

“Me olvidé que tenía el VIH”: motivos para tener penetración anal sin condón en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres en España

Percy Fernández-Dávila^{1,2,3}, Adriana Morales-Carmona¹

¹ Área de Investigación, Stop Sida, Barcelona

² Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/VIH/SIDA de Cataluña, Barcelona

³ Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Universitat Ramon Llull, Barcelona

Autor de correspondencia: Percy Fernández-Dávila

Calle Diputación 183-185, ent. 2º

08011 Barcelona

Tel.: 676204711

E-mail: percy@stop sida.org

RESUMEN

Introducción

Diversos estudios en países de altos ingresos indican elevadas tasas de conductas de riesgo entre los hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres (HSH VIH-positivos) lo que puede conllevar un riesgo de transmisión del VIH y de reinfección o coinfección con otras infecciones de transmisión sexual.

Objetivo

Comprender los motivos por los cuales un grupo de HSH VIH-positivos tuvo penetración anal sin condón (PASC) con parejas ocasionales en los últimos 3 meses.

Métodos

Un estudio cualitativo fue realizado con 78 hombres: 35 en entrevistas individuales y 43 en 5 grupos de discusión, en 3 ciudades de España (Madrid, Barcelona y Palma de Mallorca). Se estableció como criterio de selección que hubiera transcurrido 18 meses desde el diagnóstico del VIH. Para analizar los datos se utilizaron los procedimientos de la Teoría Fundamentada (como método) y el Análisis Temático.

Resultados

Una cuarta parte de los entrevistados reconoció haber tenido PASC. Muchas de las situaciones en las que ocurrió PASC fueron descritas como “deslices”. Estos eventos sucedieron mayormente en lugares donde se practica sexo (saunas, cuartos oscuros). Las explicaciones para tener PASC tuvieron que ver con necesidades psicológicas (valía del atractivo físico), estados emocionales/afectivos (soledad, depresión), problemas con el uso del condón (pérdida de la erección), dificultad para negociar el uso del condón y otras específicas al VIH: ser VIH-positivo, evadirse de la conciencia de tener el VIH y un optimismo por el tratamiento.

Conclusión

Los motivos para tener PASC entre HSH VIH-positivos fueron diversos y muchos fueron similares a los de otros HSH, aunque hubo algunos específicos a la situación de vivir con el VIH. La prevención del VIH en HSH debe incluir visiblemente a los VIH-positivos y tener en cuenta los factores individuales y contextuales que llevan a tener PASC.

Palabras clave: conducta sexual de riesgo, VIH, hombres que tienen sexo con hombres, motivos, prevención secundaria, investigación cualitativa

“I forgot i had HIV”: motives for having anal intercourse without condom in a group of HIV-positive MSM in Spain

ABSTRACT

Introduction

Several studies in high-income countries indicate high rates of sexual risk behaviours among HIV-positive men who have sex with men (HIV-positive MSM), which may carry a risk of HIV transmission and HIV reinfection or coinfection with other STIs.

Objective

To understand some reasons why a group of HIV-positive MSM had unprotected anal intercourse (UAI) with non-steady sexual partners in the last 3 months.

Method

A qualitative study was carried out with 78 men: 35 in individual interviews and 43 in five discussion groups, in three cities of Spain (Madrid, Barcelona and Palma de Mallorca). The selection criterion was that eighteen months had passed after a HIV diagnosis was established. The Grounded Theory procedures (as method) and thematic analysis were used to analyze the data.

Results

The findings indicate that a quarter of the interviewees admitted having had UAI. Many of the situations in which UAI occurred were described as “slip-ups”. These events occurred in venues where sex is practiced (saunas, dark rooms). Explanations for the occurrence of UAI are related to psychological needs (value of physical attractiveness), emotional/affective states (depression, loneliness), problems with condom use (loss of erection), and difficulty in negotiating condom use. Other specific motives were related to being HIV-positive, wishing to forget being HIV-positive, and HIV treatment optimism.

Conclusion

The motives for having UAI among HIV-positive MSM were diverse and many of them were similar to those motives of other MSM, although there were some specific to the situation of living with HIV. HIV/STI prevention in MSM should include visibly HIV-positive men. They should take into account the individual and contextual factors that influence to HIV-positive MSM have UAI.

Key words: sexual risk behaviour; HIV; MSM; motives; secondary prevention; qualitative research

Introducción

En muchos países industrializados los hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres (HSH VIH-positivos) reportan más prácticas sexuales de riesgo en comparación con los VIH-negativos o de desconocido seroestatus¹⁻³. Estas prácticas siguen una tendencia creciente en los últimos años y los niveles de penetración anal sin condón (PASC) con parejas sexuales de estado sero-discordante o no conocido son elevados⁴. Las revisiones sobre estudios relacionados a la PASC en HSH VIH-positivos encuentran prevalencias que van del 26%² al 75%³. El efecto de este patrón conductual se ve reflejado en una mayor prevalencia e incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en muchos países^{5,6}.

En España, el único estudio publicado⁷ que exploró diferencias en las conductas de riesgo en HSH según el estado serológico encontró que en comparación a los VIH-negativos y los que no conocen su seroestatus, fueron los VIH-positivos los que tuvieron el mayor número de parejas sexuales, realizaron en mayor proporción todas las prácticas sexuales de riesgo con parejas ocasionales, consumieron alguna droga antes o durante las relaciones sexuales y tuvieron alguna ITS en los últimos 12 meses.

Al tener prácticas sexuales de riesgo, los HSH VIH-positivos exponen a los que son VIH-negativos a riesgo de infección y se ponen ellos mismos en riesgo de reinfección y/o coinfección con otras ITS. La mayoría de estudios explicativos sobre las prácticas sexuales de riesgo en HSH VIH-positivos proviene de investigaciones cuantitativas que han buscado determinar los factores asociados a estas conductas a través de análisis estadísticos multivariados. Sin embargo, estas explicaciones pueden sólo tener sentido para los investigadores y no para los propios “actores”. La prevención debe tener la habilidad de conectar efectivamente con las explicaciones utilizadas por las personas que dan sentido a sus propias acciones,

así se conseguirán entendimientos apropiados y, por lo tanto, diseños de prevención más efectivos⁸.

Los pocos estudios cualitativos realizados en otros países con HSH VIH-positivos^{9,10} describen que los motivos más mencionados para tener PASC con parejas ocasionales son: la “calentura del momento”, el deseo de la pareja sexual para no utilizar el condón, falta de comunicación con las parejas sexuales antes y durante el encuentro sexual, búsqueda de parejas sexuales con el mismo seroestatus (*serosorting*), entre otras razones.

El incremento de la incidencia del VIH entre los HSH¹¹ y el alto nivel de la PASC y de las tasas de ITS de los HSH VIH-positivos subrayan la necesidad de entender la conducta sexual de este colectivo. Debido a la escasa información existente en España, este estudio buscó describir y comprender los motivos, contextos y circunstancias que llevan a un grupo de HSH VIH-positivos a tener PASC con parejas sexuales ocasionales.

Método

Participantes

El número de participantes fue de 78 hombres, de los cuales 35 participaron en entrevistas individuales y 43 en cinco grupos de discusión. El estudio se llevó a cabo en las ciudades de Barcelona, Madrid y Palma de Mallorca. Los criterios de selección fueron: ser mayor de 18 años, estar diagnosticado del VIH por un tiempo mayor a 18 meses, y haber tenido vida sexual activa durante los tres últimos meses.

La captación de participantes se hizo a través de diferentes fuentes (ver Tabla 1). Las diversas fuentes y el número total de participantes permitieron garantizar el principio de saturación. La tasa de rechazo fue de un 6% (participantes que cancelaron o no se presentaron a la cita).

Las características sociodemográficas de los participantes, tanto en las entrevistas individuales como

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN TIPO DE ENTREVISTA Y FUENTE DE CAPTACIÓN

Fuentes	Entrevistas individuales			Grupos de discusión			TOTAL
	BCN	MAD	MAL	BCN	MAD	MAL	
Hospitales	8	1	6	5	–	1	21
Centros de salud	–	1	–	–	–	–	1
ONG LGTB	–	4	–	–	3	–	7
ONG HSH VIH-positivo	–	3	–	–	7	–	10
ONG PPVIH	2	2	2	3	2	3	14
Internet (portales gay)	1	1	–	2	9	–	13
Terceras personas	1	–	3	2	1	3	10
Base de datos (estudios anteriores)	–	–	–	1	1	–	2
TOTAL	12	12	11	13	23	7	78

BCN: Barcelona; MAD: Madrid; MAL: Palma de Mallorca

en los grupos de discusión, se encuentran descritas en la Tabla 2.

La entrevista

Este estudio trianguló datos de dos métodos de recogida de información: entrevistas individuales y grupales. Esta combinación agregó mayor amplitud, rigor y profundidad a la investigación. Se utilizaron guías de entrevista semi-estructurada para las entrevistas individuales y los grupos de discusión. En total se exploraron 15 tópicos: diagnóstico del VIH, vivencia por tener el VIH, sexualidad, uso de Internet, relación de pareja estable, prácticas sexuales con la pareja estable, relaciones sexuales con las parejas ocasionales, estrategias de reducción de riesgos, revelación del estado serológico, visión de la responsabilidad, consumo de alcohol y drogas, historia de ITS, tratamiento del VIH, salud mental y necesidades de prevención. Las guías fueron validadas a través del criterio de jueces expertos y de pruebas piloto (2 entrevistas individuales y 1 grupo de discusión). La guía de entrevista grupal fue diseñada a partir de la presentación de ocho historias cortas que relataban la expe-

riencia de un hombre VIH-positivo sobre uno de los 15 tópicos planteados. A partir de cada historia se hacían preguntas que buscaban suscitar la opinión y las experiencias personales de los participantes.

Para el análisis de los resultados que reporta este artículo, sólo se utilizaron los datos que se desprendieron de las preguntas que formaron parte de uno de los tópicos de las guías: relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos tres meses. Un listado de los sub-temas que abordó este tópico con ejemplos de las preguntas que se hicieron, aparece en la tabla 3.

Procedimiento

El protocolo del estudio y las consideraciones éticas fueron aprobados por la Junta Directiva de la Asociación Stop Sida. En cada ciudad se contó con una asociación colaboradora y un coordinador que facilitó la logística y la ejecución del estudio. Una vez determinado los centros apropiados para captar participantes, se comenzó a hacer los respectivos contactos. En el caso de los centros sanitarios, el médico/a o enfermero/a comentaba a algunos pacientes, durante su

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

	<i>Entrevistas individuales</i> <i>n = 35</i>		<i>Grupos de discusión</i> <i>n = 43*</i>	
	n	%	n	%
Lugar de residencia				
Barcelona	12	34,3	13 ^a	27,5
Madrid	12	34,3	23 ^a	57,5
Palma de Mallorca	11	31,4	7 ^b	15,0
Lugar de nacimiento				
Ciudad del estudio	11	31,4	13	33,3
Otra ciudad de España	14	40,0	19	48,7
Latinoamérica	9	25,7	7	17,9
Otro país de Europa	1	2,9	–	–
Edad [Media(Me)]	42,8(42)		40,6(39)	
25-30 años	1	2,9	4	11,1
31-35 años	5	14,3	6	16,7
36-45 años	19	54,3	18	50,0
46-55 años	8	22,9	5	13,9
Más de 55 años	–	–	3	8,3
Nivel de estudios				
Primaria	3	8,6	1	4,0
Secundaria	4	11,4	7	28,0
Formación profesional	4	11,4	10	40,0
Diplomatura	4	11,4	1	4,0
Licenciatura	15	42,9	2	8,0
Universitaria incompleta	5	14,3	4	16,0
Ocupación				
Autónomo	4	11,4	2	8,0
Empleado	20	57,1	19	76,0
Desempleado	3	8,6	1	4,0
Jubilado	8	22,9	3	12,0
Orientación sexual				
Homosexual o gay	32	91,4		
Bisexual	1	2,9		
Hombre que gusta de hombres	2	5,7		
Relación de pareja				
Sí	12	34,4		
No	23	65,7		
Tiempo de diagnóstico (años) [Media(Me)]	9(10)		7,7(5)	
1-2	8	22,9	8	29,6
3-5	6	17,1	6	22,2
6-10	4	11,4	4	14,8
11-15	11	31,4	6	22,2
Más de 15 años	6	17,2	3	11,1
Tratamiento antirretroviral				
No	5	14,3		
Sí	30	85,7		
Carga viral				
Indetectable	30	85,7		
Detectable	3	8,6		
No sabe	2	5,7		
Conteo de CD4 (último control)				
Menos de 200	2	5,7		
201-400	8	22,9		
401-600	8	22,9		
601-1000	8	22,9		
Más de 1000	5	14,3		
No sabe	4	11,4		

* No todos los datos fueron recogidos y no se pudieron recoger completamente de todos los participantes.

^a Se realizaron dos grupos (Barcelona: 6 y 7 participantes en c/u; Madrid: 14 y 9 participantes en c/u); ^b Se realizó un solo grupo

TABLA 3: LISTADO DE SUB-TEMAS Y PREGUNTAS-TIPO DEL TÓPICO “RELACIONES SEXUALES CON LAS PAREJAS OCASIONALES” DE LAS GUÍAS DE ENTREVISTA

Sub-temas	Ejemplos de preguntas
Forma en que conoce a parejas sexuales ocasionales	¿Cómo haces para encontrar parejas sexuales ocasionales? ¿Dónde las conoces?
Lugares de búsqueda y encuentro sexual	¿A qué sitios sueles ir para conocer/encontrar hombres y tener sexo? ¿Sueles ir a algún sitio en particular? ¿Qué te motiva a ir a esos sitios? ¿qué te gusta de ellos?
Prácticas sexuales	¿Qué prácticas sexuales sueles tener con las parejas sexuales? ¿de qué depende [no] tener penetración anal?
Ocurrencia de PASC	¿Cómo se dio tener sexo sin condón? ¿Cómo fueron esos momentos?, ¿podrías hablarme de eso?
Ambiente y/o contexto donde ocurren eventos de PASC	¿Dónde conociste a las parejas ocasionales con las que tuviste sexo sin condón? ¿Cómo las conociste?
Motivos para tener PASC	¿Qué te llevó a tener sexo sin condón?
Negociación y uso (o no) del condón	Cuando no usaste el condón, ¿tenías condones a la mano? ¿Pensaste usar condón en ese momento? Si es SÍ: ¿Qué te impidió hacerlo? ¿Cómo te pusiste de acuerdo con ese hombre para tener sexo sin condón? ¿Él dijo algo? ¿Qué dijo?
Intencionalidad de la PASC (bareback)	¿Tú lo buscaste, fue intencionado? Si es SÍ: ¿Qué te llevó a hacerlo sin condón? ¿Lo sueles hacer así?
Sentimientos alrededor de la ocurrencia de la PASC.	¿Cómo te sentiste después de haber practicado sexo sin condón?
Historia (sólo para los grupos de discusión) Caso 2: Juan tiene el VIH desde hace 5 años y con la efectividad del tratamiento que toma, muchas veces tiene sexo sin condón con parejas ocasionales.	¿Qué pensáis de este caso? En el caso de otros gais VIH-positivos que suelen tener sexo no protegido con parejas sexuales, ¿qué creen que los lleva a tener sexo no protegido? El que ocurra esto, ¿depende de algo en particular?

PASC: Penetración anal sin condón

visita médica, el estudio y les invitaba a participar. Si aceptaban, se les pedía un número de teléfono o una dirección de correo electrónico. Este mismo procedimiento fue aplicado por las ONGs con sus usuarios.

En el caso de Internet, se recurrió a dos páginas de contactos gay: Gaydar y Bakala. En una de ellas se creó un perfil del estudio y se envió mensajes instantáneos a sus usuarios que indicaban tener el VIH en sus perfiles. En la otra, se colocó un aviso sobre el estudio en el tablón de anuncios.

A través de una revista de circulación nacional (*Lo+positivo*) dirigida a personas que tienen el VIH se enviaron correos electrónicos a HSH que habían colocado un anuncio en la sección de contactos. También se recurrió a la base de datos de un estudio anterior (el InterSex2006¹²) donde se guardó información de contacto autorizada por los participantes.

Una vez obtenidos los datos de los potenciales participantes, se procedió a contactarlos. En todo momento se recalcó el anonimato y la confidenciali-

dad. Aceptada la participación, se fijó una reunión. El día de la entrevista o de los grupos de discusión, se solicitó la firma de un consentimiento informado escrito. A todos se les entregó un incentivo de 25 euros por participar.

Al final de las entrevistas y de los grupos se pedía a los participantes invitar, si conocían, a otros HSH VIH-positivos para participar en el estudio.

Las entrevistas individuales tuvieron una duración promedio de 50 minutos y los grupos de discusión de 96 minutos. Las entrevistas individuales fueron realizadas por el investigador principal y la co-investigadora. Los grupos de discusión fueron facilitados por ambos investigadores. Tanto las entrevistas como los grupos fueron realizados en el local institucional de cada una de las asociaciones de cada ciudad implicadas en el estudio. Las entrevistas fueron grabadas y después de la utilización de las grabaciones, se procedió a su destrucción.

Análisis

Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas literalmente por los investigadores que las realizaron y un asistente externo. En el caso del asistente externo, se le entregó las grabaciones asignándole un código de identificación para mantener en todo momento el anonimato. Las transcripciones fueron revisadas, escuchando las grabaciones, lo cual garantizó la fiabilidad de los datos. Como el objetivo de este estudio fue desvelar en las narrativas de los participantes los motivos, razones y circunstancias que llevan a tener PASC, el análisis de los datos combinó dos procedimientos: la Teoría Fundamentada (como método¹³) para el proceso de codificación inductiva e integración de los códigos y un análisis temático¹⁴ para identificar, analizar y reportar patrones (temas).

Para el proceso de codificación se utilizó el programa Atlas-ti®. El libro de códigos fue construido a partir de los temas que fueron apareciendo en el proceso de lectura de cada una de las entrevistas (codi-

ficación abierta). Al final de la codificación, los códigos creados fueron revisados para verificar si no había repeticiones o para reformular códigos que aparecían con baja frecuencia. El proceso de análisis fue completado usando un análisis temático. En lugar de asumir un marco individual, interpersonal o contextual que oriente el análisis, se identificaron ideas repetidas sobre los motivos que llevan a tener PASC y así fueron codificados en categorías. En los casos en que los códigos contenían diversas causas, cada una se trató de asignar a una sola categoría. La agrupación de los códigos se hizo con el fin de producir un relato analítico de cómo los temas, representados en los códigos, intervienen y se relacionan unos con otros. La tabla 4 resume los códigos y los temas emergentes del análisis.

Resultados

De los 35 entrevistados de manera individual, el 26% reconoció haber tenido PASC con parejas sexuales ocasionales en los últimos tres meses. A continuación se describen las experiencias, los motivos y las circunstancias que llevaron a algunos de los entrevistados a tener PASC.

Contexto en que ocurrieron prácticas de PASC

Las prácticas de PASC ocurrieron principalmente en lugares/locales de ambiente donde se practica sexo: saunas, bares de sexo, cuartos oscuros, zonas de cruising. El ambiente altamente cargado de estímulos sexuales que suele haber en estos espacios les generó mucho "morbo" que hizo que perdieran el control racional de las conductas preventivas.

Si yo follo en una casa tomo más medidas que si yo follo en otro espacio, ya sea un bar, ya sea un espacio público. Para mí un espacio público sea abierto o cerrado hay más morbo, entonces es más difícil controlar los métodos de prevención porque yo me dejo llevar bastante más... Ver que

TABLA 4: LISTADO DE CÓDIGOS Y TEMAS EMERGENTES DEL ANÁLISIS

Temas	Códigos	n	%
Contextos donde ocurre PASC	Ambientes/situaciones en que ocurre PASC	5	8,8
Circunstancias alrededor de los eventos de PASC	Acuerdo tácito para PASC	2	3,5
	Asunción del riesgo sexual	6	10,5
	Impulso inconsciente para tener PASC	1	1,8
	Morbo por PASC	3	5,3
	Calentura del momento	8	14,0
Necesidades no-sexuales	Atractivo de la pareja sexual	4	7,0
	Aumentar autoestima	1	1,8
	Estado depresivo	2	3,5
	Evasión de estresores	1	1,8
	Sentirse solo	2	3,5
Dificultad para negociar el uso del condón	PASC como juego/para dilatar el ano	2	3,5
	Complacer a la pareja sexual	2	3,5
Consumo de drogas	PASC bajo los efectos de las drogas	5	8,8
Erotización del riesgo	Morbo por PASC	1	1,8
Problemas con el uso del condón	Condón "corta el rollo"	1	1,8
	Condón "destrempa"	2	3,5
	Condón pierde sensibilidad	2	3,5
Tener el VIH	Ser VIH-positivo	2	3,5
	Evasión del VIH	2	3,5
	Estar en tratamiento antirretroviral	3	5,3
TOTAL		57	100

PASC: Penetración anal sin condón

hay un bosque, un baño, para mí es más complicado porque el morbo está muy subido y controla la situación más que yo.

BCN01, 30 años, Tiempo de diagnóstico (TD): 2 años

Te pilla en una discoteca, con dos copas, inmediatamente te vas al cuarto oscuro, ves a una polla kilométrica, pum, es así de claro. [...] Una noche de copas, me fumé unos cuantos porritos... pasé una vez, no es una practica habitual, evidentemente-

te alguna noche ha ocurrido, es decir, te puede pasar, a lo mejor yo llevo un condón en la cartera o en el bolsillo, no lo sacas.

Grupo de discusión MAL-01

Algunos participantes que tuvieron PASC, buscaron locales comerciales donde se practica sexo porque éstos son espacios anónimos y su característica esencial es que en ellos prima como norma "la ley de silencio". Al ser anónimo se evitan, por ejemplo, tener que revelar su seroestatus si alguien lo pregunta.

En un cuarto oscuro no tienes por qué decir nada. En un cuarto oscuro no te ven. En un cuarto oscuro no se hacen una imagen de ti. En un cuarto oscuro simplemente tocas, llegas y ahí es una especie de mercado, de exponer un poco la carne, de intuir más bien la carne porque ni siquiera se ve. Entonces el anonimato hace que las personas se sientan más seguras, no hace que tengamos que establecer ningún tipo de conversación ni un tipo de explicación.

BCN02, 52 años, TD: 15 años

Con menor frecuencia, también ocurrieron en contextos donde se practica sexo en grupo. Estas reuniones pueden ser fiestas “especiales” (p.e. *leather*, *fist-fucking*, *bareback*), caracterizadas por su permisividad, donde cada quien puede tener la libertad de usar o no condón.

R3: En situaciones varias, las dos personas decidimos no utilizar preservativo en fiestas de Belfast, en Londres, yo vivía ahí. Una fiesta donde no había condones, básicamente. [...] Seguro que había gente seropositiva, era una fiesta de mixtos [seropositivos y seronegativos].

Grupo de discusión MAD-01

Circunstancias relacionales y situacionales alrededor de los eventos de PASC

Las razones para tener PASC con parejas sexuales ocasionales están incrustadas dentro de una ecología de factores personales e interpersonales que crean circunstancias o situaciones que incrementan la probabilidad de tener sexo sin condón y que son las que describiremos a continuación.

Acuerdo tácito

En algunos casos, los actos de PASC no fueron pactados ni negociados, es decir, no medió ningún tipo de diálogo antes o durante el encuentro sexual, ocurrieron porque se descifró un patrón de comunicación no verbal que hizo que se interpretara el deseo

de practicar sexo sin condón. Esto también indica que no fueron actos expresamente intencionados.

Yo creo que fue falta de comunicación. No fui capaz de decirle, ‘oye, hay que usar condón o esto no deberíamos hacer’. Es curioso porque estas cosas que está haciendo uno, uno está pensando no debería de estar haciendo lo que estoy haciendo ¿no?, claro, cuando estás caliente no se piensa.

P: ¿Hubo una especie de acuerdo entre ambos?

Sí, a ver, hablado no. Si yo lo penetro y él se deja penetrar, y estamos un rato follando ya hay un acuerdo, si me dice que no desde un principio, no lo voy a obligar.

BCN03, 36 años, TD: 5 años

Asumir el riesgo

Muy pocos entrevistados reconocieron haber tenido PASC de manera intencionada y señalaron que a partir de la información sobre el VIH, tenían conocimiento del riesgo que suponía esta práctica, lo que les permitió asumir ciertos niveles de riesgo.

R6: Creo que cada persona tiene que ser consciente de los niveles de riesgo que existen, tienes que hacer una valoración del riesgo, y el riesgo no es infectar del VIH sino otros riesgos que tendré yo como persona infectada de recibir una reinfección u otras enfermedades.

P: ¿O sea que tener más información te hace asumir mayores riesgos?

R6: Me hace decidir qué nivel de riesgo estoy dispuesto a asumir.

Grupo de discusión BCN-02

Morbo y calentura del momento

La mayor parte de los encuentros sexuales donde se tuvo PASC fueron descritos como situaciones muy “morbosas” que originaron un alto estado de excitación sexual (“la calentura”) y que hizo que se perdiera el control de la situación.

Fue en una sauna y fue porque me insistió mucho y la verdad era una situación de morbo absoluto y de desenfreno, era de noche, ya muy tarde, entonces estás ya deseando de correrte y de irte que ya te daba igual, entonces sí que lo hice sin preservativo.

MAD01, 40 años, TD: 18 años

Los motivos...

Además de señalar en qué contextos, situaciones o circunstancias ocurrieron prácticas de PASC, los entrevistados también describieron los motivos o razones que los llevaron finalmente a tener PASC. Estos motivos guardan también un significado personal.

Necesidades no-sexuales

Varios de los motivos por los cuales los entrevistados tuvieron PASC estuvieron relacionados con llenar necesidades que no estuvieron relacionadas a la satisfacción sexual. Por ejemplo, algunos que se han sentido deprimidos reconocieron que en esos momentos tuvieron PASC porque su percepción de riesgo se vio disminuida por la pobre valoración de su salud y su vida.

En ese momento había información ya, lo que pasa que, claro, eso dependía un poco de cómo tú psicológicamente estabas para hacerlo de una manera o de otra. Entonces quizá a mí me cogió en un momento bajo, quizás yo... mhm... bajé la guardia, digamos, pero la información estaba... entonces digamos que, en ese sentido, yo me siento un poco responsable porque no era falta de información sino más bien un momento personal digamos..

BCN06, 44 años, TD: 14 años

Cuando tú te encuentras en una fase depresiva, como sientes que tienes poco que perder tampoco sientes que te estés poniendo en riesgo de nada, es decir, desde el momento que conoces a alguien en la calle, que vas a follar con él, conoces el

riesgo de que pueda ser positivo, un psicópata y te pueda hacer cualquier cosa [...] No tienes conciencia de riesgo en absoluto de nada porque estás tan abajo que no ves lo que es el riesgo.

BCN01, 30 años, TD: 2 años

La necesidad de afecto fue también descrita como uno de los motivos por los que a veces algunos participantes tuvieron PASC. Desear estar con alguien que no quiere usar el condón y el miedo a ser rechazado por negarse a ello, puede llevar a que se termine aceptando tener PASC.

Reconozco que hay una necesidad afectiva muchas veces y esa necesidad afectiva te obliga a veces a tomar determinaciones que a veces no quieres: es que si no, me va a rechazar, que si no, no sé qué.

BCN02, 52 años, TD: 15 años

Algunos señalaron que han tenido sexo no protegido porque no querían perder la oportunidad de estar sexualmente con alguien que resultaba muy atractivo para ellos.

Era no llevar el preservativo en la cartera y no querer perder esa oportunidad... si ha habido feeling o chispa con ese chico y no perder...

BCN07, 41 años, TD: 11 años

Son cosas que pasan en el momento que no lo puedes evitar, porque a veces conocer a alguien y dices 'no puede ser, que esta persona que me vuelve loco [se haya fijado en mí]', y sabes que por no tener acceso, el preservativo a mano, no estás con él y sabes que no lo vas a volver a ver nunca más.

MAD03, 45 años, TD: 4 años

Problemas con el uso del condón

Encontrarse con parejas sexuales que tienen problemas con el uso del condón ha hecho que, a veces, por complacerlas, tengan PASC. El principal proble-

ma con el condón referido es que éste resta sensibilidad y/o hace que se pierda la erección.

Con gente, de decirme que no se pone condones porque se les baja, porque con condones no pueden hacer nada.

MAD03, 45 años, TD: 4 años

[Decía] que no sentía lo mismo, esa tontera, en el pene le hace perder sensibilidad, esa tontería.

MAL01, 42 años, TD: 13 años

Otra dificultad mencionada con el uso del condón es que éste “corta el rollo”, es decir, interrumpe la espontaneidad o el momento de un encuentro sexual muy intenso.

R: Yo tenía [condones], no sé si él pero yo sí.

P: ¿Pensaste usar condón en ese momento?

R: Sí

P: ¿Qué te impidió usarlo?

R: Parar el momento.

BCN03, 36 años, TD: 5 años

Un entrevistado mencionó tener problemas con los tamaños de condones que se suelen comercializar o distribuir ya que no se ajustan a sus medidas. Por este motivo, señala perder erecciones con la consiguiente intención de tener PASC.

Yo no puedo usar cualquier condón, porque hay condones que me hacen daño y me destrepan jejeje. Hay condones de los que te dan por ahí, que bien, pero hay otros que es imposible. O sea desde el momento que alguien me dice `no, es que no llevo`, `yo llevo`, te los pones y dices: `te voy a dar un minuto porque es que en un minuto esto se va a abajo porque me la está estrangulando`, y si se estrangula, ya no hay manera de nada, o sea directamente me cortó el rollo. Cuando he follado a pelo ha sido o porque a lo mejor me gustó uno y me la estaba estrangulando y era pa´ adelante, me quito el condón y venga.

BCN01, 30 años, TD: 2 años

Dificultad para negociar el uso del condón

En otras ocasiones algunos entrevistados practicaron la PASC en situaciones donde tuvieron dificultades para negociar el uso del condón sólo por el hecho de complacer a la pareja sexual quien insistió en hacerlo sin protección.

Le conocí una noche, en un bar de ambiente y nos fuimos a casa. Entonces él estaba muy interesado en penetrarme y yo no quería porque yo no era pasivo, es que además me dolía muchísimo, yo no disfrutaba. Pero insistió tanto, insistió tanto que dije, bueno, inténtalo un poquito pero ve poco a poco, poco a poco, y nada, no fue poco a poco, fue de golpe y se corrió, eyaculó.

MAD01, 40 años, TD: 18 años

A veces por el deseo o insistencia de la pareja sexual, algunos permitieron que los penetren sin condón, como un juego preliminar (“meter sólo la puntita”), bajo el argumento de dilatar el ano antes de penetrarlos completamente con el condón.

Es muy habitual, te dicen: “es sólo al comienzo, sólo ahora, que no me voy a correr”, pero yo sé que de ahí a correrse es un paso.

MAD11, 36 años, TD: 2 años

Consumo de drogas

El uso de drogas recreativas para “salir de marcha” y/o para tener sexo, al producir una alteración en la percepción de la realidad, pueden traer como consecuencia la pérdida del control y de la conciencia preventiva llevando a practicar PASC.

R2: Las drogas con el placer y todo, te lleva, para mí, a tener el grado de responsabilidad anulado.
Grupo de discusión BCN-02

La mayoría de las veces sí [usaba] pero muchas veces no, sobretudo de esas noches que si salías de marcha y terminabas en el sauna pues ya ibas

que si con una pastilla o lo que sea, pues ni te acordabas [de usar condón].

MAL07, 32 años, TD: 3 años

Erotización del riesgo

Hacer algo prohibido (“no usar condón”) le produjo a un entrevistado mucha excitación sexual. El riesgo se erotiza y, así, lo prohibido se convierte en deseo y placer.

Lo que te puede generar miedo te puede generar hasta morbo. Entonces al final te acaba dando mucho morbo después de haber dicho tres veces no, y no hay marcha atrás. Si no hay condón, al principio es morbo.

BCN01, 30 años, TD: 2 años

Motivos relacionados con el VIH

A continuación se describen los motivos que estuvieron directamente relacionados con vivir con el VIH.

Tener el VIH

La situación de tener el VIH llevó a algunos a tener sexo sin condón ya sea porque al tener el VIH no percibían mayores riesgos o porque sabían que lo hacían con otros seropositivos, como fue el caso de un participante que cede a tener PASC cuando se entera que la pareja ocasional también es VIH-positiva.

Conocí a un chico seropositivo en una estada en Milano, cedí porque él me lo pidió y lo hice sin condón.

Grupo de discusión MAD-01

Evadirse del VIH

Otros señalaron que cuando tuvieron PASC, buscaron evadirse de la conciencia de tener el VIH, de querer sentirse liberados de la carga emocional que significa vivir con la infección.

R7: Ocurre, no sé si me creeréis, pero yo un día me olvidé, me olvidé literalmente de que, o sea, un

momento de pasión y me olvidé que tenía SIDA, me olvidé que tenía el VIH, no sé si lo podéis entender pero me olvidé.

R1: No, no, es que se olvida, se olvida.

Grupo de discusión BCN-02

El único contacto sexual son de cruising, entonces no hay domicilio, una cama, un sofá. Así que siempre han sido en los mismos sitios. Simplemente hervor mental, hervor físico, cachondeo, nada más, te cojo y te parto, y ya. Como olvidándome un poco del VIH, como diciendo: hoy me place olvidarme de esto, que existe, que lo tengo, que lo puedo transmitir o me pueden transmitir con lo cual me puedo reinfectar o no, hoy me place que esto no existe, negarlo.

MAL01, 42 años, TD: 13 años

Optimismo por el tratamiento

Muy pocos indicaron que llevar muy bien el tratamiento antirretroviral, sin mayores molestias o efectos secundarios y con una carga viral indetectable, hace que se relajen y tengan PASC.

Como te encuentras bien y no tienes nada, y ya entonces hay personas que se descuidan como es en mi caso, que yo muchas veces me descuido y hago sexo no seguro y aún así estoy bien y entonces yo hago sexo seguro y no seguro [...]. Me tomo mis pastillas que son cinco y entonces soy indetectable y yo pienso que las personas que seamos indetectables tenemos muy mínimo riesgo de contagiar a otra persona, se tiene menor riesgo, pero aún así es un 0,9% de posibilidades de que se contagie a la otra persona.

Grupo de discusión BCN-01

Creo un poco por los antirretrovirales, por la percepción que tienes de vida normal y todo, cae tu percepción de riesgo frente a la enfermedad: estoy bien, no me pasa nada, o sea no tienes la per-

cepción que puedes empeorar la situación o meter en problemas o meter a alguien en problemas.

Grupo de discusión MAL-01

Discusión

La mayoría de los participantes en este estudio tuvo sexo seguro con sus parejas sexuales, lo cual puede estar en consonancia con un discurso de responsabilidad personal que también fue planteado por ellos en este estudio y que está descrito en otra publicación¹⁵. Entre los que tuvieron prácticas de PASC sus motivos fueron diversos y similares a los que refieren otros HSH, independiente del estado serológico¹⁶⁻¹⁸. Sin embargo hay otros que están relacionados específicamente con la situación de tener el VIH. Algunos de los motivos que llevaron a los HSH VIH-positivos a tener PASC también han sido encontrados en otros estudios^{9, 10}.

Muchas de las situaciones donde ocurrieron prácticas de PASC con parejas sexuales ocasionales las podemos describir como “deslices”, debido a la dificultad de mantener un cuidado preventivo sostenido, y más aún cuando la pareja sexual es la que desea que el sexo sea sin condón. Es decir, no hubo intencionalidad. Muchas de las explicaciones para que ocurra PASC tienen que ver con motivos personales (p.e. valía del atractivo físico, soledad, etc.) o contextuales (p.e. lugar donde ocurre el encuentro sexual). Lo individual puede emerger en determinadas situaciones por lo que puede ser un interjuego de factores que se tienen que tener en cuenta para poder entender las prácticas de sexo sin condón¹⁹. En otras palabras, la ocurrencia del sexo sin condón no es uncausal, en un encuentro sexual pueden intervenir varios factores o motivos que potencializan que finalmente ocurra la PASC.

Los principales espacios donde los participantes tuvieron PASC fueron los locales de ambiente donde se practica sexo. En estos espacios el sexo que se suele practicar es anónimo, es decir, la comunicación

es muy escasa, siendo la norma “la ley de silencio”. Esta característica hace sentir a los usuarios VIH-positivos que están en un ambiente seguro, en el cual perciben que no se ven en la necesidad de revelar, o ser preguntados por su estado serológico. Al no haber ningún dialogo y si la pareja sexual insinúa o desea tener PASC, se pueden llegar a construir una serie de suposiciones que permiten justificar la ocurrencia de sexo sin condón (“Si no quiere usar condón, lo más probable es que sea también VIH-positivo”), a pesar de ser la intención inicial practicar sexo seguro. El silencio y las suposiciones forman parte de la dinámica principal para que ocurran actos de PASC como también ha sido encontrado en otro estudio en España²⁰. Esta dinámica puede ser diferente si la pareja sexual se conoce por Internet^{21,22}. Además de esos lugares donde ocurren actos de PASC, debemos estar atentos a los nuevos espacios emergentes de riesgo donde hasta ahora no se ha prestado atención y donde la prevención no ha podido llegar: fiestas privadas de sexo. Ya algunos estudios en otros países han encontrado que ser VIH-positivo y asistir a fiestas de sexo fueron los mejores predictores de PASC^{23,24}.

Los motivos mayormente mencionados que llevaron a tener PASC fueron los que estuvieron relacionados a aspectos emocionales. Algunos de ellos tuvieron que ver con carencias afectivas que llevaron a aceptar propuestas de las parejas sexuales para tener PASC cuando éstas, por ejemplo, resultaron muy atractivas físicamente. En estos casos lo que menos desearon es ser rechazados si no aceptaban sus requerimientos. Asimismo, la presencia de sentimientos de soledad puede conducir a una pobre autoestima y/o depresión y a tener riesgos en un intento de conectarse a otros a través del sexo¹⁸. Esto puede hablar de la escasez de fuentes de soporte social, lo cual se ha detectado conduce a riesgo sexual en HSH²⁵. El proceso de aceptación y vivencia de la infección (p.e. vivirlo de manera oculta) así como los

miedos y temores relacionados al rechazo de las parejas sexuales y al estigma, encontrados en algunos entrevistados pero que por extensión no están incluidos en los resultados de este artículo, pueden estar implicados en estos estados emocionales o afectivos que llevan a PASC.

En algunos casos, tener el VIH parece estar en conflicto con la posibilidad de llevar una vida sexual libre y placentera (si se percibe que el uso del condón restringe esta posibilidad). Por eso quizá algunos HSH VIH-positivos se disocian en sus encuentros sexuales y “olvidan” no protegerse porque quieren experimentar el sexo sin traer a cuenta la carga de la responsabilidad que supone tener el VIH. Otros resuelven y se liberan de este dilema asumiendo que como tienen el VIH “ya no tienen nada más grave que perder”, sobre todo cuando sus parejas sexuales son del mismo estado serológico.

El consumo de drogas fue un motivo que también estuvo en la causa de algunas prácticas de PASC. La asociación entre el consumo de drogas y las prácticas de PASC ha sido ampliamente demostrada en muchos estudios^{26,27}. Algunos de estos estudios también indican un alto consumo entre los HSH VIH-positivos^{7,27,28}. Al parecer, los efectos del consumo de drogas (aumentar la excitación sexual, intensificar las sensaciones), asociado al contexto socio-ambiental donde el encuentro sexual ocurre (visitar un local donde se practica sexo) facilitaron actos de PASC. Es necesario proponer mensajes de prevención que incluyan los riesgos de usar drogas con fines recreativos, la reducción de riesgos cuando se las usa para las relaciones sexuales y las interacciones con los tratamientos antirretrovirales.

El hecho de tener una carga viral indetectable no fue mayormente mencionado por los entrevistados como un motivo para justificar prácticas de PASC con las parejas sexuales de igual o diferente estado serológico. Sin embargo esto puede estar en la línea de otros estudios que han encontrado que episodios de

PASC ocurren más frecuentemente entre aquellos que no discuten su carga viral con parejas sexuales ocasionales²⁹. Y en cierta medida esto es entendible desde que la ocurrencia de la revelación del estado serológico, y si fuera el caso, de estar en tratamiento antirretroviral y tener la carga viral indetectable, no se suele dar. Al parecer más peso tiene el discurso sobre la responsabilidad sexual individual (cada uno es responsable de sus actos y de las consecuencias que éstos acarrearán)¹⁵ entre los HSH VIH-positivos para liberarlos de la carga que puede suponer la transmisión del VIH en actos de PASC con parejas ocasionales.

La existencia de un grupo de HSH VIH-positivos que han optado por no utilizar el condón con parejas sexuales ocasionales (el *bareback*), debe ser un motivo de preocupación de salud pública y debería ser convenientemente vigilado. Esto implica comprenderlo mejor puesto que pertenece a una nueva cultura sexual: la cultura sexual del sin-condón. Intervenciones focalizadas deben proporcionar información sobre las estrategias de reducción de riesgos (p.e. asumir el rol pasivo en el acto sexual, usar lubricante, seleccionar parejas sexuales del mismo seroestatus, etc.) para evitar exponer a otros a riesgo de infección. Estas estrategias, cuando se tratan del rol sexual en la PASC y considerando el seroestatus de la pareja sexual (la seroadaptación), pueden reducir la transmisión del VIH en 98%³⁰.

Antes de proponer cualquier programa de prevención dirigido a los HSH VIH-positivos, primeramente se debería buscar la manera de atraerlos hacia la prevención, ya que se ha encontrado que muchos de ellos no están interesados en ella³¹. Por eso se hace necesario explorar con estos hombres cuáles son realmente sus necesidades reales de prevención. Así se podrá proporcionarles una variedad de opciones para iniciar sexo más seguro³². Una vez conseguido esto, los programas para la prevención secundaria deben tener en cuenta los factores emocionales que influyen en las prácticas de PASC. Estas intervencio-

nes individuales o grupales deben incluir el aprendizaje de habilidades para negociar el sexo seguro, incluida la opción de revelar el seroestatus. Las asociaciones o servicios socio-sanitarios podrían ofrecer talleres que incluyan el abordaje de estas habilidades. Se hace necesario también elaborar mensajes claros sobre los riesgos para la salud (p.e. reinfección, contraer otras ITS) cuando se practica PASC con parejas sexuales seroconcordantes positivas. Un espacio que puede ser una gran oportunidad para realizar intervenciones conductuales con HSH VIH-positivos es la consulta médica, cuando ellos asisten a sus controles rutinarios para monitorizar la infección. La ejecución de intervenciones preventivas en escenarios clínicos ha demostrado ser efectiva en reducir las conductas sexuales de riesgo en HSH VIH-positivos³³. Entre los HSH VIH-positivos, especial atención se debería prestar a los jóvenes y a los que han sido diagnosticados recientemente³⁴.

Existen algunas limitaciones para la interpretación de estos resultados. Sólo una cuarta parte de los entrevistados reconoció haber tenido alguna práctica de PASC, una proporción relativamente baja tomando en cuenta las referencias de la literatura que indican altas tasas de prácticas de PASC en el colectivo de HSH VIH-positivos. Pensamos que los entrevistados no pudieron expresarse sinceramente por la dificultad de reconocer abiertamente estas prácticas (en el discurso normativo, está mal visto practicar sexo sin condón) o porque muchos participantes para las entrevistas individuales provinieron por referencia de los hospitales o las asociaciones, los cuales pueden tener ciertas características sesgadas: colaboradores, concienciados con el tema de la prevención, etc., tal como ha sido descrito en un estudio sobre el perfil de las personas que tienen el VIH (hombres gays adultos mayores de 35 años)³⁵.

Otra limitación fue que este estudio no estuvo focalizado en las conductas sexuales de riesgo, por lo tanto, abordar los motivos para tener PASC con pare-

jas sexuales ocasionales fue más exploratorio. La Teoría Fundamentada para el análisis de datos fue utilizada como un método inductivo (proceso de identificación de categorías y su integración) para luego desvelar, a través de un análisis temático, los motivos para tener PASC. Por lo tanto, los resultados de este estudio aportan temas a indagar con mayor detalle y profundidad en futuras investigaciones similares. A partir de esto se pueda utilizar la Teoría Fundamentada para la generación de una “teoría” que enfoque y explique las causas de las prácticas de riesgo sexual en los HSH VIH-positivos integrando diferentes niveles (p.e. individual, grupal, contextual y estructural).

Finalmente, haber llevado a cabo este estudio nos lleva a formular algunas consideraciones para futuras investigaciones. La gratificante experiencia de haberlo realizado nos lleva a seguir apostando por investigaciones cualitativas ya que además de la ventaja de explorar ciertos temas sensibles y obtener un mayor entendimiento, brindó a los participantes la oportunidad de compartir sus experiencias con respecto al riesgo sexual y su seropositividad. Para muchos significó un acto de “liberación” emocional. Varios de ellos se enfrentaban, por primera vez, al hecho de hablar sobre su vivencia de ser VIH-positivo. Por otra parte, el uso de Internet para captar participantes en estudios cualitativos con poblaciones difíciles de acceder, resultó ser una herramienta bastante efectiva que debe ser aprovechada para estos fines.

En conclusión, los motivos para tener PASC entre HSH VIH-positivos fueron diversos y estuvieron enmarcados en contextos situacionales (p.e., lugar donde ocurre la PASC) y relacionales (p.e., la comunicación con la pareja sexual). Muchos de los actos de PASC fueron “deslices” (no hubo intencionalidad) y los motivos fueron similares a los de otros HSH, primando los aspectos psicológicos, aunque hubo algunos específicos a la situación de vivir con el VIH. Los programas y mensajes para la prevención del VIH y

otras ITS deben incluir visiblemente a los HSH VIH-positivos y deben tener en cuenta los aspectos emocionales que influyen para que se involucren en prácticas de PASC. Este estudio proporciona una base valiosa de conocimientos sobre la conducta sexual de los HSH VIH-positivos para futuras investigaciones.

Agradecimientos

A Kati Zaragoza, por su gestión logística y asesoría externa, a las asociaciones colaboradoras COGAM de Madrid y BEN AMICS de Palma de Mallorca por todas las facilidades, así como a Alberto Martín-Pérez y Enrique Bravo Freire coordinadores del estudio en cada ciudad, respectivamente. Igualmente, nuestro profundo agradecimiento a los siguientes centros y sus respectivas personas de contacto por apoyar y colaborar con el estudio:

- En Barcelona: **Hospital Vall d'Hebron** (Dra. Imma Ocaña - Jefa del Servicio de Enfermedades Infecciosas), **Hospital Universitari Germans Trias i Pujol** (Dr. Albert Tuldrá - Gerente de la Fundación Lluita contra la Sida), **Hospital Clinic** (Dr. Joseph Mallolas - Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas), **Hospital del Mar** (Dr. Hernando Knobel - Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas), **Hospital de Sant Pau** (Dra. Antonia Sambeat - Jefa del Servicio de Hospital de Día de Enfermedades Infecciosas), **Asociación Ciudadana Antisida de Catalunya (ACASC)** (Enric Gotanegra - Responsable del Espai Vital), **Asociación ACTUA** (Javier Tamayo - Coordinador), **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)** (Gonzalo Mozuela - Autogestión de la Salud).
- En Madrid: **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** - Unidad de Valoración y Atención Domiciliaria para personas con VIH (UVAAD) (Dr. Alejandro Ramírez Gonzáles), **Centro Sanitario Sandoval** (Dr. Jorge del Romero-Director y Psic. Daniela Rojas), **Apoyo en Posi-**

tivo (Feren Heras - Coordinador del Programa de Prevención), **Entender en Positivo**-Asociación COGAM (Wifer Afonso - Coordinador de GAM). Asimismo, a la FELGTB, a los técnicos de la Comunidad de Madrid que facilitaron la mayor parte de los contactos en los hospitales: Juan Rico, Tomás Hernández, José Ángel García, Laura Moratilla y Carlos Cevallos; Isidro García y Lola Martín del **Programa de Información y Atención a Homosexuales y Transexuales de la Comunidad de Madrid**.

- En Palma de Mallorca: **Hospital Universitario Son Dureta** (Dra. María Villalonga - Jefe del Servicio de Medicina Interna), **Hospital Son Llatzer** (Dr. Antoni Bassa - Jefe del Servicio de Medicina Interna), **Asociación Alas** (Juan Luís Lull -Presidente) y a Miguel Ángel Camacho, Coordinador del Área de Salud y VIH de Ben Amics.

Finalmente, a todos los hombres que tienen el VIH que participaron desinteresadamente en este estudio y que nos ayudaron a contactar con otros participantes.

Financiación: Estudio financiado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo (SCO/1020/2007).

Conflicto de intereses: Los autores declaran ningún tipo de conflicto de intereses, ya que no existe ninguna relación económica o de otra naturaleza que puedan haber influido en la realización del proyecto y en la preparación del manuscrito para su publicación.

Bibliografía

1. Wei C, Guadamuz TE, Lim SH, Koe S. Sexual transmission behaviors and serodiscordant partnerships among HIV-positive men who have sex with men in Asia. *Sex Transm Dis.* 2012; 39(4): 312-5.
2. Crepaz N, Marks G, Liao A, Mullins MM, Aupont LW, Marshall KJ, et al. Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS.* 2009; 23(13): 1617-29.

3. He Q, Peng WJ, Zhang JQ, Wang BX, Wang J. Prevalence of unprotected anal intercourse and unprotected vaginal intercourse among HIV-positive men who have sex with men in China: a meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2012; 88(3): 229-33.
4. van Kesteren NM, Hospers HJ, Kok G. Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Educ Couns.* 2007; 65(1): 5-20.
5. Dougan S, Evans BG., Elford J, Sexually Transmitted Infections in Western Europe Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men. *Sex Transm Dis.* 2007; 34(10): 783-790.
6. Sasse A, Defraye A. HIV infections and STI co-infections in men who have sex with men in Belgium: sustained increase in HIV diagnoses. *Euro Surveill.* 2009; 14(47). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19420>
7. Fernández-Dávila P. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres de España. En: Fernández Dávila P. Conductas de riesgo, prueba del VIH y seroestatus en HSH de España, Berlín: Editorial Académica Española; 2012. 54 p.
8. Fernández Dávila P. Riesgo sexual y significados en hombres que tienen sexo con hombres. Berlín: Editorial Académica Española; 2011. 126 p.
9. van Kesteren NM, Hospers HJ, Kok G, van Empelen P. Sexuality and sexual risk behavior in HIV-positive men who have sex with men. *Qual Health Res.* 2005; 15(2): 145-68.
10. Vanable PA, Carey MP, Brown JL, Littlewood RA, Bostwick R, Blair D. What HIV-positive MSM want from sexual risk reduction interventions: findings from a qualitative study. *AIDS Behav.* 2012; 16(3): 554-63.
11. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet.* 2012; 380(9839): 367-77.
12. Fernández-Dávila P, Zaragoza K. Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* 2009; 23(5): 380-7.
13. Willig C. Introducing qualitative research in psychology. *Adventures in theory and method.* Berkshire/New York: Open University Press; 2008. 230 p.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Research Psych* 2006; 3(2): 77-101.
15. Fernández-Dávila P, Morales Carmona A. Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Rev. Esp. Salud Pública* 2013, 87(4): 367-382.
16. Elam G, Macdonald N, Hickson FC, Imrie J, Power R, McGarrigle CA, et al. Risky sexual behaviour in context: qualitative results from an investigation into risk factors for seroconversion among gay men who test for HIV. *Sex Transm Infect* 2008; 84(6): 473-7.
17. Adams J, Neville S. Men who have sex with men account for nonuse of condoms. *Qual Health Res.* 2009; 19(12): 1669-77.
18. Fernández-Dávila, P. Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo. *Forum: Qualitative Social Research* 2009, 10(2), Art. 21, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1295/2771>.
19. Pollock JA, Halkitis PN. Environmental factors in relation to unprotected sexual behavior among gay, bisexual, and other MSM. *AIDS Educ Prev.* 2009; 21(4): 340-55.
20. Fernández-Dávila P, Folch C, Zaragoza K, Casabona J. Silence and Assumptions: Narratives on the Disclosure of HIV Status to Casual Sexual Partners and Serosorting in a Group of Gay Men in Barcelona. *Int J Sex Health.* 2011; 23(2): 139-155.
21. Ostergren JE, Rosser BR, Horvath KJ. Reasons for non-use of condoms among men who have sex with men: a comparison of receptive and insertive role in sex and online and offline meeting venue. *Cult Health Sex.* 2011; 13(2):123-40.
22. Fernández-Dávila P, Zaragoza K. Trust and Sexual Interaction: The Significance of the Internet on the Sex life and Sexual Risk Behaviors of Gay and Bisexual Men in Spain. *Int J Sex Health.* 2011; 23(2): 120-138.
23. Mimiaga MJ, Reisner SL, Bland SE, Driscoll MA, Cranston K, Isenberg D, et al. Sex parties among urban MSM: an emerging culture and HIV risk environment. *AIDS Behav.* 2011; 15(2): 305-18.
24. Solomon TM, Halkitis PN, Moeller RM, Siconolfi DE, Kiang MV, Barton SC. Sex parties among young gay, bisexual, and other men who have sex with men in New York City: attendance and behavior. *J Urban Health* 2011; 88(6): 1063-75.
25. Forney JC, Miller RL; City Project Study Team. Risk and protective factors related to HIV-risk behavior: a comparison between HIV-positive and HIV-negative young men who have sex with men. *AIDS Care.* 2012; 24(5): 544-52.
26. Balán IC, Carballo-Diéguez A, Dolezal C, Marone R, Pando MA, Barreda V, et al. High Prevalence of Substance Use Among Men Who have Sex with Men in Buenos Aires, Argentina: Implications for HIV Risk Behavior. *AIDS Behav.* En prensa, 2012.

27. Folch C, Esteve A, Zaragoza K, Muñoz R, Casabona J. Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eur J Public Health*. 2010; 20(2): 139-45.
28. Dirks H, Esser S, Borgmann R, Wolter M, Fischer E, Potthoff A, et al. Substance use and sexual risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men in specialized out-patient clinics. *HIV Med*. 2012; 13(9): 533-40.
29. Horvath KJ, Smolenski D, Iantaffi A, Grey JA, Rosser BR. Discussions of viral load in negotiating sexual episodes with primary and casual partners among men who have sex with men. *AIDS Care*. 2012; 24(8): 1052-5.
30. McConnell JJ, Bragg L, Shiboski S, Grant RM. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. *PLoS One*. 2010 21; 5(1): e8831.
31. Fernández-Dávila P, Lupiáñez-Villanueva F, Zaragoza K. Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 123-130.
32. Serovich JM, Craft SM, McDowell TL, Graftsky EL, Andrist D. Methods of promoting safer sex behaviors utilized by men who have sex with male casual sex partners. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(1): 1-13.
33. Higa DH, Crepaz N, Marshall KJ, Kay L, Vosburgh HW, Spikes P, et al. A systematic review to identify challenges of demonstrating efficacy of HIV behavioral interventions for gay, bisexual, and other men who have sex with men (MSM). *AIDS Behav*. 2013; 17(4): 1231-44.
34. Mayer KH, O'Cleirigh C, Skeer M, Covahey C, Leidolf E, Vanderwarker R, et al. Which HIV-infected men who have sex with men in care are engaging in risky sex and acquiring sexually transmitted infections: findings from a Boston community health centre. *Sex Transm Infect*. 2010; 86(1): 66-70.
35. Conde Gutiérrez F, Santoro P, Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de Seisida. Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86(2): 139-52.