávila y Morales, 2013). En concreto, teniendo en cuenta los datos de un estudio reciente realizado en Europa, cuyo objetivo era el de obtener información sobre conocimientos, actitudes y conductas sexuales en HSH (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), se observa que cerca del 70% de los hombres encuestados ha practicado el sexo anal sin protección con parejas ocasionales y sobre las que desconocía su situación frente al VIH, en el último año.

El aumento de los casos de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) supone un desafío para las instituciones públicas y para las organizaciones que, desde hace años, se dedican a la promoción de la salud sexual en HSH. Por ello, numerosos estudios se han centrado en conocer las razones por las que algunos hombres asumen riesgo en sus prácticas sexuales con otros hombres y en delimitar las situaciones en las que esto ocurre (por ejemplo, Brennan et al., 2010; Jacobs et al., 2010; Mirandola et al., 2009; Starks et al., 2013; Wolitski et al., 2003, 2007). La mayoría de estos estudios han puesto el foco en la persona que asume el riesgo y en sus circunstancias personales, estableciendo, así, relaciones entre algunos factores individuales y situacionales (como el consumo de drogas para el sexo ocasional o la confianza depositada en la pareja sexual) y las prácticas de sexo con alto riesgo de infección (para un resumen, véase Berg, 2009; Drescher, Halkitis y Wilton, 2006). En estas investigaciones se delimita un objeto de estudio: la persona (HSH) que tiene (o no) prácticas de riesgo y las situaciones en las que es más probable que se olviden las estrategias de prevención.

Ahora bien, desde estos estudios se ha prestado poca atención al papel que juega la propia intervención social en la prevención de la transmisión del VIH. Aunque algunas investigaciones de ámbito internacional han reflexionado sobre la importancia de la prevención en el fallo del proceso de autocuidado sexual (Crossley, 2002, 2004; Odets, 1999), en España la poca investigación realizada desde una perspectiva reflexiva sobre la promoción

de la salud sexual se centra en el análisis de la recepción y el impacto de las tareas de prevención, fijándose, por ejemplo, en cómo las personas recuerdan las campañas (Martín et al., 2012; Stop Sida, 2002), de manera que vuelve a ponerse el foco en el individuo. Existe, pues, un vacío en las investigaciones actuales acerca del análisis del discurso de la intervención social en materia de prevención de la infección por VIH dirigida a HSH.

Desde la Psicología Social Crítica, puede considerarse que las intervenciones sociales construyen, desde sus discursos y acciones, los parámetros de cómo deben comportarse las personas (Burman, 1999; Montenegro y Pujol, 2003; Rose, 1996). El hecho de que los discursos de las políticas de intervención social definan los papeles de lo que es correcto o incorrecto tiene efectos, necesariamente, en cómo las personas perciben sus mensajes. En este punto, es especialmente relevante la discusión de Judith Butler sobre los procesos de sujeción y, en concreto, sobre el concepto de *interpelación* (véase, especialmente, 1997: §4). Para la autora, la escena social en la que alguien es llamado a responder sobre una acción concreta participa en el proceso de construcción del sujeto. En la prevención del VIH, las situaciones en las que una persona es llamada a responder sobre si se protege (o no se protege) participan en el proceso de construcción de comportamientos correctos e incorrectos. De la misma manera, los discursos de la promoción de la salud sexual interpelan a las personas en función de su situación frente al VIH y construyen, así, modelos de comportamientos deseables y no deseables. Este artículo pretende analizar cuáles son los mecanismos de interpelación que se ponen en marcha en la intervención en materia de VIH en HSH.

La intervención social que se ha llevado a cabo en España desde los diferentes Ministerios de Sanidad² en la última década ha pretendido frenar el aumento de nuevos casos de infección por VIH en HSH³ afianzando sus prácticas de sexo más seguro a través de diversos tipos de iniciativas, entre las que se encuentran las campañas de promoción de la salud sexual. Tal como ha sucedido en otros campos de la promoción de la salud contemporánea (Beck, 1992, 1995; Castel, 1991; Giddens, 1991; Petersen, 2002), las políticas de salud pública definen una serie de destinatarios y comportamientos deseables en sus discursos. Este mismo principio se aplica a los Planes Multisectoriales frente a la infección por VIH y sida (Plan Nacional sobre el Sida, 2001, 2008). Es necesario analizar los discursos de promoción de la salud para conocer qué comportamientos —y sujetos— se establecen como deseables y delimitar las estrategias de persuasión que se están llevando a cabo para conseguir un cambio de actitud frente al riesgo de la transmisión del VIH.

Los Planes Multisectoriales de 2001 y 2008 establecen las directrices generales que orientan las actuaciones concretas en materia de prevención

de la infección por VIH. Tal vez las dos apuestas más importantes del último Plan han sido la inclusión de un modelo que proporciona herramientas alternativas al uso del preservativo en HSH (reducción de riesgos) y la incorporación de una perspectiva de salud menos restrictiva, que pretende tener en cuenta a las personas con VIH en los mensajes de prevención (prevención positiva) (Plan Nacional sobre el Sida, 2008: 43-65). Ahora bien, es necesario analizar hasta qué punto estas directrices generales de la prevención tienen un impacto en las prácticas concretas, en este caso, en las campañas de prevención dirigidas a HSH. En una investigación reciente (Ávila y Montenegro, 2011; Ávila, en prensa), se muestra cómo algunas personas, especialmente personas con VIH, perciben los mensajes de prevención como directivos y simplistas hasta el punto de que, en algunos casos, generan un discurso contrario y se reafirman en su decisión de no usar el preservativo, tal como ha pasado en otros contextos culturales (Dean, 2009, 2011; Harvey, 2011; Mowlabocus, Harbottle y Witzel, 2013). Dado que desde las políticas públicas se intenta no estigmatizar a las personas con VIH y dirigir las acciones a la promoción de la salud, y no solo a la prevención del VIH, incluyendo nuevas estrategias de autocuidado, cabe plantearse si efectivamente las campañas de prevención incorporan estas perspectivas.

La presente investigación pretende contribuir, así, al conocimiento del papel de las campañas en la propia intervención en materia de prevención de VIH en HSH. Cabe señalar que no es nuestra intención cuestionar la necesidad de la intervención. De hecho, las campañas analizadas suponen el mayor esfuerzo dedicado a la prevención de la infección por VIH para HSH en España, en el marco de un gobierno que apostó claramente por los derechos sociales, en general, y de las personas lesbianas, gais, transexuales y bisexuales (LGTB), en particular. El objetivo que nos proponemos en este artículo es el de delimitar el discurso de las campañas de prevención de VIH y otras ITS dirigidas a HSH, prestando especial atención a cómo se construye el destinatario de las campañas, quién es el responsable de asumir o no asumir riesgo en sus prácticas sexuales y cuáles son las estrategias discursivas que se utilizan en los materiales. De este modo, podemos dar a conocer hasta qué punto el discurso de las campañas está definiendo unos comportamientos de riesgo (no deseables) y otros saludables (correctos), y sobre quién y de qué manera lo está haciendo. Para ello, desarrollamos, en los siguientes apartados, nuestro análisis y discusión de los datos, informando antes del método que se ha seguido. Finalmente, presentamos unas conclusiones que pretenden abrir el debate sobre la intervención social en la promoción de la salud sexual para HSH en el contexto español.

Metodología

La propuesta que se realiza en este artículo se enmarca en el Análisis Crítico del Discurso (ACD), en tanto que persigue establecer relaciones entre los discursos y las relaciones de poder que actúan en las sociedades que producen tales discursos (Van Dijk, 2000). En concreto, perseguimos ver qué estrategias de regulación se (re)producen en los discursos de la promoción de la salud sexual dirigida a hombres gays y bisexuales y, para ello, presentamos el análisis de los distintos modos —principalmente, texto escrito e imagen gráfica— que componen el discurso de las campañas de prevención de VIH dirigidas a HSH en España. En línea de lo propuesto por Norman Fairclough (2008: 175), hemos realizado un análisis de forma y contenido de estas campañas, teniendo en cuenta la interdependencia entre ambos niveles. Esta combinación de forma y contenido nos permite comprender cómo las elecciones lingüísticas tienen implicaciones ideológicas, delimitando, así, cómo las campañas de prevención responden a un determinado contexto social de poder y participan, por lo tanto, en la configuración de dicho contexto. En cuanto a la forma, en el análisis hemos tenido en cuenta aspectos relacionados con la formulación del texto escrito en todas sus dimensiones (léxica, gramatical, textual), así como ciertos recursos semióticos de la imagen gráfica (las imágenes propiamente y la selección de los colores)⁴. Con respecto al contenido, nuestro análisis ha considerado aspectos tales como los atributos que contribuyen a la construcción discursiva del destinatario o la tipología de los argumentos empleados para justificar las estrategias de prevención propuestas.

El modelo de análisis que hemos seguido en este artículo integra herramientas de trabajo procedentes de diversas disciplinas enmarcadas en la Lingüística y el Análisis del Discurso, desde una perspectiva social (Íñiguez y Antaki, 1994). En particular, nos hemos inspirado en los trabajos de Luisa Martín Rojo (2003, 2006) sobre el análisis de la construcción discursiva de las acciones de las representaciones sociales. Para la autora, el ACD y, más concretamente, sus herramientas de análisis permiten “conocer cómo se lleva a cabo esta construcción discursiva de los acontecimientos, de las relaciones sociales y del propio sujeto, a partir del análisis de los aspectos lingüísticos y del proceso comunicativo en un tiempo y lugar determinados” (Martín Rojo, 2006: 169). Siguiendo su propuesta, en la que focaliza su atención en las estrategias de referencia y nominación, las estrategias predicativas, las estrategias de argumentación y las estrategias de legitimación de las acciones y de los propios discursos (véase, Martín Rojo, 2003, 2006), el modelo que proponemos se articula en torno a tres niveles de análisis: (i) pragmático-enunciativo, (ii) semántico-predicativo y (iii) retórico-argumentativo.

En el nivel pragmático-enunciativo, nuestro interés inicial ha sido investigar cómo las campañas crean su destinatario potencial, su *lector modelo* (Eco, 1979). Este nivel nos permite ver cómo la forma y el contenido de las campañas restringen los destinatarios posibles (y excluyen, por tanto, a otros). Para comprender con mayor profundidad cómo se construye este lector modelo, es necesario analizar, asimismo, cómo se caracteriza el emisor en el texto —puesto que, en muchas ocasiones, el destinatario se crea a partir del alineamiento u oposición con el emisor de la campaña— y, muy especialmente, qué tipo de destinatarios quedan excluidos a partir de las elecciones del texto. En esta fase del análisis, hemos adoptado una perspectiva semiótico-discursiva (Charadeau, 1995; Eco, 1979), que atiende no solo a las marcas formales de inscripción de las personas en el texto (deixis personal o referencia de persona⁵), sino que también presta atención a los intereses, conocimientos o identidades que se atribuyen a estas personas (en este caso, la orientación sexual o la situación personal frente al VIH). Asimismo, en el análisis del emisor, hemos adoptado una perspectiva dialógica (Bajtín, 1979); en particular, hemos incorporado conceptos procedentes de la teoría de la polifonía (Ducrot, 1984), que nos han permitido distinguir los autores materiales del texto (los *sujetos empíricos*) de las entidades discursivas que hacen uso de la primera persona (los *locutores*) en diversas campañas⁶.

En el nivel semántico-predicativo, hemos analizado la dimensión representativa de las campañas a través del estudio de la construcción discursiva de dos eventos centrales en el discurso de la promoción de la salud sexual dirigida a HSH: la prevención y la infección. La finalidad de este análisis es conocer cómo se conceptualizan ambos eventos, así como el grado de responsabilidad que se otorga en ellos a las personas VIH+ y VIH-. Para ello, hemos analizado en los enunciados de las campañas los procesos de selección léxica (Van Dijk, 2003), el empleo de metáforas (Musolff, 2012) y el grado de agentividad (De Cock y Michaud, en prensa; Martín Rojo, 2003, 2006)⁷ asignado a cada colectivo en estos dos eventos, teniendo en cuenta las propiedades argumentales de los predicados (tipo de argumentos) y la estructura gramatical (construcciones activas, pasivas, nominalizaciones, etc.).

Por último, en el nivel retórico-argumentativo, hemos analizado la dimensión persuasivo-directiva del discurso (De Santiago, 2005). Los discursos de prevención del VIH tienen como objetivo principal generar un cambio (o un mantenimiento) de unas conductas determinadas. Desde esta perspectiva, resultan especialmente relevantes dos aspectos: el grado de obligatoriedad de los comportamientos descritos y la justificación que se da en el texto para la adopción de dichos comportamientos y para legitimar el propio discurso. Con respecto al grado de obligatoriedad, hemos

considerado tanto el nivel de imposición de la formulación lingüística elegida⁸ (el imperativo *usa* frente a la perífrasis *puedes usar*, por ejemplo), como la mención explícita de estrategias de reducción de riesgos. En cuanto a la justificación de los comportamientos descritos, hemos identificado los principales tipos de argumentos en función de su contenido (Lo Cascio, 1991; Weston, 2005).

Estos tres niveles de análisis se han aplicado a las campañas de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en HSH dirigidas por el Plan Nacional Sobre el Sida (2006-2011). Hemos tenido en cuenta estas campañas por tres motivos. En primer lugar, hemos analizado campañas, y no otro tipo de textos (como los Planes Multisectoriales), porque creemos que recogen el discurso impulsado por las instituciones públicas y que, en cierto modo, llega a las personas a las que va dirigido de forma más directa, puesto que la difusión de las campañas se ha realizado tanto en espacios de ocio homosexual como en diferentes organizaciones LGTB y/o de prevención del VIH. En segundo lugar, las campañas han sido elaboradas, tal como se muestra en los propios materiales (ver *Anexo*), de forma conjunta entre los Ministerios de Sanidad y diversas organizaciones LGTB; es decir, recogen el discurso de los dispositivos sociales más relevantes implicados en la promoción de la salud sexual en HSH: las instituciones públicas y las organizaciones sociales y activistas. Es por ello por lo que son una buena muestra del discurso de las políticas generales de prevención del VIH en HSH. Finalmente, en cuanto a la selección temporal, estos son los años en que se produjeron campañas estatales dirigidas a HSH en el marco del Plan Nacional sobre el Sida y son las únicas de este tipo accesibles desde la página web de este Plan⁹ —de hecho, desde 2011 no se ha elaborado ninguna campaña específica dirigida a HSH desde el Gobierno de España en colaboración con las organizaciones LGTB—, de modo que con su análisis podemos revisar de forma crítica los problemas que reproduce el propio discurso preventivo.

Tabla 1. Descripción del corpus

| Año | Eslogan | Imagen | Materiales |
|------|---|---|--|
| 2006 | “Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides.” (<i>Anexo, imagen 1</i>) | Cuatro parejas de chicos. Diferentes tipologías de estereotipos gay (jóvenes, <i>leather</i> , osos, mayores). Preservativo magenta y un texto sobreimpreso: “disfrútalo”. Paleta de colores rosa y bandera LGTB formada con preservativos. | 1. Cartel 2. 5 postales 3. Folleto |

| Año | Eslogan | Imagen | Materiales |
|------|--|--|---|
| 2007 | "Entre nosotros: usa preservativo." (Anexo, imagen 2) | Aparecen tres personajes famosos (B. Izaguirre, J. Vázquez, F. Grande-Marlaska). Preservativo rosa acompañado de un texto: "¡No sin él!". Paleta de colores rosa y colores de la bandera LGTB en un texto. | 1. Cartel 2. Folleto |
| 2008 | "Por ti, por mí, hazte la prueba." (Anexo, imagen 3) | Aparecen tres chicos jóvenes desconocidos. Preservativo rosa acompañado de un texto: "¡No sin él!". Paleta de colores rosa y colores de la bandera LGTB en un texto. | 1. Cartel 2. Folleto |
| 2009 | "Frente al VIH no bajas la guardia" (Anexo, imagen 4) | Chico joven con unos guantes de boxeo lilas. Preservativo lila. Paleta de colores morada y bandera LGTB. | 1. Cartel 2. Folleto 3. Página web |
| 2010 | "Ponte una medalla" (Anexo, imagen 5) | Torso chico joven deportista. Preservativo rosa como medalla y bandera LGTB como colgante de la medalla. Paleta de colores morada. | 1. Cartel 2. 3 postales 3. Folleto 4. Página web |
| 2011 | "De hombre a hombre, habla del VIH" (Anexo, imagen 6) | Aparecen tres personajes famosos (B. Izaguirre, J. Vázquez, Í. Lamarca). Preservativos rosa y naranja. Paleta de colores azul oscuro, imagen oscura y no aparece la bandera LGTB. | 1. Cartel 2. 1 postal 3. Folleto |

El corpus contiene, como se describe en la tabla anterior (*tabla 1*), un total de 6 campañas. Cada una de ellas está compuesta por diferentes materiales, aunque no todas las campañas cuentan con exactamente los mismos elementos (la información específica por campaña se encuentra en la tabla):

- (i) un póster, que desarrolla la imagen gráfica de la campaña y contiene un breve eslogan;
- (ii) una postal —dos caras—, que se compone de un anverso que coincide con el póster y un reverso que contiene un breve texto dedicado a un asunto específico —la prueba del VIH, por ejemplo—;
- (iii) un folleto, que desarrolla la campaña en su totalidad y sigue la línea gráfica del póster y se compone de diversas secciones dedicadas a diferentes aspectos relacionados con la salud sexual —justificación de la propia campaña, aspectos generales de la infección por VIH, descripción de diversas prácticas sexuales y sus riesgos, etc.—;
- (iv) y, finalmente, una página web, que presenta de forma estática¹⁰ la información de la campaña y cuyo contenido coincide con el del folleto.

Las personas del discurso: los papeles del emisor y el destinatario en las campañas

La selección del público objetivo de las campañas de prevención del VIH define quiénes son los destinatarios del discurso. Esta elección tiene implicaciones sobre la propia tarea de la intervención social: algunas personas se sentirán llamadas por el discurso y otras no (Althusser, 1976; Butler, 1997). Tal como hemos señalado, un análisis pragmático-enunciativo nos permite dar cuenta de cómo se delimita a este destinatario en las campañas.

En primer lugar, analizamos hasta qué punto el discurso incluye a cualquier tipo de hombre que tiene sexo con hombres. En los últimos años, se ha intentado acuñar el término *hombres que tienen sexo con hombres* con dos objetivos: (i) no situar el riesgo en la orientación sexual de las personas, como había sucedido en la anterior existencia de los *grupos de riesgo*¹¹, y (ii) llamar la atención sobre el riesgo en el sexo anal sin preservativo a aquellos hombres que, aun teniendo prácticas sexuales con otros hombres, no se definen como homosexuales o bisexuales (UNAIDS, 1998, 2010). En este sentido, hemos analizado si el discurso de las campañas es sensible a esta denominación o si, por el contrario, sigue estableciendo una relación entre las prácticas sexuales y la orientación sexual del destinatario, como había pasado hasta ahora (Carrascosa y Vila, 2005; Larrazabal, 2011; Llamas, 1995).

En términos generales, el destinatario del texto escrito es un hombre que tiene sexo con otros hombres. Sin embargo, llama la atención la existencia de un contraste entre el texto escrito y la imagen gráfica. Mientras que el texto escrito es consistente con la denominación a HSH (a excepción de algunos fragmentos en los que se habla de la vulnerabilidad por la discriminación por orientación sexual), la imagen gráfica contiene referencias a la homosexualidad. En concreto, pudimos identificar los siguientes recursos en cada una de las campañas: (i) aparición del texto "ONG del movimiento homosexual/LGTB" en el apartado de logos de colaboración de la campaña (2006, 2007 y 2008); (ii) paletas de colores rosados y morados (2007, 2008, 2009 y 2010); (iii) uso de la bandera LGTB (arcoíris) (2006, 2007, 2008, 2009 y 2010); (iii) pie de gráficas diferenciando las infecciones homosexuales de las heterosexuales (2010); y, por último, (iv) uso de fotografías de famosos homosexuales en España o de parejas gais como imagen general de la campaña (2006, 2007, 2008 y 2011).

Puede observarse, por lo tanto, que, aunque hay un intento por no dirigir las campañas únicamente hacia los hombres homosexuales y bisexuales, el diseño construye, en cierto modo, un destinatario homosexual. Esta tensión entre práctica (HSH) e identidad (gay, bisexual) está presente

en el texto del último Plan Multisectorial que orienta las políticas públicas en materia de VIH, entre las que se incluyen las campañas que analizamos. Aunque el texto del Plan define como grupo que requiere una atención específica a los "hombres que tienen sexo con hombres", el apartado dedicado a este tipo de prevención tiene varias referencias a la orientación sexual: "un 3,9% de los hombres manifiesta haber tenido relaciones homosexuales con penetración" o "la comunidad gay disminuyó de forma importante sus prácticas sexuales con riesgo como respuesta a la infección por el VIH", por ejemplo (Plan Nacional sobre el Sida, 2008: 41).

Otro de los aspectos que se ha analizado en el discurso de las campañas en cuanto al destinatario es si estas están enfocadas únicamente a personas VIH- o si también van dirigidas a personas con VIH. Uno de los objetivos del Plan Nacional sobre el Sida (2008) era el de dirigir la promoción de la salud sexual hacia personas con VIH, enmarcando la intervención en lo que ha venido llamándose *prevención positiva*. Sin embargo, hemos podido comprobar que en la mayoría de las campañas el destinatario es un hombre no infectado por el VIH. Sorprende, por ejemplo, que en la campaña de 2007 el texto sí pueda estar dirigido a un destinatario con VIH, con formulaciones como "si quieres evitar la infección/reinfección del VIH" y, sin embargo, la campaña del año posterior esté compuesta por el mismo texto que la del 2007 pero se eliminan, en algunos casos, las referencias a la reinfección, dirigiendo, así, el texto de forma exclusiva a una persona VIH-. Del mismo modo, se eliminan las frases de "si eres positivo" que se habían incluido en la campaña de 2007 (a continuación se muestran dos ejemplos de este cambio).

- (1a) La penetración anal sin preservativo es una práctica sexual de alto riesgo para la infección/reinfección¹² por el VIH y otras ITS. (Campaña 2007)
- (1b) La penetración anal sin preservativo es una práctica sexual de alto riesgo para la infección por el VIH y otras ITS. (Campaña 2008)
- (2a) Estos fármacos sólo deben tomarse de forma excepcional una vez que hayas valorado con tu médico los riesgos y los beneficios del tratamiento. Son gratuitos y se dan en el hospital. *Si eres VIH positivo y has tenido prácticas de sexo no seguro existe la posibilidad de que te infectes por un virus distinto al tuyo.* (Campaña 2007)
- (2b) Estos fármacos sólo deben tomarse de forma excepcional una vez que hayas valorado con tu médico los riesgos y los beneficios del tratamiento. Son gratuitos y se dan en el hospital. (Campaña 2008)

Además, como se desarrollará con más detalle en los apartados siguientes, los enunciados dirigidos específicamente a personas con VIH suelen incluir un mensaje de alerta acerca del riesgo de infección para otras personas¹³. Tomemos como ejemplo la campaña de 2010 en (3), que está compuesta de un cartel y tres postales. Solo una de las postales está dirigida a una persona con VIH (el resto excluyen a este destinatario) y el mensaje de prevención

incluye una alerta sobre la responsabilidad de la persona con VIH en el proceso de infección.

- (3) Si vives con el VIH, practicar sexo más seguro sigue siendo lo más positivo, para ti y para los demás. (Campaña 2010)

También desempeña un papel importante en la delimitación del destinatario la construcción discursiva de la propia imagen del emisor, puesto que, como mostraremos a continuación, el discurso pone en marcha estrategias de alineamiento (u oposición) entre emisor y destinatario (Martín Rojo, 2006). El emisor no adopta una voz única en el texto; sino que se desdobra en distintas voces. Siguiendo a Oswald Ducrot (1984), hemos distinguido en el análisis del emisor las entidades discursivas de sujeto empírico y locutor, y hemos identificado la funcionalidad discursiva de cada una de estas entidades en la construcción discursiva del destinatario de las campañas.

Los sujetos empíricos de las campañas son los Ministerios de Sanidad y las ONG del “movimiento homosexual” o “movimiento LGTB” (FELGTB, Coordinadora Gai-Lesbiana, Fundación Triángulo y Colegas), y están representados en el texto mediante sus respectivos logotipos. La aparición de sujetos empíricos cumple una doble función en las campañas. Por una parte, su presencia contribuye a legitimar el discurso, que está avalado por las máximas instituciones y por la propia comunidad LGTB. Por otra, como ya hemos señalado, la presencia explícita de las asociaciones contribuye a definir la identidad del destinatario, en tanto que hombre homosexual o bisexual.

Por su parte, los locutores se representan en el discurso a través de dos recursos: el uso de imágenes y la inscripción lingüística en el texto escrito (deixis de persona). Las imágenes de las campañas representan a hombres homosexuales, ya sea figuras homosexuales públicamente reconocibles (como el presentador de televisión Jesús Vázquez, por ejemplo) o personas anónimas con algún atributo que les hace reconociblemente gais (actitud afectuosa con otro hombre, por ejemplo). Estos locutores son, asimismo, las entidades a las que se atribuyen los eslóganes de las campañas, que contienen marcas de referencia a la primera persona: singular explícita (“Por ti, por mí, hazte la prueba”), singular implícita¹⁴ (“Ponte una medalla”), plural inclusiva (“Entre nosotros: usa preservativo”) o plural exclusiva (“Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides”). La presencia de estos locutores en las campañas puede entenderse como una estrategia que persigue el alineamiento con el destinatario potencial de las campañas. En la tabla 2 puede verse, específicamente, la inscripción del emisor en el texto y sus posibles efectos en la construcción del destinatario.

Tabla 2. Inscripción lingüística del emisor y efectos sobre el destinatario del texto

| Campaña | Inscripción del emisor | Estrategia |
|--|--|---|
| 2006: "Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides." | Primera persona plural exclusiva. | Invitar al alineamiento con los locutores. |
| 2007: "Entre nosotros: usa preservativo." | Primera persona plural inclusiva. | Invitar al alineamiento con los locutores: el destinatario forma parte del grupo al que pertenecen los locutores (hombres públicamente homosexuales). |
| 2008: "Por ti, por mí, hazte la prueba." | Primera persona singular. | Buscar la empatía con el locutor (<i>por mí</i>). Recrea una situación de intimidad (sexual). |
| 2009: "Frente al VIH no bajas la guardia." | Primera persona singular (implícita en el imperativo). | Llamar la atención del destinatario e interpelarlo directamente en un mismo contexto social/sexual: relaciones sexuales entre HSH. |
| 2010: "Ponte una medalla." | Primera persona singular (implícita en el imperativo). | Llamar la atención del destinatario e interpelarlo directamente en un mismo contexto social/sexual: relaciones sexuales entre HSH. |
| 2011: "De hombre a hombre, habla del VIH." | Primera persona singular (implícita en el imperativo). | Invitar al alineamiento con los locutores: el destinatario forma parte del grupo al que pertenecen los locutores (hombres que tienen sexo con hombres). |

Los enunciados atribuidos a los locutores interpelan directamente al lector a adoptar un estilo de vida saludable: disfrutar del sexo de manera segura, usar el preservativo, realizarse la prueba de los anticuerpos para el VIH periódicamente, etc. Asimismo, desde un punto de vista visual, los locutores constituyen modelos deseables —hombres sanos y atractivos— con los que el lector potencial podría identificarse. Ahora bien, como sucede con las interpelaciones en general (Althusser, 1976), estas pueden dar pie a respuestas positivas —la aceptación de la llamada y el consiguiente alineamiento con el locutor— o negativas —el rechazo del requerimiento y la oposición al locutor—. Esto puede verse claramente en el eslogan de la campaña de 2006: el destinatario puede decidir disfrutar seguro, que es la invitación de la campaña, o, por el contrario, puede decidir disfrutar de forma no segura, construyendo, de este modo, una identidad reactiva.

Este alineamiento del locutor con el destinatario del discurso contrasta con lo que sucede en los segmentos más extensos de texto (en los folletos,

postales, páginas web), que contienen la parte más informativa de las campañas. En los segmentos informativos, la figura del emisor aparece en todas las campañas (del 2006 al 2010) como una entidad desfocalizada, esto es, el texto está redactado en tercera persona, de manera que los HSH no son “nosotros” sino “ellos” aparecen como los otros en el discurso, como se muestra en el siguiente ejemplo (4).

- (4) El porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) infectados por el VIH es muy alto. Los estudios realizados en hombres que acuden a locales de ambiente gay hace ya años que señalan que está aumentando. Uno de cada tres diagnósticos de VIH en España se debe a prácticas de riesgo entre hombres. Todo esto hace que aumente la probabilidad que tienes de tener sexo con hombres que tienen el VIH y, por lo tanto, de que puedas infectarte o reinfectarte. (Campaña 2008)

El carácter transaccional de este apartado del discurso, sumado al intento de legitimar el contenido del discurso presentándolo como algo objetivo, explican la elección de la tercera persona, frente al empleo de las primeras personas en los eslóganes. Solo de forma muy esporádica, el emisor aparece en el cuerpo del texto como la primera persona, con valor generalizador, como muestra (5), en el que la primera persona no se refiere a los HSH, sino a la humanidad.

- (5) El VIH actúa sobre nuestro organismo [...] El VIH destruye las defensas de nuestro organismo de forma progresiva y nos hace vulnerables a las infecciones. (Campaña 2007)

Por su parte, en la campaña de 2011, que tiene como objetivo fomentar el discurso acerca del VIH en la comunidad gay, sí existe una coincidencia entre el emisor y el locutor del texto. Se usan en el texto frases declarativas (“1 de cada 10 tenemos el VIH”), pero, sobre todo, frases exhortativas que invitan al destinatario a realizar una acción con el emisor (“hablemos sobre el VIH”, “hablemos de la prueba”, por ejemplo). En esta campaña, además, el locutor se representa como alguien con VIH: “algunos no saben que tienen el VIH, otros lo sabemos pero tenemos miedo a ser rechazados si lo decimos. Todos, VIH positivos o no, tenemos derecho a disfrutar de una sexualidad plena”. Cabe destacar, que esta campaña utiliza colores oscuros y una tipografía más seria que las anteriores (ver *Anexo*).

En definitiva, del análisis se desprende que en las campañas existe una tensión en la construcción del destinatario en cuanto a su identidad y estado serológico: por una parte, coexisten la denominación de HSH con referencias lingüísticas y visuales a la identidad gay y bisexual; por otra, aunque muchos enunciados presuponen un estado negativo frente al VIH, también se documentan esfuerzos por incluir explícitamente a un

destinatario con VIH. Asimismo, el destinatario también se construye a partir de la interpelación al alineamiento con los locutores de las campañas, que se presentan como hombres homosexuales, sanos y atractivos. Se construye de este modo un modelo correcto de HSH, que es aquel que tiene de manera consistente prácticas de sexo más seguro.

La construcción lingüística de la responsabilidad

El discurso de las campañas de promoción de la salud sexual dirigidas a HSH no solo construye a su destinatario ideal en relación con la imagen que se define del emisor, sino que también tiene una dimensión representativa, esto es, ofrece una visión particular de una serie de acontecimientos y de los actores sociales implicados en su desarrollo. En particular, las campañas de prevención definen quiénes son los agentes en quienes recae la responsabilidad de la prevención. Del mismo modo, estas cuestiones están estrechamente relacionadas con la infección por VIH, puesto que la existencia de este proceso es necesaria para poder hablar de prevención. Así, después de analizar el papel de los destinatarios y emisores en las campañas de promoción de la salud sexual, abordamos el estudio de la representación de los eventos de infección y prevención del VIH que se desprende de los textos. Sobre estos dos eventos giran la mayoría de los enunciados que componen las campañas, y el modo en que se construyen tiene implicaciones acerca de los mensajes de salud que se están transmitiendo en las campañas y, muy especialmente, sobre la construcción social de la responsabilidad de la infección por VIH.

La importancia de la responsabilidad es tal que la mayoría de las campañas (2006, 2007, 2008, 2010 y 2011) dedica un apartado a este tema. En este apartado, la responsabilidad se relaciona con el uso del preservativo en las relaciones sexuales y el cuidado de la salud sexual.

- (6) Todos tenemos el derecho a comunicar o no nuestro estado serológico. También tenemos el derecho y la *responsabilidad* de usar el preservativo en nuestras relaciones sexuales. Asume la *responsabilidad* del cuidado de tu salud. No esperes que otros la asuman por ti. (Campaña 2006)
- (7) Todos compartimos nuestra vida con personas que tienen VIH, nos lo digan o no. Pueden ser amigos, compañeros de trabajo o de fiesta, nuestra pareja u otros hombres con los que tenemos sexo... Algunos no saben que tienen el VIH, otros lo sabemos pero tenemos miedo a ser rechazados si lo decimos. Todos, VIH positivos o no, *tenemos derecho* a disfrutar de una sexualidad plena. Usa siempre preservativo con lubricante para la penetración anal y evita la eyaculación en la boca. (Campaña 2011)

Como se puede observar en (6) y (7), se sitúa la responsabilidad de la prevención en la persona que tiene la práctica sexual. Asimismo, se intenta

matizar el peso social que recae sobre quienes conviven en el VIH con enunciados como "la responsabilidad de evitar la transmisión del VIH y del cuidado de la salud sexual corresponde a cada persona" (campaña 2006). Este discurso contrasta con la representación que se hace en las campañas de los eventos de prevención e infección y que asigna un papel desigual a las personas VIH- y VIH+ en estos procesos.

El evento de prevención se representa mediante metáforas que hacen referencia a la dicotomía éxito frente a fracaso. Como se muestra en (8) y (9), el VIH/sida se presenta como un campeonato o una batalla que hay que ganar. Esta metáfora (que es la imagen gráfica de dos de las campañas) pone de relieve la responsabilidad sexual individual; es decir, resalta la importancia de la prevención, sobre todo, individual. Este tipo de mensajes no solo interpelan (de forma positiva) a aquellas personas que quieren protegerse en sus prácticas sexuales y que no están infectadas por el VIH. Tienen, también, efectos en las personas con VIH y en las personas que pueden haber "fallado" en sus prácticas de cuidado sexual. Por otra parte, se deduce que los HSH con VIH han fallado en su cuidado de la salud sexual (no han vencido, no han ganado). En definitiva, estas metáforas implican que las prácticas de sexo menos seguras son fallos en la propia prevención y, por tanto, errores o fracasos personales.

- (8) Frente al VIH, no bajes la guardia. (Campaña 2009, imagen gráfica de un chico con guantes de boxeo)
- (9) Ponte una medalla. (Campaña 2010, imagen gráfica de un torso con un preservativo como medalla colgado del cuello)

Existe también una diferencia entre personas VIH- y VIH+ en cuanto a la agentividad que se les asigna en los enunciados que describen medidas de prevención en las prácticas sexuales. Habitualmente, se resalta la agentividad de las personas VIH- sobre el propio cuidado de su salud sexual, como pone de relieve el uso de estructuras claramente agentivas, como el uso de construcciones imperativas ("usa siempre un preservativo"), perífrasis de modalidad dinámica ("puedes reducir —no eliminar— el riesgo de infectarte si usas mucha cantidad de lubricante tanto si penetras como si eres penetrado") o construcciones finales ("para no infectarte por el VIH durante una felación, puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca"). En este sentido, el papel de la persona que no está infectada por el VIH es el de protegerse, el de cuidarse. Por el contrario, la persona con VIH no suele quedar representada como agente en los enunciados que describen medidas de prevención. Como ya observamos, solo la campaña de 2007 habla sistemáticamente de infección y reinfección. En este sentido, las campañas tienden a representar el evento de prevención desde la perspectiva

de solo uno de los agentes implicados (la persona VIH-) y en términos de éxito o fracaso.

En la representación del evento de infección, tiene una gran relevancia la selección léxica. Desde un punto de vista biológico, para que se produzca una infección por VIH, es necesaria la presencia del virus en un fluido corporal con concentración suficiente —sangre, semen, fluido vaginal, leche materna, en orden descendente— y una puerta de entrada a un organismo —como heridas o mucosas—. Ahora bien, este proceso puede describirse con distintas palabras cuyas connotaciones tienen un impacto en la construcción social del VIH. Hablar de *contagio*, *infección* o *transmisión* no tiene las mismas implicaciones. En la actualidad, las guías de comunicación sobre el VIH para distintos colectivos —en especial para los medios de comunicación— desaconsejan el término *contagiar* por considerar que crea alarma social y estigmatiza a las personas con VIH (CESIDA, 2011). En las campañas, se opta por los lexemas *infectar* y, en mucho menor medida, *transmitir* (y sus correspondientes nombres deverbales *infección* y *transmisión*)¹⁵. Aparentemente puede considerarse que ambos términos son sinónimos, puesto que, como se observa en las entradas correspondientes del DRAE, la acepción 4 de *transmitir* es, a grandes rasgos, equivalente a *infectar*:

infectar (Del lat. *infectare*) 1. tr. Dicho de algunos microorganismos patógenos, como los virus o las bacterias: Invadir un ser vivo y multiplicarse en él. 2. tr. Corromper con malas doctrinas o malos ejemplos. U. t. c. prnl. 3. prnl. Dicho de un ser vivo: Resultar invadido por microorganismos patógenos. (DRAE, 2001: sv. *infectar*)

transmitir. (Del lat. *transmittre*). 1. tr. Trasladar, transferir. 2. tr. Dicho de una emisora de radio o de televisión: Difundir noticias, programas de música, espectáculos, etc. U. t. c. intr. 3. tr. Hacer llegar a alguien mensajes o noticias. 4. tr. Comunicar a otras personas enfermedades o estados de ánimo. 5. tr. Conducir o ser el medio a través del cual se pasan las vibraciones o radiaciones. 6. tr. En una máquina, comunicar el movimiento de una pieza a otra. U. t. c. prnl. 7. tr. Der. Enajenar, ceder o dejar a alguien un derecho u otra cosa. (DRAE, 2001: sv. *transmitir*)

No obstante, la elección de uno u otro término tiene implicaciones para la representación del evento de infección. La palabra *infectar* posee connotaciones negativas de las que *transmitir* carece. El término *transmitir*, por su parte, posee un significado muy general que se emplea en ámbitos muy diversos de la experiencia humana, como ponen de manifiesto las propias acepciones del término en el diccionario, mientras que la palabra *infectar* está especializada en el ámbito de las enfermedades, que constituyen el polo negativo de la dicotomía salud frente a enfermedad¹⁶. Por ello, hablar de *infección*, *infectabilidad* o *personas infectadas* implica

una valoración negativa sobre las situaciones o las personas que se representan en el discurso.

La agentividad concedida a las personas en el evento de infección se deriva, en gran medida, de la diferencia observada en el evento de prevención. Si la prevención está dirigida casi exclusivamente a personas VIH-, es lógico que estas se representen como pacientes en el proceso de infección y que, por el contrario, las personas con VIH se presenten como agentes o causas de este proceso. Por ejemplo, las personas que no se han hecho la prueba aun habiendo tenido prácticas de riesgo se presentan en el discurso como un agente muy infeccioso (y, por lo tanto, responsable de la infección de los otros), como se muestra en (10). Por su parte, las personas que sí están diagnosticadas también se representan, en algunos fragmentos del texto (11), como agentes de la infección.

- (10) El retraso diagnóstico también tiene implicaciones sobre la salud colectiva. Aumenta el riesgo de transmisión a la pareja sexual por no adoptar las medidas de protección necesarias [...] la infectabilidad es especialmente elevada en las primeras semanas después de contraer la infección y tiempo más tarde, cuando se deterioran las defensas. (Campaña 2008)
- (11) Consumir alcohol u otras drogas puede hacer que estés más predispuesto a la práctica del sexo anal sin protección y por tanto a infectarte o transmitir el VIH y otras ITS. (Campaña 2007)

Además, esta responsabilidad sobre la persona con VIH coexiste en el texto con un intento de alarmar al destinatario. Como se observa en (12), se advierte del riesgo de infección en el sexo anal sin preservativo —de hecho, en este fragmento no se habla de sexo anal sin preservativo, sino solo de sexo anal—. Del mismo modo, en el ejemplo (13), se hace explícito el riesgo que implica tener sexo desprotegido entre hombres, resaltando el peligro que supone practicar sexo con una persona con VIH. De hecho, como se muestra en (13), en esta misma campaña se llega a recomendar la prueba sin necesidad de haber tenido prácticas de riesgo para la infección por VIH.

- (12) Las relaciones sexuales entre hombres con frecuencia implican prácticas de penetración anal, estas llevan consigo un riesgo muy elevado [...] tanto para el que penetra como para el que es penetrado aunque para el que penetra el riesgo es menor. [...] La prevalencia frente al VIH en HSH ha ido aumentando a lo largo de los últimos años, lo que conlleva una mayor probabilidad de tener sexo con un hombre cuyo estado frente al VIH puede ser distinto al tuyo, tanto en el sexo ocasional como en las parejas. (Campaña 2006)
- (13) En los estudios realizados en España uno de cada diez hombres que tienen sexo con hombres está infectado por el VIH. Cuando la proporción de hombres infectados es más alta, como ahora, bajar la guardia supone un mayor riesgo de infección. [...] Una vez al año, hazte la prueba. (Campaña 2010)

Con todo, existe un intento constante por evitar representar a las personas con VIH como agentes de la infección con diferentes estrategias. Por una parte, se utilizan nominalizaciones como "en cualquiera de las fases de la infección por VIH la transmisión a otras personas es posible". En este tipo de estructuras, se intenta representar la acción de manera impersonal, como consecuencia de no mencionar a un sujeto. Por otra parte, también se recurre en ocasiones a metonimias que evitan la referencia a la persona con VIH: "solo la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna pueden tener una concentración suficiente de virus en las personas infectadas para transmitirlo". Finalmente, en algunos fragmentos, se hace referencia a otro tipo de metonimias: las prácticas como causas de la infección —"la penetración anal sin preservativo es una práctica sexual de riesgo para el VIH".

En suma, del análisis se desprende que las personas VIH- se presentan como agentes del cuidado de su salud sexual (y se omite, en la mayoría de las campañas a la persona con VIH de este papel), mientras que las personas con VIH se presentan como agentes de la infección (aunque hay un intento por evitarlo con formulaciones lingüísticas que atenúan su responsabilidad); por contrapartida, las personas que no están infectadas son el paciente en este proceso. Asimismo, el análisis ha puesto de manifiesto los efectos de algunos de los mecanismos discursivos (lingüísticos y visuales) de representación de los eventos de prevención e infección: (i) la amenaza para la imagen de las personas que supone la conceptualización de la prevención en términos de éxito o fracaso —mediante las metáforas de las competiciones y los combates de boxeo— y (ii) la connotación negativa asociada al término *infectar* —y, por extensión, a "las personas infectadas".

La promoción de conductas: obligaciones y justificaciones

Tal como acabamos de analizar, el discurso de las campañas ofrece una representación de los eventos de prevención y transmisión del VIH en HSH en la que la situación frente al VIH tiene una especial relevancia. Ahora bien, a la función representativa se suma una función interpersonal. Tal como hemos señalado, estas campañas se elaboraron bajo el calado conductual de los Planes Multisectoriales del Sida y, por ello, han estado dirigidas "a reducir entre los hombres homosexuales, el número de ocasiones en las que se produce la penetración anal no protegida entre hombres de estado serológico discordante" y a "prevenir las recaídas y fomentar la adherencia a las prácticas sexuales más seguras", principalmente (Plan Nacional sobre el Sida, 2008: 29).

Esta dimensión interpersonal del discurso se manifiesta en el uso de una serie de enunciados directivos que describen las conductas que se quieren promover entre los HSH, muy especialmente el empleo del preservativo en el sexo anal y el sexo oral sin eyaculación en la boca. Ahora bien, el discurso no es solo un listado de enunciados directivos; la finalidad directiva del discurso implica el despliegue de una serie de estrategias persuasivas. Con el objetivo de convencer al destinatario de la conveniencia de adoptar los comportamientos descritos en las campañas, en estas se recurre a argumentos de diverso tipo, que justifican tanto la obligatoriedad de las medidas de prevención como de la propia intervención. En este apartado, analizamos la dimensión retórico-argumentativa del discurso teniendo en cuenta dos aspectos: el grado de obligatoriedad con que se presentan las estrategias de prevención descritas en las campañas y las estrategias argumentativas movilizadas para persuadir al destinatario de la conveniencia de adoptar estos comportamientos.

En términos generales, las campañas recurren a formulaciones lingüísticas que codifican un alto grado de obligatoriedad. Aunque en ocasiones se recurre a formulaciones que expresan obligación indirectamente (14), generalmente se recurre a enunciados con formas de imperativo de segunda persona (15) o fragmentos con valor imperativo (16).

- (14) Es importante que te hagas esta prueba si tus prácticas sexuales no han sido seguras. (Campaña 2007)
- (15) Usa el preservativo. (Campañas 2007 y 2008)
- (16) No sin él (Campañas 2007, 2008)

La construcción con imperativo se caracteriza por un determinado posicionamiento de los interlocutores: (i) el destinatario queda construido como la persona que debe realizar la acción —en (16), usar un preservativo— y (ii) el emisor se construye como alguien que desea que se realice esa acción. Además, desde el punto de vista de su distribución en el discurso, los imperativos ocupan dos tipos de posiciones: (i) fuera del cuerpo de texto, como eslogan de la campaña (17) o titular de una sección (18); y (ii) dentro del cuerpo del texto (19).

- (17) De hombre a hombre, habla del VIH. (Campaña 2011)
- (18) Hazte la prueba. (Campaña 2008)
- (19) Si has padecido alguna infección de transmisión sexual [...], hazte la prueba. (Campaña 2008)

En el cuerpo de texto, los imperativos se emplean para describir el comportamiento adecuado en una determinada situación. En este sentido, las campañas se asemejan a géneros normativos o instruccionales, como las

guías o manuales (Silvestri, 1995), que describen el funcionamiento de ciertos aspectos de la realidad. En la siguiente tabla se relacionan ciertas situaciones relevantes desde la perspectiva de la prevención y las acciones que se proponen como comportamientos apropiados en esa situación:

Tabla 3. Comportamientos correctos para cada una de las situaciones de prevención descritas en los enunciados

| Situación | Comportamiento correctos | Campañas |
|---|--|------------|
| En el sexo oral | La felación tiene mucho menor riesgo que la penetración anal, pero evita que eyaculen en tu boca. En caso de que ocurra, no tragues el semen y enjuágate sólo con agua prescindiendo de cualquier otro producto. No te cepilles los dientes antes o después de practicar sexo oral. | 2009 |
| En el sexo anal | Usa siempre un preservativo. Desde el principio de la penetración junto con abundante lubricante soluble en agua. | 2007, 2008 |
| En el sexo en grupo | Si haces sexo en grupo, usa un preservativo nuevo con cada persona. [...] Si entras a un "cuarto oscuro" o a una sauna, lleva preservativos siempre contigo. | 2006 |
| Después de haber tenido una práctica de riesgo | Si te ocurre [práctica de riesgo con HSH con VIH], acude a un hospital para que los profesionales valoren tu caso particular. Si has tenido una práctica de riesgo no esperes, hazte la prueba. Acude a tu médico, centro sanitario u ONG especializada. Allí valorarán tu caso y te dirán si has de repetirla y cuándo. | 2009 |
| Antes de dejar de usar el preservativo en una relación estable | Si tienes pareja fija y queréis dejar de usar el condón, hacéos la prueba y repetidla 3 meses después de la última práctica de riesgo. | 2008 |

Finalmente, desde un punto de vista interaccional, las construcciones con imperativo requieren de algún tipo de respuesta por parte del destinatario. Tras dirigir un enunciado con imperativo a una persona, esta no puede permanecer callada: debe aceptar o rechazar la acción que se le propone (Gallardo-Paúls, 1996). Socialmente, la respuesta preferida es la aceptación; el rechazo requiere un mayor trabajo de imagen. En cualquier caso, la elección del imperativo tiene una contrapartida interaccional: se está construyendo un escenario discursivo en el que el destinatario tiene que

alinearse con el comportamiento descrito o bien rechazarlo posicionándose, así, en contra.

La obligatoriedad de los comportamientos se refleja asimismo en el hecho de que habitualmente no se presentan conductas alternativas. Generalmente, las campañas indican cuál es el comportamiento adecuado en una determinada situación —es lo que se muestra en (20)—. En la situación de practicar sexo anal, la conducta apropiada es usar un preservativo. En estos enunciados, los comportamientos se describen en términos binarios: sexo seguro frente a sexo no seguro. De hecho, aunque se emplea el término “sexo más seguro”, que implica gradualidad en la concepción del riesgo, las opciones que se proponen son limitadas:

(20) **¿Qué significa sexo más seguro?**

Significa una reducción muy considerable del riesgo de transmisión sexual de enfermedades incluido el VIH. Para ello, es preciso seguir los siguientes principios básicos:

- Utilizar el preservativo y un lubricante hidrosoluble para la penetración anal o vaginal, en todas las relaciones sexuales y desde el principio de la penetración.
- Evitar la eyaculación en la boca o utilizar el preservativo para el sexo oral. Si se produce eyaculación no tragar el semen. (Campaña 2007)

En el fragmento anterior, se describe el sexo más seguro como la adopción de dos comportamientos (uso de preservativo y lubricante, y evitación de la eyaculación en la boca). La única alternativa se ofrece en el sexo oral (optar en el uso del preservativo o evitar la eyaculación en la boca, y, si esta se produce, evitar tragar el semen). La alternativa a este planteamiento consiste en concebir el riesgo de las prácticas sexuales de manera gradual: existen prácticas más o menos seguras. Esta estrategia de prevención, conocida como reducción de riesgos, queda recogida en el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida, que reconoce que la promoción del uso del preservativo resulta insuficiente como única estrategia de prevención:

En los contextos en los que el uso del preservativo no es realista o no es deseado hay que proporcionar herramientas alternativas que eviten el vacío que se deriva del dilema condón o nada. La reducción de riesgos y daños en la transmisión sexual del VIH pretende complementar el uso del preservativo en esas circunstancias. (Plan Nacional sobre el SIDA, 2008: 43).

La estrategia de la reducción de riesgos (que se ha aplicado ampliamente en intervenciones en el ámbito del consumo de drogas, véase Ilundain y Marquez, 2005) y la toma de decisiones informada, frente a un modelo más conductual, implican un menor grado de obligatoriedad de los

comportamientos propuestos. El destinatario puede decidir entre una serie de acciones en función del grado de riesgo que esté dispuesto a asumir. Se trata, por lo tanto, de cambiar del modelo del “sí” o “no” frente a la prevención, a concebir la posibilidad de prevenirse en una escala gradual. Esta estrategia está presente de forma esporádica en las campañas analizadas y en una proporción mucho menor: solo se habla de reducción de riesgos en dos de las campañas. En estas, se introduce la noción de reducción de riesgos en la descripción de los objetivos generales:

- (21) Te ofrecemos la información elemental para que con ella puedas decidir qué riesgos quieres asumir y qué es lo mejor para ti con respecto al VIH y otras ITS. (Campaña 2007)
- (22) Es importante que conozcas los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas frente al VIH, las prácticas de sexo más seguro, el uso correcto del preservativo o la importancia del diagnóstico precoz del VIH para que puedas decidir qué es lo mejor para ti con respecto al VIH y otras ITS. (Campaña 2008)

De ambos fragmentos se desprenden dos aspectos relevantes para la conceptualización del grado de obligatoriedad de los comportamientos relacionados con la salud sexual: (i) la existencia de diversas opciones y, por tanto, la conceptualización del riesgo en términos graduales, y (ii) la capacidad de decisión del destinatario, que se construye como una persona capaz de evaluar diversas opciones y tomar decisiones. La perspectiva de la reducción de riesgos se aplica en las campañas en el tratamiento del sexo anal y oral, como alternativa al uso del preservativo como única estrategia de prevención:

- (23) Si decides no usar un preservativo, además del riesgo real de infectarte por el VIH, es conveniente que sepas que es más fácil que te infectes cuando eres penetrado, evita que te eyaculen en el recto. Puedes reducir —no eliminar— el riesgo de infectarte/reinfectarte si usas mucha cantidad de lubricante, tanto si penetras como si eres penetrado. (Campaña 2008)
- (24) Para no infectarte por el VIH durante una felación, puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca. (Campaña 2008)

La reducción de riesgos recibe una evaluación distinta en el sexo anal y el sexo oral. En el sexo anal, las estrategias de reducción de riesgos descritas se juzgan como soluciones menos adecuadas que el uso del preservativo. Esto se pone de manifiesto en la mención explícita al “riesgo de infectarte por el VIH” si se decide no usar el preservativo y la puntualización de que el lubricante “reduce” el riesgo de transmisión, pero no lo “elimina”. Se recalca, así, el riesgo que estas prácticas suponen para la salud del destinatario. En cambio, en el caso del sexo oral, el uso del preservativo se

igual a la evitación de la eyaculación en la boca, como pone de manifiesto el uso de la conjunción disyuntiva *o*.

Por su parte, la inclusión de estrategias de reducción de riesgos tiene como resultado el uso de formas lingüísticas que codifican un mayor grado de opcionalidad, como la perífrasis verbal <*poder* + infinitivo> ("puedes reducir", "puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca"), que construye al sujeto como un individuo con la capacidad y la autonomía de optar por diversas opciones. Con todo, no se abandonan por completo los imperativos, como "evita que te eyaculen en el recto", que posiciona al destinatario como el individuo que *debe* realizar la acción.

Otro aspecto que afecta a la interpretación del grado de obligatoriedad de los comportamientos propuestos es el tipo de estrategias argumentativas empleadas. En muchos casos, la recomendación de comportamientos va acompañada de argumentos que pretenden convencer al destinatario de adoptar determinadas acciones¹⁷, de modo que el discurso se articula como una argumentación formada por premisas (los argumentos) y conclusiones (los comportamientos o creencias que quieren modificarse o mantenerse). En el análisis, hemos observado dos fenómenos relevantes desde un punto de vista argumentativo: (i) la presencia o ausencia de argumentos que justifiquen la conclusión y (ii) la tipología de argumentos empleados (positivos vs. negativos).

El primer aspecto que resulta relevante desde la perspectiva argumentativa es el hecho de que ciertas conclusiones se presenten desprovistas de argumentos que las justifiquen, de modo que deban ser aceptadas sin reservas por el destinatario. Es lo que sucede, por ejemplo, con la no discriminación a las personas con VIH. En diversas campañas se indica que no debe discriminarse a las personas VIH+, pero no se da ningún argumento que apoye dicha afirmación (25, 26). Solo se desarrolla la no discriminación a HSH con VIH en la campaña de 2011 ("De hombre a hombre, habla de VIH"), a través del texto reproducido en (27).

(25) No discrimines a las personas con VIH. (Campañas 2007 y 2008)

(26) La solidaridad y respeto a las personas con VIH es fundamental. (Campaña 2009)

(27) Si el VIH no discrimina, no lo hagamos nosotros. Todos compartimos nuestra vida con personas que tienen VIH, nos lo digan o no. Pueden ser amigos, compañeros de trabajo o de fiesta, nuestra pareja u otros hombres con los que tenemos sexo... Algunos no saben que tienen el VIH, otros lo sabemos pero tenemos miedo a ser rechazados si lo decimos. Todos, VIH positivos o no, tenemos derecho a disfrutar de una sexualidad plena. (Campaña 2011)

Los argumentos que se ofrecen son dos: (i) las personas con VIH forman parte de nuestro entorno cercano, no son extraños, y (ii) el derecho a disfrutar de una sexualidad plena independientemente de la situación frente

al VIH. No obstante, en la misma campaña, se advierte de los peligros de la infección y se contrarrestan los avances en su tratamiento, poniendo de relieve el impacto del VIH frente a la salud:

- (28) Hablemos sobre el VIH. Porque la infección por el VIH no tiene curación ni vacuna. Porque aunque tomar la medicación rigurosamente y de por vida mejora la calidad y expectativa de vida, la infección siempre tiene consecuencias graves para la salud. Porque en España ya somos más los hombres que nos infectamos por prácticas homosexuales que los que se infectan por prácticas heterosexuales. (Campaña 2011)

En el propio discurso, coexisten argumentos que conducen a conclusiones distintas. Por una parte, se alerta acerca del peligro y la gravedad de la infección por VIH, lo cual conduce a reforzar la creencia extendida socialmente de que el VIH/SIDA es una grave enfermedad mortal y, en consecuencia, que las personas con VIH son enfermos graves. Esta creencia contrasta con la realidad médica del VIH en las sociedades occidentales. Por otra parte, las campañas también intentan concienciar acerca de la no discriminación a las personas con VIH. Sin embargo, es difícil convencer de la no estigmatización de las personas con VIH si a lo largo del discurso son numerosas las referencias a la gravedad del VIH y al papel de las personas con VIH en el proceso de infección.

En cuanto a la tipología de argumentos, hemos distinguido argumentos positivos y negativos. Este criterio nos permite diferenciar dos tipos de actos de habla: la recomendación y la advertencia. Ambos tipos de acciones persiguen convencer al destinatario de la conveniencia de un determinado comportamiento. La diferencia entre ambas radica en la manera en que construyen la finalidad de la acción propuesta: mientras que las recomendaciones conducen a obtener un beneficio para el destinatario, la advertencia persigue evitar un perjuicio (Gras y García, 2010). Esta diferencia explica la distinta evaluación que recibe el comportamiento descrito en ambos tipos de actos de habla: las recomendaciones tienden a justificarse mediante argumentos positivos, mientras que las advertencias están negativamente connotadas.

Muchos de los comportamientos descritos en las campañas se presentan como medidas eficaces para evitar la infección. Es lo que sucede en el ejemplo (24) —reproducido de nuevo como (29)—. En este caso, se argumenta a favor de usar el preservativo o evitar la eyaculación en la boca como formas de evitar un estado de cosas no deseable (la infección por el VIH). Solo en algunas ocasiones se perfila un resultado positivo como resultado de las medidas de prevención. En el fragmento de (30), se recomienda el uso de la prueba como una forma de alcanzar un estado positivo (“te quedarás tranquilo”).

- (29) Para no infectarte por el VIH durante una felación, puedes usar un preservativo o evitar la eyaculación en la boca. (Campaña 2008)
- (30) Si has tenido una práctica de riesgo, te interesa saber si estás infectado. Cuando hayas tomado la decisión de hacerte la prueba, acude a tu médico u otro centro sanitario. Allí valorarán tu caso, te indicarán la prueba y te dirán si has de repetírtela y cuándo. Así saldrás de la incertidumbre. Si el resultado es negativo, te quedarás tranquilo sabiendo que no tienes el VIH. (Campaña 2008)

En suma, del análisis retórico-argumentativo se puede concluir que el discurso de las campañas privilegia una concepción binaria de las prácticas sexuales, como seguras o no seguras. A pesar de que las campañas hacen mención explícita a estrategias de reducción de riesgos que conceptualizan el riesgo de forma gradual, la mayoría de enunciados describen cuál es el comportamiento correcto en cada situación. Esta concepción binaria se relaciona con el empleo mayoritario de formas que codifican un alto grado de obligatoriedad (como los imperativos) y que interpelan al destinatario a posicionarse a favor o en contra de las acciones propuestas. Asimismo, desde un punto de vista argumentativo, hemos observado que no todos los comportamientos se justifican con argumentos y que, en muchos casos, los argumentos se presentan en términos negativos favoreciendo, pues, que sean interpretados como advertencias.

Discursos en conflicto

El análisis realizado en las tres secciones precedentes ha puesto de manifiesto la tensión en las campañas entre dos discursos de prevención. Por una parte, se identifica un discurso de base conductual que pretende mantener y promover unas prácticas de salud sexual, desde una concepción dicotómica del riesgo y que se dirige fundamentalmente a un destinatario no infectado por el VIH. Por otra parte, las campañas también dan cabida a un método de prevención más holístico que tiene en cuenta la salud de todas las personas (VIH- y VIH+), desde una concepción gradual del riesgo. La tensión entre ambos discursos está presente en cada uno de los niveles de análisis que hemos tenido en cuenta en este artículo.

En el nivel pragmático-enunciativo, las campañas oscilan en la construcción del destinatario potencial en dos aspectos. Por una parte, aunque se intenta definir al destinatario a través de sus prácticas (HSH) y no de su identidad sexual (gay o bisexual), el discurso contiene numerosas referencias a la homosexualidad. Por otra, aunque se observa un intento por incluir a las personas con VIH en los enunciados de prevención, son mayoritarios los segmentos de discurso que presuponen a un destinatario no infectado por el VIH. Por último, se observa un intento por presentar un

modelo correcto de HSH, como una persona sana y atractiva que tiene de forma constante prácticas de sexo seguro.

En el nivel semántico-predicativo, la tensión se manifiesta en la responsabilidad asignada a las personas en los procesos de prevención e infección por el VIH. La tendencia mayoritaria consiste en representar a las personas sin VIH como agentes de los procesos de prevención —esto es, como responsables del cuidado de su propia salud— y a las personas con VIH como responsables de la salud de otros. Asimismo, la construcción discursiva de la prevención y la infección contribuyen a ofrecer una visión negativa de la infección, ya sea por la propia connotación negativa de la palabra *infección*, ya sea por el empleo de metáforas que conceptualizan la infección como una derrota.

En el nivel retórico-argumentativo, el contraste se manifiesta entre una concepción binaria y una concepción gradual del riesgo de las prácticas sexuales. Si bien son varias las campañas en las que se hace referencia a una asunción gradual de riesgos en las prácticas sexuales, en la práctica, las campañas tienden a recomendar con formas obligativas los comportamientos que se consideran correctos, sin dar cabida en la mayoría de los casos a estrategias de reducción de riesgos. Además, es habitual que los comportamientos se justifiquen de forma negativa, de modo que las campañas tienden a destacar los peligros que entrañan determinadas prácticas sexuales como forma de persuasión.

Conclusiones: abriendo camino hacia la promoción de la salud sexual

En definitiva, el estudio de las campañas de prevención de VIH dirigidas a HSH en España nos permite delimitar la tensión que existe en los materiales de prevención entre un enfoque dirigido a la promoción de la salud sexual que permite integrar nuevas estrategias de prevención y que incluye a las personas con VIH en sus mensajes, y un enfoque dirigido a frenar los nuevos casos de infección, promocionar la detección precoz y sensibilizar acerca de la necesidad de iniciar cuanto antes el tratamiento para el VIH, dirigido, sobre todo, a las personas no infectadas. Desde una perspectiva crítica, los discursos de las campañas analizadas tienen, asimismo, un efecto sobre la propia prevención. En la escena social que se construye en la recepción del mensaje preventivo se establecen los roles de los diferentes participantes de la acción.

Como se desprende del análisis, las campañas definen las prácticas y los sujetos correctos y, por tanto, deseables: (i) las prácticas de sexo más seguro y la responsabilidad sobre la salud sexual, y (ii) las personas que triunfan en la prevención —un modelo de hombre homosexual/bisexual,

sano, atractivo y que tiene, de forma consistente, prácticas de sexo más seguro—. Del mismo modo, las campañas también definen las prácticas y los sujetos no deseables: (i) las prácticas que ponen en riesgo al individuo y a la comunidad —muy especialmente, la penetración anal sin preservativo—, (ii) las personas que ya han fallado en la prevención —HSH con VIH— y (iii) las personas que están poniendo en riesgo su salud y la de los demás —los HSH que tienen prácticas de riesgo, especialmente si son HSH con VIH o si desconocen su situación frente al VIH—. Aunque existe un intento evidente por alejarse de los estereotipos sobre la infección por VIH, las campañas los repiten en sus discursos, construyendo un destinatario ideal que no es agente de la infección y a quien se le advierte del riesgo que existe cuando tiene, de forma repetida, sexo esporádico sin protección con otros hombres. Siguiendo la teoría de la interpelación, puede entenderse que, dado que el discurso se plantea en términos binarios —sexo seguro frente a sexo no seguro—, quien recibe las campañas es llamado a posicionarse frente a la prevención del VIH como una persona que sigue (o no) las conductas deseables. Además, el hecho de que se utilicen imperativos y otras formas directivas en esta interpelación favorece la necesidad de tener que dar una respuesta.

Como ya se ha señalado, el Plan Nacional sobre el Sida (y sus Planes Multisectoriales) apuestan por alejarse de un modelo que culpabilice a la persona con VIH y que no ofrezca alternativas al uso del preservativo. Sin embargo, que exista la obligatoriedad de responder “sí” al sexo más seguro implica que haya personas que respondan con “no”. Del mismo modo, que se defina como deseable el cuidado de la propia salud implica que la ausencia y el fallo en el autocuidado se valoren negativamente. En tanto que agente en un contexto social, las campañas contribuyen a la formación de sujetos: quienes se protegen (y seguirán sanos), y quienes no lo hacen (y se infectarán) o no lo han hecho (y se han infectado). La existencia de esta dicotomía se pone de relieve, por ejemplo, en los discursos de personas que rechazan el uso del preservativo en las relaciones sexuales de forma consciente (*barebacking*) o que buscan infectarse por el VIH (*serosorting*) (Fernández-Dávila, Folch, Zaragoza y Casabona, 2011). De modo similar, la valoración negativa del VIH es un factor que contribuye a que haya personas que no acuden a realizarse la prueba, aun habiendo tenido prácticas de riesgo, por el miedo a la infección y a la discriminación social (Martín-Pérez et al., 2007).

Las campañas establecen, en definitiva, unos parámetros de qué es lo que la persona tiene que hacer, desde los límites de lo que es lo correcto/normal y, en contraposición, lo que es incorrecto/anormal. No es difícil, de hecho, reconocer en los discursos analizados un contexto cultural e histórico que enmarca la propia intervención y que responsabiliza a la

persona con VIH y asocia la homosexualidad con la infección. No cuestionamos en este artículo la necesidad de que las administraciones públicas destinen recursos a la promoción de la salud sexual. De hecho, cabe destacar que las campañas que hemos analizado suponen el mayor esfuerzo concedido en España a la prevención del VIH dirigida a HSH, que contrasta radicalmente con la drástica reducción de la partida destinada a esta intervención en los presupuestos aprobados por el Partido Popular desde la legislatura iniciada en 2011. Sin embargo, consideramos que es necesario reflexionar sobre cómo se construyen las acciones de prevención en la actualidad y, especialmente, sobre cómo los discursos que se han venido llevando a cabo a lo largo de los diferentes años de prevención y atención a personas con VIH permean en la intervención actual.

Al planificar y llevar a cabo la intervención social en materia de prevención es necesario conocer y redefinir el contexto social desde el que está pensada. Si la prevención se lleva a cabo siguiendo el modelo cultural en el que están inscritas las representaciones sociales que se quieren evitar, probablemente estas volverán a reproducirse. Es lo que se sucede en la tensión que se plasma en los discursos de las campañas. No basta con intentar incluir nuevas estrategias de prevención o con pretender no culpabilizar a las personas con VIH de la infección. Para que no persistan los estereotipos, el enfoque en la intervención social debe pensar cómo se han construido cada uno de los significados sociales asociados al problema en el que se está trabajando (en este caso, la infección por VIH y los casos de sida). En primer lugar, las intervenciones necesitan tener en cuenta que la obligatoriedad de protección en las prácticas de sexo entre hombres está marcada (incluso, moralmente) por el hecho de que, desde los primeros casos de sida, la homosexualidad y la infección por VIH han estado asociados (Llamas, 1995; Butler, 1992) y los efectos de las primeras muertes por sida han sido devastadores para la comunidad LGTB. En segundo lugar, se debe incluir un enfoque basado en derechos humanos en la prevención del VIH que, además de no estigmatizar a la persona con VIH, pueda cuestionar hasta qué punto la infección es un fracaso individual. Este enfoque debe tener en cuenta, además, la realidad de la situación actual (los avances en la calidad de vida de las personas con VIH). Para ello, en línea con lo propuesto por Russell Spears (1997), es necesario construir espacios sociales que incluyan las necesidades de los diferentes actores que están involucrados en la infección por VIH en HSH —no solo las directrices del Gobierno de España y el apoyo de las asociaciones LGTB, sino también el enfoque de personas con VIH o personas que asumen un cierto riesgo en sus prácticas, por ejemplo.

Agradecimientos

En primer lugar, este artículo ha sido posible gracias a la colaboración del Centro de Documentación y Servicios de Prevención en VIH/sida de Sida Studi, quienes nos han dado acceso a las campañas de prevención que hemos analizado en esta investigación. Estamos especialmente agradecidos a Anna López y Raquel Taranilla, por la atenta revisión y el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de análisis; a Barbara De Cock y Carolina Figueras, por sus comentarios y reflexiones; a Luis Villegas y Rubén Mora, por las discusiones que han enriquecido la perspectiva de intervención de este estudio; y a los revisores, por su atenta lectura y sugerencias de mejora. Agradecemos, finalmente, la colaboración de Marisela Montenegro, directora de la tesis en la que se inscribe esta investigación, por sus aportaciones desde el campo de la Psicología Social Crítica. Los autores asumimos la responsabilidad final de la investigación.

Notas

¹ Este artículo es parte de un proyecto de investigación en el marco del Programa de Doctorado en Psicología Social en la Universitat Autònoma de Barcelona. La directora de tesis de esta investigación es Marisela Montenegro.

² Ministerio de Sanidad y Consumo (2004-2008), Ministerio de Sanidad y Política Social (2008-2010), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010-2011) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011-actualidad).

³ Aunque en este artículo nos centramos en la información dirigida a HSH, los Planes Multisectoriales no solo tienen en cuenta la prevención en este tipo de prácticas, sino que se definen líneas de acción generales —para toda la población— y líneas de acción específicas para “poblaciones con mayor riesgo de infección” (Plan Nacional sobre el Sida, 2001: 20) o “subgrupos que requieren intervenciones específicas” (Plan Nacional Sobre el Sida, 2008: 33).

⁴ En este sentido, se trata de un análisis multimodal (Kress y Van Leeuwen, 2001; Kress, 2003; Kress, 2010), si bien, por limitaciones de espacio, no hemos podido analizar sistemáticamente las relaciones entre los diversos modos, y hemos privilegiado el análisis del texto escrito.

⁵ Para el análisis de la referencia de persona en español, véase Gelabert (2004) y De Cock (2010).

⁶ El *sujeto empírico* es el autor material de un discurso, esto es, la persona que efectivamente ha pronunciado o escrito un determinado texto. El *locutor*, por su parte, es la entidad —real o ficticia— que hace uso de la palabra. Ducrot (1984) considera una tercera figura, la del *enunciador*. Por limitaciones de espacio, hemos centrado el análisis en las figuras de sujeto empírico y locutor.

⁷ La agentividad se define como una relación causal entre dos entidades: un agente, que intencionalmente da inicio a un estado de cosas que tiene un impacto sobre una segunda entidad, el paciente (véase, Langacker, 1987 o Talmy 2000).

⁸ Acerca del grado de obligatoriedad de los enunciados directivos, véase Gallardo (2004, 2005, 2009), López Samaniego y Taranilla (2009, 2012), y Montolío et al. (2010).

⁹ En un primer momento, realizamos una búsqueda de las campañas de prevención de la infección por VIH dirigidas a HSH accesibles desde la web del Plan Nacional sobre el Sida (<http://goo.gl/c8FyOl>), donde pudimos recoger parte de los materiales: estaban todos los años, pero no el conjunto de los materiales para cada año (carteles, postales y folletos). Posteriormente, realizamos una búsqueda sistemática en el centro de documentación en línea de Sida Studi, donde confirmamos que no había más campañas estatales elaboradas conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y las organizaciones LGTB dirigidas exclusivamente a HSH posteriores a 2011, y pudimos recoger los materiales completos de cada uno de los años. Queremos agradecer la labor de documentación de Sida Studi y su colaboración a la hora de facilitarnos los materiales preventivos.

¹⁰ La campaña de 2010 contiene una sección interactiva, en la que se presentan preguntas de opción múltiple que el destinatario debe responder. Para un análisis exhaustivo de este material y sus implicaciones, véase Ávila (en prensa).

¹¹ Generalmente, la infección por VIH ha estado asociada, tanto en la investigación científica como en la intervención médica y social, con la delimitación de *grupos de riesgo*. La existencia de estos grupos de riesgo (principalmente, "hombres homosexuales" y "usuarios de drogas por vía parenteral") ha ayudado a establecer una relación entre sida/enfermedad y las personas con VIH (Butler, 1992). En concreto, el hecho de que las primeras campañas la prevención de la infección por VIH se dirigieran, principalmente, hacia hombres gays y bisexuales (Carrascosa y Vila, 2005) ha tenido efectos en la asociación entre homosexualidad y sida. La necesidad de que el colectivo LGTB se preocupara por los efectos de una pandemia que estaba diezmando la propia comunidad —mientras los gobiernos de todo el mundo no estaban invirtiendo en investigación o prevención sobre la infección por VIH y el sida (Llamas, 1995)— ha ayudado a que el cuidado de la salud sexual forme parte de la propia identidad gay (y bisexual) (cf. Larrazabal, 2011).

¹² La cursiva en todos los ejemplos es nuestra.

¹³ En la única campaña en la que esto no sucede es en la del año 2007. Tal como ya hemos mencionado anteriormente, en el texto sí hay referencias a la reinfección o al cuidado de la salud sexual de las personas con VIH. Sorprende, de hecho, que en la campaña posterior se mantenga el texto de forma íntegra y se eliminen todas estas referencias a las personas con VIH.

¹⁴ Las construcciones de imperativo implican el anclaje deíctico del locutor, que se presenta como una persona interesada en que el destinatario lleve a cabo la acción descrita por el verbo (Garrido Medina, 1999). El enunciado "no bajes la guardia" implica la presencia de un "yo" que desea que un "tú" no baje la guardia. Este "yo" está representado visualmente a través de la imagen del chico con guantes de boxeo en posición de guardia. Lo mismo sucede en las campañas de 2010 y 2011.

¹⁵ En las primeras campañas (2006-2008), se emplean ambos términos con predominio de *infectar* (2006: 60%, 2007: 77%, 2008: 71%). En las últimas (2010, 2010), no se usa *transmitir* en ningún caso. Y en la campaña de 2009, solo se usa en una ocasión: "Si uno de los dos se infecta con personas ajenas a la pareja, el riesgo de transmisión es alto si tenéis sexo sin protección".

¹⁶ La connotación negativa de *infectar* se refleja, asimismo, en dos elementos más de la definición. Por una parte, la infección se define como una *invasión*, recurriendo a la metáfora de la enfermedad como una guerra (Sontag, 1989), metáfora también presente en las campañas. Por otra, el uso figurado de *infectar* es *corromper*, que de nuevo es una experiencia negativa.

¹⁷ De hecho, estas estrategias argumentativas están presentes y son relevantes porque no se trata, en sentido estricto, de una prescripción: el sujeto empírico no está autorizado a

imponer ninguna de estas conductas a los destinatarios, se trata de recomendaciones de cuya conveniencia debe convencerse al destinatario.

Imagen 2: Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2007



ONGS DEL MOVIMIENTO HOMOSEXUAL: FELGT 902 280 669 / ALGA CANTABRIA 942 314 049 / ALGARABIA TENERIFE 600 764 716 / ALGUNA VALLADOLID 645 941 032 / ARREDO MELILLA 685 225 070 / ALTHAY FUERTEVENTURA 928 859 358 / ARCAÑA CÁDIZ 956 213 200 / ARCO 895 BALEARS 971 227 282 / BBA 4360 BALEARS 971 715 670 / BOBIBILO TOLEDO 699 541 410 / CUBA FORMENTERA 971 152 421 / CUSALLE LEÓN 699 141 795 / CUSAM MADRID 915 224 517 / COLECTIVO DEL GURU CASTELLÓN 616 247 581 / DECEBE ALCANT 678 788 720 / GORLES LA RIBERA 962 419 083 / GARRI LAS PALMAS 928 433 427 / GEMITHI PAS VASCO 902 200 096 / COORDINACION GARCÉS 600 209 423 / GURUBA COBREDOR DEL HENARES 916 739 415 / GURU LA RIOJA 941 226 762 / IBEREGARDO MADRID 902 280 669 / IGUALDAD SALAMANCA 629 379 167 / INELEGAN JEREZ DE LA FRONTERA 696 917 832 / COLECTIVO LAMBDA VALENCIA 963 913 238 / LEGAS VIGO 630 061 399 / MAGENTA COLECTIVO LUTIC ARAGON 974 400 338 / MOTO GRANADA 958 200 662 / OSA MALAGA 952 632 547 / PECAMINATA MURCIA 968 205 200 / RUTIR MADRID 913 942 828 / SONBE TI ZAMORA 607 545 053 / TRIANGULO JARÓN 915 218 053 / VALENCIABARRIO VALENCIA 963 602 652 / YATI CBET CEUTA 956 524 543 / XEGA ASTURIAS 985 224 029.

TELEFONOS DE INFORMACIÓN GRATUITA 900. RDSA 900 601 601 - CRUZ ROJA 900 111 000

COORDINADORA GALLESBANA: ALTHAY BARCELONA 932 980 029 / ALCOI BARCELONA 93 319 55 50 / ACCORD BARCELONA 617 168 127 / DISCAPACITADOS GAY BARCELONA 697 236 606 / GAG BARCELONA 932 980 029 / GAYS POSITIVOS BARCELONA 932 980 042 / GURUP GIVE BARCELONA 932 980 029 / STOPSIDA BARCELONA 902 106 927.

FUNDACIÓN TRIANGULO: FUNDACIÓN TRIANGULO: BADAJOZ 924 280 528 / HUELVA 959 816 716 / MADRID 915 930 540 / SEVILLA 954 218 082 / TENERIFE 690 373 915 / TOLEDO 671 112 231 / VALENCIA 654 870 067 / VALLADOLID 983 395 494.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA COLEGAS: ALMERÍA 950 276 540 / CÁDIZ 956 226 262 / CORDOBA 957 492 779 / ENTENDES MADRID 915 211 174 / ENTENDES ANDALUCIA 957 492 779 / FAGDI (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES) 902 118 982 / GRANADA 958 263 853 / HUELVA 959 284 955 / JARÓN 953 222 662 / SEVILLA 954 501 377 / MADRID 915 212 503 / MÁLAGA 952 223 964 / VALENCIA 963 153 062.

Imagen 3: Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2008

**“Porti, por mí.
hazte la prueba.”**

**CAMPAÑA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH
Y OTRAS INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EN HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES
CON OTROS HOMBRES.**

ONGS DEL MOVIMIENTO HOMOSEXUAL:

TELÉFONOS DE INFORMACIÓN GRATUITA 900: ROSA 900 601 601 - CRUZ ROJA 900 111 000

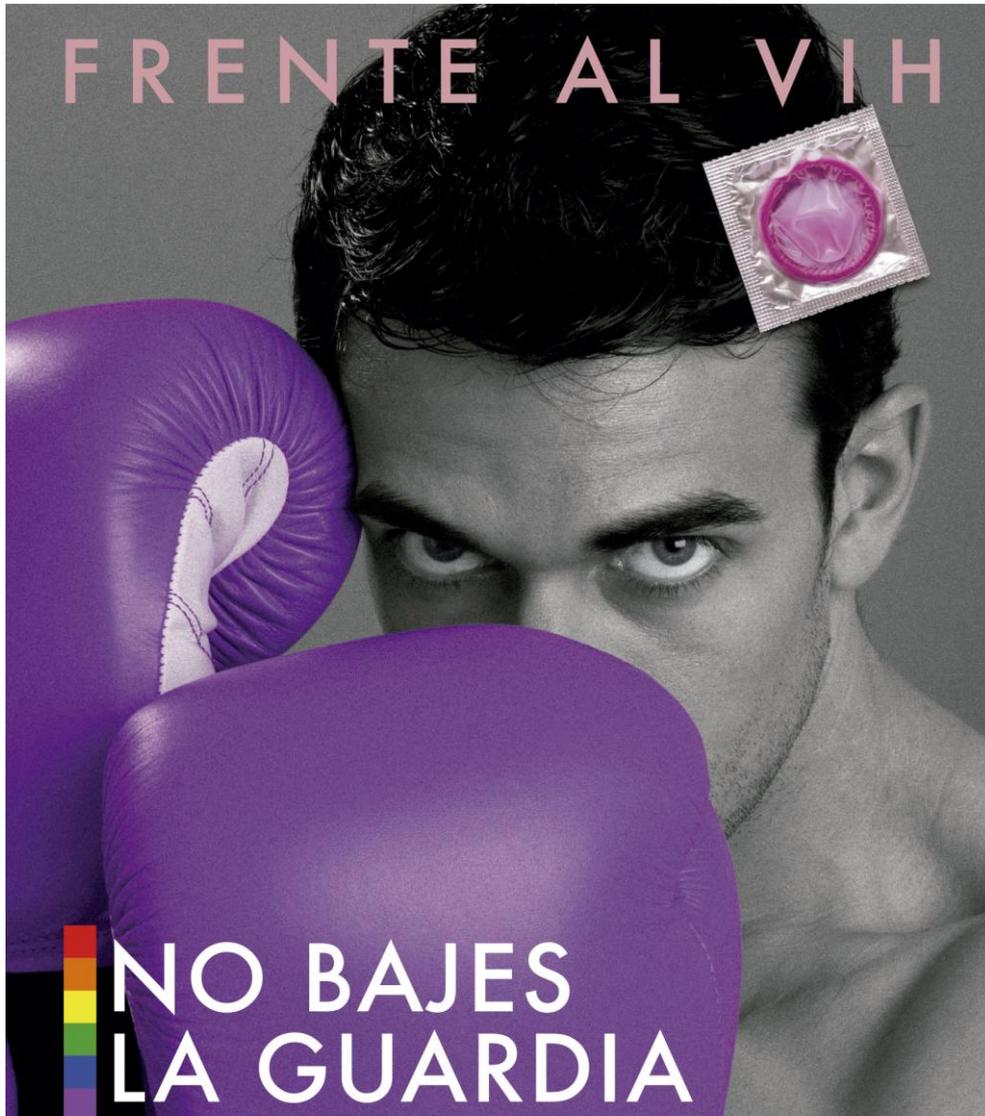
FELGE
gltv *comunidad gay lesbiana*
Fundación Triángulo
colegas

GOBIERNO DE ESPAÑA **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

www.msc.es

FELGTB 91 360 46 05 / ALSUDV ALBACETE 650 280 664 / AET TRANSSEXUALIA 616 601 510 / ALEGA CANTABRIA 942 21 40 49 / ALEGRÍA VALLADOLID 646 941 032 / ALDARABA TENERIFE 638 790 420 / ALTHAY FUERTEVENTURA 928 859 358 / AMELIA MELLER 670 051 598 / ANGLADA CÁDIZ 952 21 22 00 / ANDRÉS UPRADIA MADRID 91 336 42 24 / AUSA ANDALUCÍA 02 604 458 / BENI AMAR LES BALEARS 971 715 076 / BOLDI TOLEDO 922 255 118 / CASACITA PONERRADA 967 414 349 / CELI BEZA FORNENTERA 971 192 421 / CLUS GANDÍA 962 87 69 16 / CODAM MADRID 915 224 517 / COLECTIVO GALACTICO CARTAGENA *colegasgpmv@hotmail.com* / COLEGIA CÁDIZ CÁDIZ 956 677 576 / COORDINADORA GIRASOL ANDALUCÍA 952 652 547 / COSEHOMI MADRID 647 879 188 / DECO-T ALICANTE 965 89 21 34 / DEFRENTE SEVILLA 616 88 88 06 / DISCAPACITADOS GAY BARCELONA 697 236 606 / DIVULGADORA LEÓN 660 80 55 91 / EL PRESO SOCIAL expresosocial@hotmail.com / ESTOY MALGRABO ENTENDES *estoymalgrabo@gmail.com* / FEYCLTGB 679 152 511 / GALSH 676 229 659 / GAMA LAS PALMAS 928 433 427 / GENTTU EUSKADI 902 200 096 / GYLLA LA ROJA 941 226 762 / HALEGATOS MADRID 628 716 912 / IGUALES SALAMANCA 629 37 91 67 / IGUALES USAL SALAMANCA 629 37 91 67 / JIBEL ESQUIV. FRENZ DE LA FRONTERA 696 917 832 / JAMARA VALENCIA 961 34 191 / J.LANZOTE LANZAROTE 666 904 85 / JOSEVILA AVILA 647 92 78 94 / MAGENTA ABICOM 916 400 338 Dkt. 109 / MAL HOMBRES LA CORUÑA 600 485 032 / MAL TE PRECIS MUJICA 665 287 370 / NDS GRANADA 958 200 662 / NDS MEDIAS 685 479 622 / OJALA MÁLAGA 952 652 547 / ORLANDO CDM ANDALUCÍA 951 116 169 / PEZAMINADA MURCIA 968 205 200 / PLATAFORMA ACTIVISTA SIN VERGÜENZA CATALUNYA *plataformacochetes.info* / RIGIR MADRID 913 940 826 / SORDIDENTES SECCION *sordidentesh@gmail.com* SIN VERGÜENZA CATALUNYA *sinverguenza.org* / SORVIE TI ZAMORA 666 928 637 / SIDA ASTRES 965 224 029 / SIDA JUVEN ASTRES 965 224 029 / TITR TI GUES CELTA 956 52 45 42 / COORDINADORA GAI-LESBIANA ACADIL BARCELONA 932 980 029 / ACCIL BARCELONA 93 319 55 50 / ACCORD BARCELONA 617 168 127 / DISCAPACITADOS GAY BARCELONA 697 236 606 / GAG BARCELONA 932 980 029 / DAIS POSITIVS BARCELONA 932 980 642 / GRUP JOVE BARCELONA 932 980 029 / STOP SIDA BARCELONA 902 106 927 / FEDERACIÓN TRIÁNGULO BADAJOZ 924 260 528 / HUELVA 959 816 716 / MADRID 915 930 540 / SEVILLA 954 218 062 / TENERIFE 690 373 915 / TOLEDO 671 112 231 / VALLADOLID 983 395 494 / FEDERACIÓN ESPAÑOLA COLEGAS ALMERÍA 950 276 540 / CÁDIZ 956 226 262 / CÓRDOBA 957 492 779 / ENTENDES MADRID 915 211 174 / ENTENDES ANDALUCÍA 957 492 779 / FADIS (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES) 902 118 962 / GRANADA 958 263 853 / HUELVA 959 284 955 / JÁEN 953 222 662 / SEVILLA 954 501 377 / MADRID 915 212 503 / MÁLAGA 952 223 964 / VALENCIA 963 153 062

Imagen 4: Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2009



PROGRAMA ESTATAL DE PREVENCIÓN DEL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

ROSA 900 601 601- CRUZ ROJA 900 111 000



Imagen 5: Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2010



PONTE UNA MEDALLA

En los estudios realizados en España,
uno de cada 10 hombres que tienen sexo
con hombres está infectado por el VIH

www.ponteunamedalla.es



ROSA 900 601 601 • CRUZ ROJA 900 111 000

 coordinadora
gai lesbiana
www.cogalies.org

 Federación Estatal
de Lesbianas, Gays,
Trans y Bisexuales
FELGTB

 COLEGAS
www.colegasweb.org

 Fundación
Triángulo
www.fundaciontriangulo.es

 GOBIERNO
DE ESPAÑA

 MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es

Imagen 6: Cartel de la campaña de prevención de VIH dirigida a HSH de 2011



Bibliografía

- Althusser, L. (1976).** Idéologie et appareils idéologiques d'État. Notes pour une recherche. En L. Althusser (Ed.), *Positions* (pp. 67–125). París: Les Éditions Sociales.
- Ávila, R. y Montenegro, M. (2011).** Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital*, 11(3), 27–49.
- Ávila, R. (en prensa).** Bareback sex: breaking the rules of sexual health and the assumption of risks. *Sexualities*.
- Bajtín, M. (1979).** *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Beck, U. (1992).** *Risk society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Beck, U. (1995).** *Ecological Politics in an Age of Risk*. Cambridge: Polity Press.
- Berg, R.C. (2009).** Barebacking: a review of the literature. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 754–764.
- Beyrer, C., Baral, S.D., Van Griensven, F., Goodreau, S.M., Charialertsak, S. y Wirtz, A.L. (2012).** Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380(9839), 367–377.
- Brennan, D.J., Welles, S.L., Miner, M.H., Ross, M.W. y Rosser, B.R.S. (2010).** HIV treatment optimism and unsafe anal intercourse among HIV-positive men who have sex with men: findings from the positive connections study. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 22(2), 126–137.
- Burman, E. (1999, julio).** Rhetorics of psychological development: From complicity to resistance. *XXVII Congreso Interamericano de Psicología (Anais), La psicología de fin de siglo* (pp. 39–56). Caracas, Venezuela. Sociedad Interamericana de Psicología.
- Butler, J. (1992).** Sexual inversions. En D.C. Stanton (Ed.), *Discourses of Sexuality. From Aristotle to AIDS*. Michigan: The University of Michigan Press.
- Butler, J. (1997).** *The Psychic Life of Power. Theories in Subjection*. Stanford: Stanford University Press.
- Carrascosa, S. y Vila F. (2005).** Geografías víricas: hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias. En C. Romero Bachiller, S. García Dauder y C. Bargeiras Martínez (Eds.), *El eje del mal es heterosexual* (pp. 45–60). Madrid: Traficantes de sueños.
- Castel, R. (1991).** From dangerous to risk. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 181–298). Chicago: The University of Chicago Press.

- Centro Nacional de Epidemiología (2012).** *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Situación a 30 de junio de 2012*. Madrid: Autor.
- CESIDA (2011).** *Guía de estilo sobre VIH/sida*. Madrid: Autores. Recuperado el 15 de junio de 2014 de <http://goo.gl/gTt7d1>
- Charaudeau, P. (1995).** Rôles sociaux et rôles langagiers. En G.D. Veronique y R. Vion (Eds.). *Modèles de l'interaction verbale* (pp. 79-96). Aix-en-Provence: Publications Université de Provence.
- Crossley, M.L. (2002).** The perils of health promotion and the "barebacking" backlash. *Health*, 6(1), 47-68.
- Crossley, M.L. (2004).** Making sense of "barebacking": gay men's narratives, unsafe sex and the "resistance habitus". *The British journal of social Psychology*, 43(2), 225-244.
- De Cock, B. (2010).** A discourse-functional analysis of speech participant profiling in spoken Spanish. (Tesis doctoral inédita). KULeuven, Leuven, Bélgica.
- De Cock, B. y Michaud, D. (en prensa).** La expresión de la agentividad en el "Informe Retig" (Chile, 1991). *Revista Internacional de Lingüística Iberoamerica*, 13.
- De Santiago, J. (2005).** Retórica, Pragmática y Lingüística de la Comunicación. *Revista de Comunicación Lingüística*, 8, 177-208.
- Dean, T. (2009).** *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dean, T. (2011).** Bareback Time. En E.L. McCallum y M. Tuhkanen (Eds.), *Queer Times, Queer Becomings* (pp. 75-99). Nueva York: University of New York Press.
- Drescher, J., Halkitis, P. y Wilton, L. (Eds.) (2006).** *Barebacking: Psychosocial and Public Health Approaches*. Nueva York: The Haworth Medical Press.
- Ducrot, O. (1984).** *El decir y lo dicho*. Barcelona: Paidós.
- Eco, U. (1979).** *Lector in fabula*. Barcelona: Lumen.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2012).** *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011*. Estocolmo: Autor.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013).** *STI and HIVprevention in men who have sex with men in Europe*. Estocolmo: Autor.
- Fairclough, N. (2008).** El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso & Sociedad*, 2(1), 170-185.
- Fernández-Dávila, P., Folch, C., Zaragoza, K., Casabona, J. (2011).** Silence and Assumptions: Narratives on the Disclosure of HIV Status

- to Casual Sexual Partners and Serosorting in a Group of Gay Men in Barcelona. *International Journal of Sexual Health*, 23(2), 139-155.
- Fernández-Dávila, P. y Morales, A. (2013).** Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Revista Española de Salud Pública*, 87(4), 367-382.
- Gallardo-Paúls, B. (1996).** *Análisis conversacional y pragmática del receptor*. Valencia: Episteme.
- Gallardo, S. (2004).** Realizaciones léxico-gramaticales de la recomendación en artículos de medicina de la prensa escrita. *Revista de Lingüística Aplicada. Universidad de Concepción, Chile*, 42(1), 111-135.
- Gallardo, S. (2005).** Pragmatic support of medical recommendations in popularization texts. *Journal of Pragmatics*, 37(6), 813-835.
- Gallardo, S. (2009).** La estructura ilocutiva y la distinción entre géneros discursivos. En G. Ciapuscio (Ed.), *De la palabra al texto. Estudios lingüísticos del español* (pp. 131-164). Buenos Aires: Eudeba.
- Garrido Medina, J. (1999).** Los actos de habla. Los enunciados imperativos. En I. Bosque y V. Demonte (Dirs.), *Gramática descriptiva de la lengua española*, vol. III (pp. 3879-3928). Madrid: Espasa.
- Gelabert, J. (2004).** *Pronominal and tempo-spatial deixis in contemporary Spanish political discourse: a corpus-based pragmatic analysis*. (Tesis doctoral inédita). Pennsylvania State University, Filadelfia.
- Giddens, A. (1991).** *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Standord University Press.
- Gras, P. y García, M.A. (2010).** La delimitación de la recomendación como acto de habla. En R. Caballero y M.J. Pinar (Eds.), *Modos y formas de la comunicación humana* (pp. 681-688). Cuenca: UCM.
- Harvey, D.O. (2011).** Calculating Risk: Barebacking, the Queer Male Subject, and the De/formation of Identity Politics. *Discourse*, 33(2), 156-183.
- Íñiguez, L. y Antaki, C. (1994).** El Análisis del Discurso y la Psicología Social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.
- Jacobs, R.J., Fernandez, M.I., Ownby, R.L., Bowen, G.S., Hardigan, P.C. y Kane, M.N. (2010).** Factors associated with risk for unprotected receptive and insertive anal intercourse in men aged 40 and older who have sex with men. *AIDS care*, 22(10), 1204-1211.
- Kress, G. (2003).** *Literacy in the New Media Age*. Abingdon: Routledge.
- Kress, G. (2010).** A social semiotic multimodal approach to human communication: implications for speech, writing and applied linguistic. En R. Caballero y M.J. Pilar (Eds.), *Modos y formas de la*

comunicación humana (pp. 77–92). La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla.

Kress, G. y Van Leeuwen, T. (2001). *Multimodal Discourse: The Modes and Media of Contemporary Communication Discourse*. Londres: Arnold.

Langacker, R. (1987). *Foundations of cognitive grammar. Volume 1: Theoretical prerequisites*. Stanford: Stanford University Press.

Larrazabal, I. (2011). *El paciente ocasional: una historia social del SIDA*. Barcelona: Ediciones Península.

Lattimore, S., Yin, Z., Logan, L., et al. (2008). Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance*, 13(19), 1909.

Llamas, R. (Ed.) (1995). *Construyendo sidentidades: Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo XXI.

Lo Cascio, V. (1991). *Gramática de la argumentación*. Madrid: Alianza.

López Samaniego, A. y Taranilla, R. (2009). La operación de recomendar en los discursos profesionales. En E. Caridad y A.F. López de Vergara (Coords.), *Las lenguas para fines específicos ante el reto de la Convergencia Europea* (pp. 459–474). Tenerife: Universidad de La Laguna.

López Samaniego, A. y Taranilla, R. (2012). Análisis contrastivo de la formulación de recomendaciones en dos géneros jurídicos. *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*, 23, 65–88.

Martín, G.J., Roqueta, J., Pazos, J.A. y Timón, M. (2012). *Eficacia percibida de las campañas preventivas dirigidas a HSH positivos*. Ponencia presentada en el XV Congreso Nacional sobre el Sida, Madrid, España.

Martín-Pérez, A., Menoyo, C., Poveda, A., Rodés, A., Zaragoza, K. (2007). *Informe Cuidate.info "El sexo que practicamos"*. Barcelona: Stop sida, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Martín Rojo, L. (2003). *Análisis crítico del discurso*. Barcelona: Ariel.

Martín Rojo, L. (2006). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En L. Íñiguez (Ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 161–196). Barcelona: Editorial UOC.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)*. Resultados en España. Madrid: Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones.

- Mirandola, M., Folch Toda, C., Krampac, I., et al. (2009).** HIV bio-behavioural survey among men who have sex with men in Barcelona, Bratislava, Bucharest, Ljubljana, Prague and Verona, 2008-2009. *Eurosurveillance*, 14(48), 19427.
- Montenegro M. y Pujol, J. (2003).** Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccionalista y la Necesidad de Fundamentar la Acción. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 295–307.
- Montolío, E., García, M.A., Gras, P., López, A., Polanco, F. (2010).** Los géneros textuales de la Responsabilidad Social Corporativa. Análisis lingüístico y pragmático de las recomendaciones para elaborar la memoria. En J. García de Enterría (Ed.), *El español lengua de especialidad: la comunicación de las organizaciones empresariales* (pp. 81-94). Comillas: Fundación Comillas.
- Mowlabocus, S., Harbottle, J. y Witzel, C. (2013).** Porn laid bare: Gay men, pornography and bareback sex. *Sexualities*, 16(5-6), 523–547.
- Musolff, A. (2012).** The study of metaphor as part of Critical Discourse Analysis. *Critical Discourse Studies*, 9 (3), 301–310.
- Odets, W. (1995).** *In the Shadow of the Epidemic: Being HIV-negative in the Age of AIDS*. North Carolina: Duke University Press.
- Petersen, A. (2002).** Risk, governance and the new public health. En A. Petersen y R. Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 189–206). London: Routledge.
- Plan Nacional sobre el Sida (2001).** *Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre el Sida (2008).** *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Real Academia Española (2001).** *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Rose, N. (1996).** *Inventing ourselves: Psychology, power and personhood*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Silvestri, A. (1995).** *Discurso Instruccional*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Sontag, S. (1989).** *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Spears, R. (1997).** Introduction. En T. Ibáñez y L. Íñiguez (Eds.), *Critical social psychology* (pp. 1- 26). Londres: Sage.
- Starks, T.J., Payton, G., Golub, S.A., Weinberger, C.L. y Parsons, J. (2013).** Contextualizing Condom Use: Intimacy Interference, Stigma, and Unprotected Sex. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 711–720.
- Stop Sida (Ed.) (2002).** *Cuídate.info. El sexo que practicamos*. Barcelona: Stop Sida.

- Talmy, L. (2000).** *Toward a cognitive semantics. Vol. 1.* Cambridge: MIT Press.
- UNAIDS (1998).** *AIDS and Men who have Sex with Men. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.* Recuperado el 15 de junio de 2014 de <http://goo.gl/kZQJCK>
- UNAIDS (2010).** *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.* Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado el 15 de junio de 2014 de <http://goo.gl/lSe0h3>
- Van Dijk, T.A. (2000).** *Estudios sobre el discurso.* Barcelona: Gedisa.
- Van Dijk, T.A. (2003).** La multidisciplinaridad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. En R. Wodak y M. Meyer (Eds.), *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 143-177). Barcelona: Gedisa.
- Weston, A. (2005).** *Las claves de la argumentación.* Barcelona: Ariel.
- Wolitski, R.J., Bailey, C.J., O'Leary, A., Gómez, C.A., Parsons, J.T. (2003).** Seropositive Urban Men's Study (SUMS). Self-perceived responsibility of HIV-seropositive men who have sex with men for preventing HIV transmission. *AIDS Behaviour*, 7(4), 363–372.
- Wolitski, R.J., Flores, S.A., O'Leary, A., Bimbi, D.S., Gómez, C.A. (2007).** Beliefs about personal and partner responsibility among HIV-seropositive men who have sex with men: measurement and association with transmission risk behavior. *AIDS Behaviour*, 11(5), 676–686.

Notas biográficas



Rubén Ávila está realizando su doctorado en el departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona, donde ha estado trabajando como técnico de apoyo a la investigación en varios proyectos. También es voluntario activo en Stop Sida, una organización referente en la prevención del VIH para personas LGTB en España, para la que ha trabajado como coordinador de proyectos y autor de materiales de promoción de la salud sexual. Como miembro del grupo de investigación Fractalidades en Investigación Crítica, ha publicado varios trabajos sobre la violencia ejercida hacia las personas homosexuales. Sus líneas de investigación e intereses de intervención incluyen la salud sexual, los derechos y libertades sexuales y el estudio de las prácticas de gobernabilidad en la prevención del VIH.

E-mail: ruben.avila.rodriguez@gmail.com



Pedro Gras es doctor en Lengua Española por la Universidad de Barcelona, donde ha sido profesor en las facultades de Formación del Profesorado y Filología. Actualmente, es director de Servicios Lingüísticos de CIEE Barcelona Study Center, consultor de la Universitat Oberta de Catalunya y profesor visitante de la KU Leuven (Bélgica). Sus intereses de investigación abarcan la gramática, la pragmática y el análisis del discurso. Como miembro del grupo EDAP (Estudios del Discurso Académico y Profesional), ha realizado trabajos sobre diversos aspectos de los textos académicos y profesionales, especialmente sobre el empleo de las formas directivas en documentos profesionales, tema sobre el que ha publicado diversos trabajos.

E-mail: pedro.gras.manzano@gmail.com