

El impacto del sida en la población

Un estudio psicosocial

ANA LÍA KORNBLIT

Se presentan los datos de una investigación realizada en cuatro ciudades argentinas. Las variables analizadas comprendieron representaciones sociales acerca de la enfermedad, percepción de riesgo, grado de preocupación, nivel informativo sobre modos de infección y modos de protección en relación con el VIH, conductas preventivas y actitudes hacia los enfermos de sida. Los resultados más importantes muestran que la conducta preventiva es errática, y si bien existen estrategias de prevención, sobre todo en algunos sectores como el de los jóvenes, ellas están lejos de cumplir la expectativa de «riesgo cero» que surge como objetivo del discurso preventivo. Se plantea la necesidad, a partir de los datos surgidos, de reconocer las estrategias preventivas que la población ha puesto en juego con respecto al riesgo de infección por el VIH, para, a partir de su aceptación, ampliar sus alcances.

En este trabajo presentamos los resultados de una investigación psicosocial acerca del sida, realizada en cuatro ciudades argentinas –elegidas entre las de mayor prevalencia de la enfermedad–, con el objetivo de: a) conocer el grado de información acerca de las formas de contagio y de prevención; b) analizar las actitudes, creencias y mitos en relación con el sida; c) relevar los

ANA LÍA KORNBLIT: médica y socióloga argentina; coordinadora del Área de Salud y Población del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Nota: Este trabajo forma parte de las conclusiones de una investigación más amplia, en la que participaron Liliana Giménez, Ana Mendes Diz, Mónica Petracci y Jorge Vujosevich, realizada con un subsidio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 1995-1997.

Palabras clave: prevención, riesgo, sida, Argentina.

comportamientos de riesgo relacionados con el contagio por el VIH¹. Para ello abordamos las variables relevadas en la bibliografía como significativas en torno de la enfermedad: representaciones sociales, percepción de riesgo, nivel informativo, conductas preventivas y actitudes hacia los enfermos de sida.

Resumiremos los principales aspectos que surgen de los datos relevados. El análisis de las representaciones sociales acerca del sida permite conocer el mapa de los significados que la población construye en torno de aquél. Los factores encontrados a través de la técnica de vinculación de palabras al estímulo «sida», revelan que es caracterizado fundamentalmente como una *enfermedad mortal*, en la que la conducta personal –la *responsabilidad*– juega un importante papel, con el referente de la *sangre* como identificador principal. Los restantes factores están ligados a los aspectos médicos, al tratamiento que los medios masivos han hecho del tema, a la empatía con los enfermos y a la preocupación por la discriminación social de que son objeto.

Expansión

En cuanto a la expansión de la epidemia, los *adictos*, las *prostitutas*, las *prácticas médicas* y los *bisexuales* –en este orden– son percibidos como los grupos a partir de los cuales se difundió el VIH en la población. Por otra parte, algo más de la mitad de la muestra considera que el virus puede atacar indistintamente a *cualquier persona*. El resto mantiene la perspectiva de los así llamados «grupos de riesgo».

Existe una representación acerca de la enfermedad en la que los elementos centrales giran alrededor de la percepción de la gravedad y el contagio, y los periféricos incluyen aspectos de la prevención y la solidaridad con los enfermos. Es de destacar que, a diferencia de otros contextos, en los que se ha trabajado más sistemáticamente con campañas preventivas de lo que ha ocurrido en la Argentina hasta el presente, el preservativo como elemento concreto de prevención no entra en la representación. También es interesante destacar que entre los jóvenes la idea de la solidaridad con los enfermos es más central que para los adultos.

1. El diseño del estudio incluyó la realización de una encuesta poblacional, de acuerdo con las siguientes especificaciones:

Técnica de recolección de la información: encuesta totalmente estructurada.

Universo: población entre 14 y 59 años.

Ambito: Capital Federal, Córdoba, Rosario y Mar del Plata.

Muestra: 312 individuos en Capital Federal, 299 en Córdoba, 299 en Rosario y 305 en Mar del Plata. Total: 1215.

Muestreo: polietápico. Probabilístico en la primera etapa con cuotas de sexo y edad.

Márgenes de error: +- 5% para un nivel de confianza del 95% y p=q=50% en estimaciones globales.

El procesamiento de los datos fue realizado a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Alrededor de la mitad de la población se percibe «algo en riesgo» con respecto a la infección por el VIH, mientras que un tercio se percibe «muy en riesgo». En cambio, el grado de preocupación en torno al sida es más alto: 6 de cada 10 personas están muy/bastante preocupadas. Podemos preguntarnos frente a este dato qué significa «estar preocupado» o «sentirse personalmente en riesgo». Una aproximación a esta respuesta es considerar qué tipo de personas se perciben más en riesgo y qué tipo de personas se sienten más preocupadas. Además de ciertas variables que inciden tanto en el nivel de percepción de riesgo como en el grado de preocupación, hay dos perfiles que caracterizan en mayor proporción a cada uno de estos aspectos: a) los varones y las personas de 26 a 39 años tienen en mayor proporción una percepción de riesgo alta; b) las mujeres casadas, las personas de 40 a 59 años y las que tienen hijos están en mayor proporción bastante/muy preocupadas.

A partir de estos datos, puede pensarse que la ‘preocupación’ es sobre todo preocupación acerca de otros, mientras que la percepción de riesgo atañe específicamente al sujeto y está más relacionada con conductas específicas –a diferencia de la preocupación, que sería más difusa y más abarcativa. El sexo, edad, nivel educativo, situación de convivencia, poseer un conocido o amigo enfermo de sida, y lugar de residencia son variables que inciden en el nivel de percepción de riesgo de infección por el VIH: los varones, las personas con nivel educativo terciario, los menores de 40 años, los residentes en Capital Federal y quienes no conviven con una pareja, tienen en mayor proporción un nivel alto de *percepción de riesgo*.

A la vez, el sexo, edad, nivel educativo, situación de convivencia y tener hijos son variables que inciden en el grado de *preocupación* acerca del sida: las mujeres, las personas de 40 a 59 años, las personas de nivel educativo terciario y las que tienen hijos son quienes están más preocupadas en mayor proporción.

A pesar de que el 43% de la población tiene un nivel alto de conocimientos sobre el sida, desagregando la variable según conocimiento de vías de infección y de modos de protección, es notorio que el alto nivel de conocimiento acerca de los modos de protección es bastante menor que el de las vías de contagio, lo que obviamente puede tener importantes implicancias para la prevención. Persisten en la población constantes «errores» en cuanto al conocimiento de las vías de infección que derivan de concepciones acerca de la «contagiosidad» del virus por la hipótesis del contacto casual.

Protección

Con respecto a los modos de protección, la aceptación del preservativo como dispositivo seguro está lejos de ser general. La población sostiene que existen otras estrategias preventivas, como las «centradas en la pareja». Se verifica que las variables grado educativo, socioeconómico y lugar de residencia inciden en el nivel de información que posee la población sobre vías de conta-

gio y modos de protección del virus del VIH: las personas de nivel educativo terciario, de nivel socioeconómico alto, y las que residen en Mar del Plata y la Capital Federal tienen en mayor proporción un nivel de conocimiento alto.

Los jóvenes saben más en teoría, pero menos sobre las prácticas que la población en general. Los medios de comunicación de masas, especialmente la televisión, son las principales fuentes de información en la población aunque los escenarios de comunicación personal son también importantes.

En lo que toca a la adopción de conductas preventivas, el aspecto más relevante del estudio es la comprobación de que los jóvenes han incorporado el uso del preservativo en sus relaciones sexuales, en mayor proporción de lo que lo hacen los adultos, si bien están presentes en ellos –en mayor medida que en la población general– inhibiciones para plantear el tema sexual y el del sida en particular, en la relación de pareja. Se ha comprobado también lo que aparece en otros estudios: el escenario romántico en la relación de pareja es antitético del sida y del preservativo, mientras que los escenarios hedónicos, vistos como menos comprometidos afectivamente, son más proclives a que se tenga presente el riesgo de la infección por el VIH.

A partir de esto, probablemente el preservativo continuará siendo de difícil aceptación si se lo plantea desde un marco racional y como «barrera», en un contexto en el que lo que se busca es precisamente que no haya barreras, como en el amor romántico. Hay que recordar también que la mayor aceptación del preservativo en jóvenes ocurre especialmente en las primeras etapas de una relación, y que existe una fuerte tendencia a abandonar su uso con el afianzamiento del vínculo.

Las estrategias de protección del VIH centradas en la pareja son una parte importante del repertorio de conductas de protección que adopta la población, por lo que, si bien no ofrecen la seguridad que otorga el uso del preservativo, deben ser tomadas en cuenta como alternativas espontáneas que han surgido en la regulación del juego amoroso entre las personas, aunque no alcancen el ideal de «riesgo cero» presente en la utopía de la salud pública. La edad y el nivel educativo son las variables que inciden en mayor proporción sobre la conducta preventiva: los jóvenes y las personas de nivel educativo primario adoptan en mayor proporción de modo regular conductas de protección frente al VIH.

El análisis de las *creencias* con respecto al preservativo revela que más de la mitad de la población tiene convicciones en parte positivas y negativas, mientras que un tercio tiene creencias positivas. En la distribución de frecuencias en esta variable inciden la edad, el sexo, el nivel educativo, el lugar de residencia y el estado civil: las personas menores de 40 años, los varones, las personas de nivel educativo terciario, los residentes en la Capital Federal y los solteros muestran una mayor aceptación del condón. Las personas de mayor edad de la muestra, las mujeres y los de nivel educativo primario son

quiénes en mayor proporción mantienen una cierta reprobación moral ligada a su uso. Es probable que la mayor aceptación del preservativo entre las personas de nivel educativo terciario esté ligada a un mayor hábito de su parte a adoptar una lógica racional en sus acciones, capaz de tomar en cuenta beneficios a largo plazo.

En cuanto a las *actitudes* hacia los enfermos de sida, un tercio de la población las tiene negativas, expresadas a través de su acuerdo con la idea de que debería prohibirse que los niños enfermos de sida concurren a escuelas públicas y con la idea de que debería aislarse a los enfermos de sida del resto de los enfermos, así como a través de su intención de mantener cierta distancia social respecto de ellos. Las variables que inciden en estas actitudes son el estado civil, el lugar de residencia, la edad, el nivel educativo y el tener un amigo/conocido enfermo de sida: los jóvenes, las personas de nivel educativo terciario, y los que conocen personalmente a un enfermo de sida tienen en mayor proporción actitudes positivas hacia los enfermos.

Por otra parte, tres cuartas partes de la población suscribe el requisito de la *conformidad* de la persona para la realización de la prueba del VIH. Y una proporción similar, el 69%, está de acuerdo con la obligatoriedad de la prueba del VIH. Esta aparente contradicción puede pensarse a partir del deseo difundido en la población de una mayor injerencia del Estado en la prevención de la enfermedad, sin que esto implique la falta de consentimiento del individuo para la realización de la prueba.

El 30% de los encuestados conocen a una o más personas enfermas o muertas de sida. Este conocimiento guarda una estrecha relación con una mayor percepción de riesgo, preocupación, información, actitudes positivas hacia los enfermos, creencias afirmativas con respecto al preservativo y en alguna medida en la adopción de conductas preventivas de un modo regular. El conocimiento personal, pues, «acerca» el problema del sida apartándolo de su connotación de «enfermedad masmediática», alejada de la vida cotidiana de los sujetos; esto contribuye en parte a la adopción de conductas de prevención y en mayor medida a evitar actitudes de rechazo hacia los enfermos.

Prevención

En torno de la prevención del sida, la pregunta clave es ¿qué hace que las personas, conociendo las vías de transmisión del VIH y los modos de protegerse, adopten comportamientos que pueden calificarse objetivamente como riesgosos? Formulada de otro modo ¿qué hace a las personas apartarse de la lógica sanitaria? (Bajos/Ludwig). Desde tales interrogantes la conducta de riesgo es caracterizada como «irracional» con respecto al cuidado de la salud. En esta conceptualización se presupone que la protección de la salud es lo más importante para un individuo, dejando así de lado otras «racionalidades» posibles de explicar tal conducta como el temor a la soledad, la presión del grupo de pares, etc. Estas otras racionalidades provienen de procesos inte-

ractivos de los que se desgranar valoraciones y normas. Este es el aporte más relevante de la psicología social al estudio de las «conductas de riesgo en relación con el VIH». Solamente jerarquizando las «apropiaciones» que los grupos sociales realizan de las prescripciones sanitarias, reinterpretándolas, es posible comprender, y de ahí intentar modificar, las así llamadas «conductas de riesgo».

Las lógicas preventivas que desarrollan los individuos provienen de los contextos relacionales en los que se desenvuelve su vida. Así, aunque metodológicamente la variable «conducta preventiva» pueda ser analizada de manera dicotómica, como la utilización o no de preservativos o el uso o no uso común de jeringas, existe una gama de estrategias de adaptación al riesgo que deben tenerse en cuenta. En el análisis de estas estrategias de prevención, como lo hace notar Calvez, el enfoque cultural permite comprender que en determinados contextos, especialmente en aquellos en los que se verifica una acumulación de marginalidades sociales, económicas, sexuales y/o afectivas, la salud no constituye la opción número uno.

En esos casos la persistencia de comportamientos de riesgo no es producto de la falta de percepción de riesgo o de información, sino de la presencia de otros códigos, construidos ya sea en oposición a los aceptados por la mayoría —sería el caso de las cofradías de consumidores de drogas— o a partir del aislamiento —el caso de actitudes fatalistas con respecto a la transmisión del VIH.

Los datos que reseñamos más arriba ponen de relieve, en concordancia con otros estudios, la importancia de tener en cuenta diferentes tipos de estrategias que los individuos adoptan como modos de protección de la infección por el VIH. Ellas comprenden fundamentalmente: 1) las estrategias que intentan evitar una relación sexual que podría ser riesgosa; incluyen la elección de las parejas y la disminución de su número. La abstención sexual ha surgido como propuesta en muy pocos casos; 2) los intentos de evitar el contagio en determinada relación sexual, que dependen de la interacción entre los miembros de la pareja (uso del preservativo, abandono de la penetración). Estas estrategias prevalecen entre los jóvenes; 3) El reaseguramiento, después de haber adoptado alguna conducta de riesgo, a través de la realización de la prueba del VIH. Esta conducta predomina entre algunos grupos, particularmente entre individuos de 26 a 40 años y de clase media.

Bajos y Ludwig señalan que a esta diversidad interindividual debe agregarse la heterogeneidad intraindividual, que consiste en que un mismo individuo puede adoptar estrategias distintas, dependiendo de las características de la interacción sexual, por ejemplo según se trate de una pareja «estable» o casual. La definición de «estable» para una pareja varía, como es obvio, también interindividualmente, en ocasiones según diferencias generacionales. En este sentido, Mendes-Leite ha introducido una diferencia entre protecciones *imaginarias* y *simbólicas*. Las primeras se ponen en juego en contextos

relacionales, y comprenden mecanismos socio-psicológicos conducentes a disminuir la desconfianza en el otro como extraño. Abarcan fundamentalmente el «conocimiento» de la pareja como requisito de la relación sexual. Las protecciones *simbólicas* en cambio, juegan el rol de exorcismos de la enfermedad. Surgen de una asimilación de las recomendaciones preventivas que se separan de su objetivo original. Comprenden el exorcismo por la prueba del VIH –que implica la creencia en la inmunidad a partir de pruebas reiteradas de resultados negativos–, el exorcismo por la posesión del preservativo, y el exorcismo por la reducción de parejas. Estos exorcismos están también al servicio de brindar al sujeto la sensación de que puede «controlar» o «manejar» lo que le sucede.

En lugar de negar todas estas estrategias, aferrándose a la línea de conducta que preconiza el «sexo más seguro» como única práctica posible, las políticas preventivas deben tratar de entender la lógica que subyace a estas «otras» maneras de gestión del riesgo. Por ejemplo, se ha visto que en parejas estables la estrategia de «responsabilidad compartida», que consiste en el compromiso del uso del preservativo en la eventualidad de una relación extrapareja, implica una apreciación más realista del riesgo que la basada en el compromiso de fidelidad (Schiltz/Adam).

En resumen, así como las ciencias sociales están llamadas a desarrollar aportes que se constituyan en insumos para políticas eficaces de prevención, también es cierto que el sida ha llevado a redescubrir importantes aspectos relacionados con la educación para la salud, que si bien en su mayoría ya habían sido formulados teóricamente, no estaban tan claros y presentes como en la actualidad. Por ejemplo, la evidencia de que el conocimiento de los peligros no es suficiente para adoptar cambios en la conducta en dirección a la prevención, o la idea de que la conducta no está regida por la racionalidad con respecto al ajuste entre fines –protección de la persona frente a una amenaza de muerte– y medios –supresión de las prácticas de riesgo (Calvez et al.).

Se ha puesto en evidencia que varios fines pueden estar presentes en un mismo momento; hay prioridades que pueden no ser la salud; hay diferentes modos de percibir el riesgo; a su vez, el riesgo puede ser definido de diferentes modos; las «normas ideales» pueden colisionar con las «normas prácticas»; etc.

Del mismo modo surge la importancia de las normas grupales en la toma de conductas preventivas. Las normas están presentes en el grupo donde, según esta investigación, se ha verificado un cambio más importante en la adopción regular de conductas preventivas: los jóvenes. Consecuentemente, estamos frente a la dificultad de lograr cambios en la misma dirección en los casos en que no exista una subcultura capaz de transmitir y mantener las normas preventivas. En estos casos, se impondrá realizar de antemano un trabajo comunitario a partir del cual el grupo haga suyas normas que de otro modo se perciban como ajenas.

También en el nivel metodológico el sida ha afianzado la idea de la necesaria complementariedad entre técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas. Si bien se destacan en primer lugar los estudios de tipo descriptivo, que se conocen en general como estudios KABP (*knowledge, attitudes, beliefs, practiques*) y que se consideran insuficientes en cuanto a un conocimiento exhaustivo en torno de los componentes sociales del sida, se ha visto que constituyen el primer y necesario paso de la investigación, que luego debe proseguir en los desarrollos en profundidad capaces de ser alcanzados con las técnicas cualitativas.

Siguiendo el modelo de las representaciones sociales, podemos plantear que la noción no familiar de protección del VIH se ha anclado en el uso del preservativo como método anticonceptivo. Dado que el condón no es visto como un método apropiado de anticoncepción en parejas estables, se dificulta la aceptación de su uso continuo como protección de la infección por el VIH. Por otra parte, la información proveniente de la medicina en cuanto a la necesidad del uso continuo del preservativo es reemplazada por las teorías del sentido común en cuanto a la posibilidad de clasificar a las personas en una tipología de «seguras» o «inseguras», con base en su cercanía con grupos o prácticas de riesgo.

Morin señala que el análisis de las dimensiones socioculturales de la gestión de los riesgos asociados al sida puede englobarse en las siguientes tres perspectivas teóricas:

- a) La necesidad de contextualización de las decisiones y las prácticas: presupone el esfuerzo de analizar las reglas que las normas socioculturales imponen a las acciones, según en qué momentos, lugares e instituciones ellas tengan lugar;
- b) La construcción socializada de las actitudes y las representaciones: los diferentes modelos teóricos actuales alrededor de este tema (construccionismo, constructivismo, teoría de las representaciones sociales) suponen que los actores se hacen cargo de las representaciones y prácticas vigentes en sus grupos y realizan un proceso de negociación con respecto a ellas;
- c) La importancia de los marcos identitarios toma en cuenta el proceso de asimilación-diferenciación, por el cual la adhesión a ciertas normas y el rechazo de ciertos valores son modos de definición de las identidades.

Por otra parte, enfocar el tema de la adopción o no de conductas preventivas en relación con el contagio del VIH desde modelos teóricos centrados en la gestión del riesgo que realice el individuo, aun incorporando variables no solo cognitivas, incluyendo también los factores socioculturales que impregnan sus decisiones, implica desconocer que en el tema del sida, especialmente cuando pensamos en la transmisión vía sexual, no se trata sólo de que el individuo se protege a sí mismo, sino que su comportamiento implica al otro.

En este aspecto el individuo no es autónomo, interactúa y puede ser más o menos capaz de encarar la protección con el otro.

Información

Con respecto a la información, ha surgido claramente que si bien la población tiene en alta proporción un saber básico acerca de las vías de contagio y de los modos de protección, se trata de un conocimiento superficial, con el que coexisten importantes lagunas informativas. En particular llama la atención la creencia de que las relaciones anales y orales son menos riesgosas que las genitales. Este es uno de los aspectos, pues, que las intervenciones preventivas en nuestro medio deberían retomar.

Tal como lo plantean Ludwig y Touzard, estamos en condiciones de afirmar que las variables que definen el apoyo social, la red de relaciones y las normas, son las que más influyen sobre la adopción de la conducta preventiva. Se confirma así lo que ya había planteado Lewin en la década del 50, cuando estudiaba el rol determinante del grupo sobre los cambios de conducta individuales, especialmente en situaciones de incertidumbre. Las respuestas a la epidemia dadas por los jóvenes muestran la importancia de las redes comunicacionales, pero también del nivel educativo como variable; cuando es alto ha mostrado estar relacionado con una mayor adopción de conductas preventivas. Newman et al. distinguen además tres tipos de variables que influyen sobre la conducta de riesgo:

– *las variables próximas o cercanas* a la variable en estudio, como por ejemplo el número de parejas sexuales;

– *las variables intermedias*, condiciones que se requieren para que aparezcan las conductas en estudio, por ejemplo un estilo de vida en el que corrientemente se adoptan riesgos;

– *las variables contextuales*, que se refieren a factores culturales y normativos que permiten comprender los significados de las conductas y visualizar posibles áreas de resistencia a su modificación. Incluyen las variables relacionales, que abarcan las normas en una pareja relativas a la asunción de los roles de género, la aceptación o el rechazo de la comunicación en la pareja y de la negociación en las relaciones sexuales.

Son estas variables contextuales las que han surgido, a partir de la presente investigación, como más relevantes en relación con la adopción de conductas preventivas, y sobre las que, en consecuencia, se debería trabajar con miras al logro de cambios en las conductas en el sentido preventivo.

Podemos concluir que el sida se desarrolla en varios escenarios que tienen cierta autonomía entre sí. En el caleidoscopio de representaciones sociales acerca del sida se acepta la simultaneidad de representaciones teóricamente

incongruentes: el sida es por un lado una enfermedad de los «otros», quienes asumen prácticas de riesgo, pero al mismo tiempo es visto como una enfermedad de fácil contagio, a través de contactos casuales. Es un «problema de todos», pero afecta a los «otros». El amor y la confianza salvaguardan contra el riesgo de la infección, mientras que el sexo, la droga, la homosexualidad y las prácticas médicas que incluyan la sangre son escenarios que implican riesgos.

Esto comprueba que los individuos no son receptores pasivos de datos e informaciones sino que, como dice Moscovici, piensan autónomamente y producen sus propias explicaciones y teorías sobre los hechos que los afectan. El *saber preventivo* es asimilado por la población, pero se transforma en estrategias que incluyen la selección de parejas o de prácticas y no el saber capaz de preservar en realidad. Esta transformación de un tipo de saber en otro no está suficientemente estudiada, a partir de que es rechazada por el discurso «higienista», pero es allí donde se imprime la influencia de los factores culturales, sin cuya valoración no se podrá avanzar hacia una mayor eficacia de las intervenciones preventivas.

Bibliografía

- Bajos, N. y D. Ludwig: «Risque construit et objectivation du risque: deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du Sida» en N. Bajos, M. Bozon y A. Giami: *Sexualité et Sida*, ANRS, París, 1995.
- Calvez, M.: *La selection culturelle des risques du Sida*, ANRS/IRTS, París, 1992.
- Calvez, M., M-A. Schiltz y Y. Souteyrand: «Présentation» en *Les homosexuels face au Sida. Rationalités et gestion de risques*, ANRS, París, 1996.
- Ludwig, D. y N. Touzard: «Sida et transitions individuelles. Revue de question» en *Revue Internationale de Psychologie Sociale* 3, 1990, pp. 127-139.
- Mendes Leite, R.: «Comentario» en N. Bajos, M. Bozon y A. Giami: *Sexualité et Sida*, ANRS, París, 1995.
- Morin M.: «Entre représentations et pratiques: le sida, la prévention et les jeunes» en J. C. Abric (ed.): *Représentations et pratiques sociales*, P.U.F., París, 1994.
- Moscovici, S.: «On Social Representations» en J. O. Forgas (ed.): *Social Cognition. Perspectives on Everyday Understanding*, Academy Press, Londres, 1981.
- Newman, L., S. Zierler y D. Cheung: «Epidemiological and Ethnographic Methods for Research in High-risk Behavior Integrated Approaches to Acceptability and Intervention» en J. N. Wasserheit (ed.): *Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the Aids Era*, American Society for Neurobiology, Washington, 1991.
- Schiltz, M-A. y P. Adam: «Gestes préventifs, stratégies d'évitement de l'épidémie de Sida et perception du risque» en N. Bajos, M. Bozon y A. Giami: *Sexualité et Sida*, ANRS, París, 1995.