

# «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo

Percy Fernández-Dávila  
Stop SIDA, Barcelona, España.

(«Fuck buddies»: a high risk behavior for contracting HIV among homo/bisexual men)

## Resumen

**Objetivos:** A pesar de los esfuerzos de prevención, la prevalencia de la penetración anal sin condón (PASC) se mantiene elevada entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). En este estudio se describe y analiza cómo un grupo de HSH se desenvuelve ante el riesgo sexual con parejas ocasionales.

**Método:** Estudio cualitativo a través de 20 entrevistas semiestructuradas con HSH, entre 21 y 40 años, quienes tuvieron, al menos, un episodio de PASC en los últimos 3 meses. Se realizó una aproximación «fundamentada» para entender el comportamiento de riesgo sexual con parejas ocasionales.

**Resultados:** La mayoría de HSH se involucraron en prácticas de PASC con parejas sexuales llamadas «amigos con derecho a roce» como una forma de equilibrar su necesidad de expresión sexual con su necesidad de seguridad. En este tipo de pareja el elemento evaluativo sobre el estado serológico de la otra persona fue la confianza que ésta le transmite con la suposición de tener el mismo estado serológico que el suyo.

**Conclusiones:** Las valoraciones subjetivas (p. ej., confianza, intuición) desempeñaron un papel clave para decidir tener prácticas de PASC con algunas parejas sexuales. Las futuras aproximaciones sobre la prevención del VIH en HSH deben incluir estos aspectos y los contextos específicos (p. ej., tipo de pareja sexual) en que se practica la PASC.

**Palabras clave:** Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Conductas sexuales de riesgo. Investigación cualitativa.

## Abstract

**Objective:** Despite prevention efforts, the prevalence of unprotected anal intercourse (UAI) remains substantial among men who have sex with men (MSM). This study describes and analyzes how a group of MSM manages sexual risk with sexual partners.

**Method:** Qualitative study by means in-depth, semi-structured interviews with 20 MSM, aged 21 to 40 years old, who had had at least one episode of UAI within the previous 3 months. A grounded theory approach was used to understand sexual risk management with sexual partners as seen by the MSM interviewed.

**Results:** Most MSM were involved in UAI when they established relationships with «fuck buddies» as a way to balance their need for sexual expression with their need for sexual security. In these relationships, the partner's serostatus was assessed on the basis of trust and the assumption of sharing the same serologic status.

**Conclusions:** Subjective evaluations (e.g. trust, intuition) played a key role in the decision to engage in UAI with «fuck buddies» without precise knowledge of their HIV serostatus. Future approaches need to include the role of subjectivity in making decisions related to risk management and the specific contexts (e.g. type of sexual partner) in which UAI takes place.

**Key words:** Men who have sex with men (MSM). Sexual risk behavior. Qualitative research

Correspondencia: Percy Fernández-Dávila.  
Muntaner, 121, entresuelo 1.ª.  
08036 Barcelona. España.  
Correo electrónico: percy@stopsida.org

Recibido: 5 de septiembre de 2006.  
Aceptado: 15 de mayo de 2007.

## Introducción

En el mundo occidental, el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) ha sido uno de los más afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida. En los años noventa se produjo un control del VIH entre HSH, debido, sobre todo, a la aparición de la terapia antirretroviral (TARGA) que redujo la morbilidad y la mortalidad en las personas afectadas<sup>1,2</sup>. Sin embargo, los actuales estudios conductuales y epidemiológicos realizados en Estados Unidos y Europa indican un aumento de las conductas sexuales de riesgo con parejas ocasionales y de la prevalencia del VIH entre los HSH<sup>3-6</sup>.

En España está ocurriendo un fenómeno similar. En recientes estudios se reporta un aumento de conductas sexuales de riesgo y de infecciones de transmisión sexual (ITS) en HSH, como la sífilis y la gonorrea<sup>7,8</sup>. En la ciudad de Barcelona, en un último estudio de prevalencia de prácticas sexuales y de VIH en HSH<sup>9</sup>, se aprecia un preocupante incremento de todas las prácticas sexuales de riesgo, de forma sistemática, tanto con parejas ocasionales como con la pareja estable, así como un aumento en el porcentaje de hombres con ITS (como la sífilis<sup>10</sup>) e infección por el VIH, donde casi uno de cada 4 hombres homosexuales son seropositivos.

La emergencia de estas conductas proviene de una variedad de realidades psicosociales. Las hipótesis que más peso han cobrado para explicar esta situación incluyen el optimismo respecto al VIH debido a los avances del tratamiento, así como una fatiga relacionada con la prevención del sida<sup>3</sup>. También se ha asociado el consumo del alcohol y de drogas recreativas<sup>11,12</sup> en el momento de la práctica sexual. Sin embargo, el comportamiento de riesgo sexual no es sólo practicar sexo sin condón, y puede tener diferentes significados para los hombres con esta conducta sexual<sup>13</sup>. Para ello, es preciso entender el fenómeno y los procesos asociados con las prácticas sexuales no protegidas desde perspectivas psicosociales que permitan delinear más claramente los significados que los HSH atribuyen a tales prácticas<sup>3</sup>.

Se ha demostrado que la transmisión del VIH y las ITS involucra frecuentemente a personas con múltiples y anónimas parejas sexuales<sup>14</sup>. Se ha descrito que en Barcelona el porcentaje de HSH que sólo ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales ha seguido una tendencia creciente en los últimos años, al igual que el número de parejas sexuales<sup>15,16</sup>. El hecho de tener relaciones sexuales con múltiples parejas ha propiciado que muchos HSH tengan en cuenta algunas consideraciones para controlar y asumir el riesgo de una práctica sexual. Estas consideraciones son conocidas en el ámbito de la prevención como «estrategias de re-

ducción de riesgo», basadas en el estado serológico de la pareja sexual y en las prácticas sexuales específicas de relativo riesgo<sup>17</sup>. Quizá porque con más de 20 años de educación, información y consejo en sexo más seguro, muchos HSH han desarrollado complicadas estrategias de control del riesgo<sup>18,19</sup>.

A pesar de los esfuerzos de prevención y educación en ITS/VIH, una alarmante tendencia hacia el sexo anal desprotegido ha emergido en los HSH de muchos países occidentales<sup>3,20</sup>, sin que se conozcan exactamente sus motivos. Este estudio parte de la premisa de que una aproximación interpretativa y fundamentada es una clave para desarrollar conceptos que nos permitan entender con mayor profundidad los actuales comportamientos sexuales de la población de HSH. En este estudio se identifican, describen y analizan los significados, las razones y las circunstancias del comportamiento de riesgo sexual con parejas ocasionales en un grupo de HSH de Barcelona.

## Método

### *Participantes*

El número total de entrevistados fue de 48 HSH; sin embargo, sólo 20 reunieron los criterios de inclusión. Los participantes fueron seleccionados teniendo en cuenta la edad (entre 18 y 40 años) y que durante los 3 últimos meses previos a la entrevista hubieran tenido, al menos, una práctica de penetración anal sin condón (PASC) con alguna pareja sexual que no sea la estable o de una relación en curso.

Se estableció contacto con los participantes combinando un muestreo intencional, un muestreo por conveniencia<sup>21</sup> y un muestreo por la técnica de la «bola de nieve». Se escogió esta combinación, ya que la investigación, difícil de llevar a cabo en ciertos grupos de población, como los HSH, así lo requería. El reclutamiento se hizo utilizando diferentes fuentes: *a*) a través de terceras personas (p. ej., los propios participantes); *b*) mediante la colocación de anuncios en bares, *sex-shops* y discotecas de ambiente, invitando a las personas a participar en el estudio; *c*) solicitud de apoyo a agrupaciones gay (p. ej., grupos juveniles) que trabajan con este colectivo, y *d*) la creación de un perfil en un sitio web de contactos *gay*.

### *Instrumento*

Se utilizó una entrevista semiestructurada en profundidad<sup>22,23</sup>. La guía de entrevista abordó 7 áreas de interés: identidad sexual y sexualidad, prácticas sexuales con pareja estable, prácticas sexuales con parejas oca-

sionales/anónimas, historia de ITS, uso del condón, información sobre el VIH/sida y prueba del VIH. La guía de entrevista se validó recurriendo a la opinión de jueces expertos y a través de una prueba piloto.

#### *Procedimiento*

El reclutamiento de participantes y la recogida de datos duraron aproximadamente 3 meses, e implicó, al mismo tiempo, el análisis de los datos recogidos. La codificación de los datos, sin cerrar la recogida de éstos, permitió retornar al campo para completar la información que faltaba, o si ésta era dudosa o ambigua. Esto se hizo así hasta alcanzar el punto de «saturación teórica», que dio a entender que se había capturado la mayor parte de la información disponible. La saturación teórica es un procedimiento metodológico de la *Grounded theory*, por el cual el investigador continúa recogiendo datos y codificándolos hasta que ninguna nueva categoría pueda ser identificada y hasta que nuevos casos, diferentes para las categorías existentes, hayan cesado de emerger.

Los participantes que se enteraron de la realización del estudio a través de los avisos colocados en los locales de ambiente contactaron directamente con el investigador por correo electrónico, y los que se enteraron por internet lo hicieron a través del *chat*. En otros casos, el investigador llamó por teléfono a potenciales participantes referidos por terceras personas. Se reclutó un mayor número de participantes por internet. En el contacto inicial, a los participantes se les solicitó un consentimiento informado oral donde se les explicó el fin y el propósito de la investigación. Se recalcó la confidencialidad y el anonimato de la participación en el estudio; ésta fue voluntaria, y no se ofreció ni entregó ningún tipo de incentivo. Aproximadamente, un 15% de los interesados iniciales desistieron de participar. Aceptada la participación, se fijó una fecha de reunión. El día de la entrevista se ratificó el consentimiento informado, pero esta vez por escrito, firmado por el investigador y el participante. Las entrevistas se realizaron en un local privado o, en su defecto, en las casas de los propios participantes que, por razones de tiempo y distancia, no se podían desplazar hasta el local, pero siempre con la condición de que el lugar fuera tranquilo y libre de interrupciones. La duración promedio de las entrevistas fue de 60,10 min.

#### *Tratamiento de los datos*

Con las entrevistas transcritas se procedió al análisis de su contenido, utilizando el enfoque de la «Teoría fundamentada» o *Grounded theory*<sup>24</sup>. Esta teoría está asentada en el paradigma del «construccionismo so-

cial»<sup>25</sup>. La teoría fundamentada (que significa la generación de hipótesis basadas en datos) es un procedimiento analítico específico, inductivo, creado con el propósito de generar conceptos e hipótesis a partir de datos cualitativos. Es decir, los investigadores evitan imponer a priori un marco teórico, dejando que la teoría emerge del análisis de los datos<sup>26,27</sup>.

El primer paso en el análisis fue categorizar la información, utilizando para ello el programa de análisis cualitativo Atlas-ti®. Se buscó identificar los temas que deseábamos explorar, extrayendo todo material relevante y categorizándolo en códigos que resumían la información. El libro de códigos fue construido a partir de las dimensiones que fueron apareciendo en el proceso de lectura de cada una de las entrevistas (codificación abierta). Posteriormente, se procedió a agrupar los códigos en una matriz de familias temáticas, que guiaron la descripción y el análisis de los resultados.

---

## **Resultados**

### *Características de los participantes*

La mayor parte de los participantes (65%) eran españoles, casi todos nacidos en Barcelona. El resto lo conformaron extranjeros (europeos y, principalmente, latinoamericanos), residentes desde hace años en Barcelona. Las edades de los participantes oscilaron entre los 21 y los 40 años, y la edad media fue de 31,9 años. La mayor parte de los participantes (80%) tenía estudios superiores. La muestra estuvo compuesta en su gran mayoría (80%) por hombres con identidad homosexual o gay, el resto se definió como bisexual y otros prefirieron no «etiquetarse», por lo que se describieron a sí mismos como «diversos sexualmente». De los 20 entrevistados, 3 refirieron ser seropositivos.

### *Las parejas sexuales*

El número de parejas sexuales ocasionales que tenían los entrevistados en los últimos 3 meses estuvo comprendido entre un mínimo de 3 y un máximo de 150 personas, aunque buena parte se concentra entre las 7 y las 20 parejas. El mayor número de parejas sexuales fue referido por 2 de los entrevistados seropositivos. La mayoría de los entrevistados mencionó haber tenido entre una y 3 prácticas de PASC con parejas sexuales en los últimos 3 meses. En relación con el mayor número de parejas sexuales, 2 de los 3 entrevistados seropositivos indicaron más prácticas de PASC.

Entre los diversos tipos de pareja sexual que tenían los HSH, llama la atención que los entrevistados mantienen PASC de forma sostenida con una. Casi todos

los entrevistados mencionaron practicar sexo no protegido con «amigos» o «conocidos», llamados coloquialmente «amigos con derecho a roce» o «follamigos». Los «amigos con derecho a roce» son un tipo de pareja sexual que se conoce de manera ocasional (la mayor parte por internet) y con la cual, desde el primer encuentro sexual, se produce simpatía y afinidad, por lo que comienzan a relacionarse de vez en cuando pero, principalmente, para tener sexo (tabla 1; citas 1 y 2).

La gran mayoría de estos «amigos» no son conocidos de mucho tiempo, pero sí el suficiente para establecer entre ellos relaciones que transmitan confianza y se sientan cómodos y tranquilos, lo que hace que se genere una dinámica sexual más intensa que los lleve a despreocuparse de tener sexo seguro (citas 3 y 4). Algunos entrevistados prefieren vincularse sólo con este tipo de pareja sexual para tener PASC, dada la relación de confianza que se ha establecido (cita 5). Dado el tiempo que hace que se conocen estos «amigos», muchas veces el sexo no protegido no se explicita entre ellos, no se negocia ni se pacta: se asume (cita 6).

Otros entrevistados mencionan que algunos de estos «amigos» tienen una relación de pareja estable. En la cita 7 llama la atención que un entrevistado refiera como elemento para evaluar la condición de salud de su «amigo» el hecho de que éste tenga una pareja estable, ya que es una garantía de su conducta sexual (como tener pocas parejas ocasionales) y, por tanto, de su salud.

#### *Conocimiento del estado serológico de las parejas sexuales*

Cuando se indagó a los participantes acerca del conocimiento del estado serológico de las parejas ocasionales con las que se había tenido PASC en los últimos 3 meses, la mayor parte señaló no haberlo sabido antes del acto sexual porque no se lo habían preguntado o ellos no se lo dijeron.

Si se pregunta a la pareja sexual por su estado serológico, se hace durante o el acto sexual (cita 8). Al parecer, es mejor preguntar después porque así no se corre el riesgo de conocer algo que no se quiere saber. Tal vez no se pregunta antes porque si se obtiene una respuesta positiva, esto cortaría el interés y las ganas de tener un encuentro sexual con alguien que es seropositivo (cita 9). Cuando se hace la pregunta y se obtiene por respuesta una afirmación negativa, se confía en la palabra de la pareja ocasional y esto les tranquiliza. Revelar un estado seronegativo en el momento mismo de la relación sexual puede ser un elemento de seguridad para continuar teniendo PASC. El problema está en confiar en la palabra de la pareja sexual y estar completamente seguro de su seronegatividad (cita 10). Lo curioso es que los mismos entrevistados caen en la

cuenta de lo absurdo de sus argumentos cuando mencionan que no tendrían PASC con alguien que revela ser seropositivo, pero sí la tendrían con alguno que no lo dice (cita 11).

Preguntar por el estado serológico lleva a un enfrentamiento o dilema «ético» con respecto al hecho de revelar su condición, en el caso de los HSH seropositivos, ya que otros HSH esperan que si alguna pareja ocasional fuera seropositiva, ésta siempre utilice condón. En otras palabras, se espera que las parejas ocasionales con las que se va a tener sexo sean seronegativas, por eso asumen el riesgo (citas 12 y 13).

#### *La comunicación no verbal*

En general, las veces en que se ha producido una PASC con las parejas sexuales, ésta ocurre porque ha habido un juego de insinuaciones basadas en la comunicación no verbal, donde se interpretan señales (p. ej., miradas, gestos, etc.) que dan a entender uno al otro qué es lo que se desea hacer (citas 14 y 15).

En muchos casos, es muy probable que se dé una práctica de PASC cuando los deseos de la pareja sintonizan; así, «el acuerdo» se hace tácito. En esos momentos, el silencio es el mediador de este acuerdo (citas 16 y 17). El acuerdo tácito que se determina entre ambos otorga la complicidad de hacer algo que no se debe, lo cual puede hacer que se refuerce una conexión de intimidad que se desee establecer con la pareja sexual (cita 18).

Una forma de comprobar si la otra persona desea lo mismo es «tantear el terreno», intentando penetrar, o dejarse penetrar, a modo de juego o frotación; si el otro no dice nada, se entiende que quiere y entonces se tiene PASC (citas 19 y 20).

El hecho de ir decodificando mensajes no verbales permite construir historias sobre la garantía de la conducta y del estado de salud de la otra persona. Estas historias cumplen la función de permitir otorgar seguridad para tener PASC con la pareja sexual (cita 21).

---

## **Discusión**

Si bien los resultados presentados en este estudio son válidos para el grupo de HSH entrevistados, sus testimonios respecto a cómo controlan el riesgo sexual al tener PASC con parejas ocasionales son una muestra o un reflejo, a raíz de los significados que se construyen y se comparten en la interacción social y sexual, de lo que les ocurre a muchos otros HSH de Barcelona cuando se involucran en prácticas de PASC.

Esta investigación ofrece un entendimiento de por qué y cómo algunos HSH asumen y tratan el riesgo se-

Tabla 1. Citas representativas

1. Hay otro chico con el que me veo, pero ya nos conocemos desde hace como un año, de vez en cuando, pero no es algo ocasional pero ya nos vemos, pero no es una pareja tampoco (ENT 12, 21 años).
2. Han sido relaciones que a partir de ahí ha comenzado algún tipo de amistad, que ya no solamente es el hecho de que ya quedas para otras veces para hacer sexo, sino pues para una salida para ir al cine... Yo pienso que es también una forma de... relacionarte, de fomentar tus amistades y, en ese sentido, ha habido las dos versiones. La que se ha terminado con una especie de amistad, digamos el típico amigo con derecho a roce, y la típica relación que se acaba en el momento que se acaba de tener sexo y ya no lo ves más (ENT 5, 35 años).
3. En mi caso ha pasado con gente que tengo mucha confianza y te gusta muchísimo, pero con cualquier desconocido nunca, jamás, al contrario para nada. Pero además son personas que conoces de mucho tiempo y que sabes que hay confianza y hay una seguridad (ENT 2-31 años).
4. Pues, la primera vez sí usamos condón. Pero las otras veces como era la misma persona y supuestamente ya no había el peligro de... había esa confianza de que esa persona no te va a transmitir nada, ningún tipo de enfermedades, pues, no (ENT 4, 27 años).
5. En los últimos 3 meses, con tres he repetido, varias veces, yo prefiero repetir que ir conociendo. Si puedo hacerlo, yo me siento mejor, más tranquilo y me lo paso mejor (ENT 6, 35 años).
6. Me ha pasado estar con alguien, al ver que hay sexo frecuente, de vez en cuando... Y un día por confianza, por haber hablado sobre el tema muy, muy por encima [...]. Pero hay gente que, igual que yo doy por hecho muchas cosas, a veces también da por hecho que el otro también lo da por hecho, y esto es seguramente, un error ¿no? Y hay gente con la que he estado bien, llevábamos un tiempo que quedábamos para sexo básicamente, de buen rollete. Y en un momento dado, un día al cabo de habernos encontrado ya un tiempo, 4, 5, 6 meses, pues ¡paci!, te sacas el condón o no te lo pones (ENT 15, 37 años).
7. De los amantes que yo tengo fijos, ellos no me han enseñado sus analíticas pero yo me fío de ellos porque los conozco más, hemos tenido sexo más veces, sé que en algún caso una persona con pareja estable, me dan confianza creo que puedo confiar en ellos, al igual que ellos en mí. [El que tenga pareja] es el ejemplo de personas con las que yo me despreocupo completamente, si hay un momento esporádico de penetración sin condón yo estoy tranquilo (ENT 18, 30 años).
8. Pues la situación, el hecho de que estaba disfrutando en ese momento mucho y me dejé llevar mucho por el placer. No obstante, tuve que preguntarle: «oye, ¿tienes el sida o algo?», al menos le pregunté eso. Y como me dijo que no, y como yo tampoco lo tengo, pues me arriesgué (ENT 5, 35 años).
9. Sí, por ejemplo, sabía antes que tenía sida, eh, no me hubiera liado, y saberlo después creo que me pondría muy enfermo en el sentido que seguro no iría a tener sexo por un tiempo (ENT 19, 35 años).
10. Ahí, pues, puse en peligro mi vida. Que en aquel momento, claro, estás en un momento muy fogoso... aparte que cuando yo vi que... le dije, «¿qué estás haciendo?», me dijo «no te preocupes que no tengo nada», no sé que. Y en aquel momento pues un poco te ciegas y no sabes lo que estás haciendo o el peligro en que estás poniendo tu vida (ENT 5, 35 años).
11. Si me lo hubiera dicho antes, hubiera usado preservativo, y si me lo hubiera dicho después ¡ahhh!... Hombre, si me lo hubiera dicho después le hubiera reprochado que no me lo haya dicho antes. Es un poco estúpido, ya lo sé, pero es como hubiera reaccionado... Incluso hubiera preferido que no me lo dijera... Ya lo sé, es algo completamente estúpido porque obviamente si no te lo dice también puede serlo, pero es el hecho ya de tener la certeza de que tú te hayas podido infectar en aquel preciso momento (ENT 1, 28 años).
12. Considero que es ser un poco hijo de puta, porque si tú sabes que eres seropositivo al menos, y aunque no se lo digas, vale, pero si ves que la otra persona quiere hacerlo sin preservativo pues forzarlo para que utilizéis preservativo. Creo que no hace falta quizás que se lo digas, «soy seropositivo», pero si ves que la cosa va a más y que el otro no toma precauciones pues... aportar que haya más precauciones (ENT 1, 28 años).
13. Tú no lo sabes, en teoría, en teoría siempre, tendría que estar bien, lo que pasa es que es más, no sé si es correcto decir, es como una ruleta rusa (ENT 19-35 años).
14. Que me lo hayan dicho clarísimamente, no, «oye, quiero que me folles sin condón», no me ha pasado nunca... Ha habido siempre algún juego que parece que el chico está queriendo que le penetres no importándole si le penetro sin condón (ENT 7, 34 años).
15. Fue una cosa explícita con... me refiero que con las miradas, con los gestos... no sé. Bueno, yo les meto normalmente el dedo, entonces al ver que ellos se dilatan, ya ves que están predisuestos, pues así es el gesto (ENT 14, 38 años) (VIH+).
16. Era un poco quizás por el desarrollo de las cosas que te llevan a una excitación, a un punto y a un extremo que piensas, uhm, se te enciende la bombilla, la cabeza que te dice: «tendrías que ponerte preservativo ahora», te sale pero luego se va, ¿sabes?, y si la otra persona no te insiste tú dejas que esta voz se vaya y lo haces sin preservativo... Fue fácilmente sí. Porque nadie paró al otro para utilizar... (ENT 1-, 28 años).
17. No me puse de acuerdo, fue tácito, no sé cómo decirlo, es que vas dejándolo hacer, por ejemplo, es como el que calla, otorga, algo así (ENT 13, 38 años).
18. Si se habla antes es cuando no se hace... Entonces si yo con mi pareja hubiera hablado antes [de usar o no condón], definitivamente hubiésemos acabado usándolo... Pero cuando no se habla, o sea, se queda como la inconsciencia por parte de dos personas, entonces se tiene la ilusión quizás de fundirse más en esa inconsciencia uno, porque..., es como un poco esto. Es tácito el acuerdo. Esto lo hace más apetecible, o sea lo hace posible. Si no hubiera sido un acuerdo tácito, pues no hubiese podido ocurrir, porque si se verbaliza, ya es una decisión de otro tipo, o sea, está en otro lugar (ENT 16, 37 años).
19. Surge, surge. Eso es circunstancial, o sea no es que te diga «te trato de hacer esto», y no, no es... La cosa surge, el otro hace, lo intenta, lo hace, tú le dejas y el otro nota que aceptas (ENT 2, 31 años).
20. Si se da, esporádicamente se da, pues supongo que tú lo intentas y el otro se deja, no hay más... Yo creo que cuando tú penetras a alguien no es forzado, en mi caso, si lo haces es porque la otra persona se ha dejado, entonces ya no hace falta explicitar nada, tú lo has intentado, la otra persona se ha dejado... No hay acuerdo verbal, ni palabra (ENT 18, 30 años).
21. Es algo así como, «bueno, nos conocemos, entonces...», como si eso significara algo, como si yo no conociera gente que es seropositiva, llegado el caso, y nos conocemos de toda la vida. Entonces, es, «ah, total usa condón, total trae condones, total no tiene problemas en ponerse», de entrada no tuvo problema de usar condones, ni de entrada quiso, ni nunca habló de «bareback», ni de nada, «entonces no hay problema, total lo usa, total es igual que yo», es más o menos así, «total, por un poquito no pasa nada» (ENT 13, 38 años).

ENT: entrevista.

xual, vertiendo luces sobre los significados que subyacen en la práctica de PASC. Este nivel de entendimiento es crítico para el éxito de intervenciones individuales o comunitarias que buscan reducir el riesgo de infección por el VIH en los HSH. Estos resultados apuntan el valor de incluir las voces y las experiencias de un grupo de HSH en los esfuerzos de prevención. Si esto no ocurre, los HSH difícilmente identificarán sus experiencias de PASC con los mensajes acerca del sexo seguro que provienen de los educadores.

A lo largo de este estudio se ha indicado que el valor de la subjetividad ejerce un papel muy importante en los HSH en el momento de involucrarse en prácticas de PASC. Las razones para tener PASC con parejas sexuales están inmersas dentro de una relación de circunstancias personales e interpersonales (los factores ambientales, sociales o estructurales desempeñan también un papel importante para que otros HSH se involucren en prácticas de riesgo), que crean contextos o situaciones que incrementan la probabilidad de transmisión del VIH. Muchas de las valoraciones subjetivas para decidir tener PASC se asientan en creencias, mensajes no verbales o asunciones personales basadas en la intuición, las interpretaciones personales, la confianza, los estados emocionales, etc., que no evalúan de manera objetiva el riesgo de tener una PASC con una pareja sexual de la que no se conoce su estado serológico. Los programas de prevención deberían incluir y resaltar los aspectos no racionales y los procesos afectivos en la asunción del riesgo sexual para dirigir sus mensajes, apuntando a cuestionar la construcción de asunciones o suposiciones como elementos que llevan a las prácticas sexuales de riesgo. Si este elemento no se incluye en los diseños de los programas de prevención dirigidos a HSH, éstos están condenados al fracaso.

Los «amigos con derecho a roce» forman parte de un nuevo tipo de pareja sexual, diferente a una pareja anónima u ocasional, que los HSH buscan tener como una forma de dar cierta estabilidad a su vida sexual, a falta de una relación de pareja estable, o de darle cierta variedad, en el caso de tener una relación estable. Es un tipo de relación que se va asumiendo con el paso del tiempo, por lo que no se plantea ni formaliza su dinámica. Sin embargo, las prácticas de PASC que se sostienen con estos «amigos» se erigen como una potencial forma de exponerse a un riesgo de infección por el VIH en este grupo de HSH. Al asumir, mediante valoraciones subjetivas, que estas parejas sexuales poseen el mismo estado serológico y, por lo general, no sólo se posee un solo «amigo» de este tipo, y que a su vez éste puede tener otros amigos, se construye una red que abre múltiples posibilidades para potenciar el riesgo de infección.

El hecho de tener «amigos con derecho a roce» implica que muchos HSH buscan manejar los riesgos aso-

ciados con el sexo no seguro a sólo tener PASC con parejas cuyo estado serológico se percibe igual al suyo, limitando el número de parejas sexuales para este fin. Estos HSH pueden haber considerado los riesgos asociados con la PASC y decidido que los riesgos asociados son improbables o no significativos<sup>28</sup>. La estrategia de buscar sólo parejas sexuales del mismo estado serológico para tener prácticas de PASC se denomina *serosorting*. Sin embargo, esta estrategia puede ser limitada notablemente por el escaso conocimiento del estado serológico propio y el de las parejas sexuales. Habría que considerar la fecha de la última prueba del VIH y, por más cercano que esté el resultado de esa prueba a la actualidad, restan los 3 meses del período ventana que podrían no estar cubiertos por ese resultado; estas consideraciones, al parecer, no se tienen en cuenta. Por esta razón, las estrategias de reducción de riesgo basadas en el estado serológico de la pareja deberían estar limitadas en una relación primaria (p. ej., monogamia mutua, o en la llamada «seguridad negociada»), en la que el estado serológico de ambos miembros esté documentada en la repetición de las pruebas del VIH<sup>28</sup>.

Muchos HSH esperan que, «en teoría», la pareja sexual sea seronegativa, y si fuera seropositiva sea «responsable» y siempre tome precauciones, pensando en una «conducta altruista». Sin embargo, esto no se corresponde con las conductas sexuales mantenidas por algunos entrevistados seropositivos. Esto apoya los resultados de algunos estudios<sup>29-32</sup>, que refieren que algunos HSH seropositivos a veces asumen en sus encuentros con parejas ocasionales, con quienes tienen PASC y cuyo estado serológico es desconocido, que pueden ser VIH-positivos, lo que provocaría la práctica de conductas de alto riesgo para las parejas que son realmente VIH-negativas.

En este estudio se ha observado que muy pocos HSH preguntan o revelan su estado serológico antes de involucrarse en una práctica de PASC con una pareja sexual. Cuando la comunicación directa sobre el estado serológico no se produce, algunos hombres, como se ha descrito, hacen asunciones sobre el estado serológico de sus parejas sexuales. Éstas proveen un análisis razonado para las conductas no seguras que pueden servir para justificar actos de sexo deseados durante un encuentro sexual o reducen la ansiedad o la culpa que sigue a los encuentros sexuales no protegidos. La mayor parte de las prácticas de PASC en los entrevistados en este estudio no han sido negociadas ni pactadas. Por ello, los programas de prevención deberían evaluar la posibilidad de animar a los HSH a preguntar o revelar su estado serológico. Si bien esto no es garantía de que las personas sean sinceras al respecto, se podría disminuir la posibilidad de que los HSH se involucren en prácticas de PASC con seropositivos o, en todo caso, podría hacer que tomen una decisión

racional sobre los riesgos que quieren asumir en caso de que la gente revele y sea honesta con respecto a su estado serológico. Sin embargo, para que este tipo de estrategia resulte efectiva, se requiere un trabajo previo en la comunidad —y en la sociedad en general—, que implique la normalización de la situación de ser portador del VIH, lo que evitaría el estigma, la exclusión y el rechazo hacia este grupo de HSH al conocerse su condición de seropositivo.

Una de las bases de este estudio fue la combinación de diferentes formas de muestreo para reclutar a los participantes. Si bien el estudio contó con la ventaja de centrarse sólo en hombres que refieren conductas sexuales de alto riesgo<sup>33</sup>, una de sus limitaciones pudo estar en la introducción de sesgos de selección. Este sesgo fue parcialmente superado al incluir muestras de más de una fuente que aseguraron al máximo la diversidad del colectivo estudiado.

Se debe seguir apostando por estudios que utilicen metodologías cualitativas para temas sensibles, como la sexualidad, por diversas razones. En esta investigación, el principio de la saturación teórica para recoger y analizar los datos de manera simultánea fue un proceso de ida y vuelta, muy interactivo y útil para obtener información rica y diversa. Otra razón es que para muchos de los participantes, la entrevista resultó una experiencia valiosa dado que se convirtió en un espacio que brindó la oportunidad de hablar de cosas «difíciles» que no compartirían de otra manera. El contexto de privacidad y confidencialidad ofrecido por el investigador, cuya función residió en facilitar a los participantes que comunicaran sus experiencias con respecto al sexo no seguro, llevó a algunos a reflexionar y cuestionar su propia conducta, sintiéndose, al final de la entrevista, muy agradecidos por ello.

## Agradecimientos

Este estudio se pudo realizar bajo el apoyo del Programa Alban, Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina, Beca N.º E04D033387PE.

Queremos expresar un especial agradecimiento a Kati Zaragoza, Gerente de Stop SIDA, por ayudar al autor a completar parte de este estudio.

## Bibliografía

1. Stephenso J, Imrie J, Davis M, Mercer C, Black S, Copas A, et al. Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection? *Sex Transm Infect.* 2003;79:7-10.
2. Crepaz N, Hart T, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behaviour. A meta-analytic review. *JAMA.* 2004;292:224-36.
3. Halkitis P, Parsons J, Wilton L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Arch Sex Behav.* 2003; 32:351-7.
4. Mansergh G, Marks G, Colfax G, Guzman R, Rader M, Buchbinder S. «Barebacking» in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS.* 2002;16:653-9.
5. Ridge D. «It was an incredible thrill»: the social meanings and dynamics of younger gay men's experiences of barebacking in Melbourne. *Sexualities.* 2004;7:259-79.
6. Suárez T, Millar J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men. Where do we go from here? *Arch Sex Behav.* 2001;30:287-300.
7. Rojas D. Conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en hombres que practican el sexo con hombres (HSH): desarrollo de un modelo predictivo. Oviedo: Hospital Monte Naranco, Médicos del Mundo; 2004.
8. Centro Nacional de Epidemiología-Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Infecciones de transmisión sexual. Resultados 2003. Evolución 1995-2003. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA; 2005.
9. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya (CEESCAT). Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica de Sida/VIH/ITS en Cataluña (SIVES 2005). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Documento técnico n.º 18. En prensa 2007.
10. Vall Mayans M, Armengol P, Casals M, Sanz B, Loureiro E, Vives A. Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona: 2002-2003. *Med Clin (Barc).* 2006; 126:94-6.
11. Koblin B, Husnik M, Colfax G, Huang Y, Madison M, Mayer K, et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS.* 2006;20:731-9.
12. Hirshfield S, Remien R, Humberstones I, Walavalkar I, Chiasson M. Substance use and high-risk sex among men who have sex with men: a national online study in USA. *AIDS Care.* 2004;16:1036-47.
13. Poppen P, Reisen C, Zea M, Bianchi F, Echeverry J. Predictors of unprotected anal intercourse among HIV-positive Latino gay and bisexual men. *AIDS Behav.* 2004;8:379-89.
14. McFarlane M, Bull S, Rietmeijer C. The Internet as newly emerging risk environment for Sexually Transmitted Diseases. *JAMA.* 2000;284:443-6.
15. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya (CEESCAT). Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de l'HIV/ITS a Catalunya (SIVES 2004). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2005. Documento técnico n.º 17.
16. Folch C, Casabona J, Muñoz R, Zaragoza K. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gac Sanit.* 2005;19:294-301.
17. Fernández Dávila P. Significados de las prácticas sexuales de riesgo en un grupo de hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) de la ciudad de Barcelona: consideraciones para la prevención del VIH [tesis para el doctorado en investigación psicológica]. Barcelona: Universidad Ramón Llull; 2006.
18. Parsons J, Severino J, Nanin J, Punzalan J, Von Sternberg K, Missildine W, et al. Positive, negative, unknown: assumptions of HIV status among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Educ Prev.* 2006;18:139-49.
19. Prestage G, Van de Ven P, Mao L, Grulich A, Kippax S, Kaldor J. Contexts for last occasions of unprotected anal intercourse among HIV-negative gay men in Sydney: the health in men cohort. *AIDS Care.* 2005;17:23-32.

20. ONUSIDA. Situación de la epidemia de sida: 2005. Ginebra: ONUSIDA; 2005.
21. Kerlinger F, Lee H. Investigación del comportamiento. 4.ª ed. México: McGraw Hill; 2002.
22. Bernard HR. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. London: SAGE Publications; 1999.
23. Schensul S, Schensul J, LeCompte M. Essential ethnographic methods: observations, interviews and questionnaires. London: Sage Publications; 1999.
24. Glaser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing, Co.; 1967.
25. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin N, Lincoln Y, editors. Handbook of qualitative research. Newbury Park: Sage Publications; 1994. p. 105-17.
26. Ulin P, Robinson E, Tolley E, McNeill E. Qualitative methods. A field guide for applied research in sexual and reproductive health. North Carolina: Research Triangle Park, Family Health International; 2002.
27. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:423-36.
28. Wolitski R. The emergence of barebacking among gay and bisexual men in the United States: a public health perspective. J Gay & Lesbian Psychothe. 2005;9:9-34.
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). High-risk sexual behaviour by HIV-positive men who have sex with men: 16 sites, United States, 2000-2002. J Am Medical Assoc. 2004; 292:2333-4.
30. Halkitis P, Wilton L, Drescher J. Introduction: why barebacking? J Gay & Lesbian Psychothe. 2005;9:1-8.
31. Semple S, Patterson T, Grant I. Psychological characteristics and sexual risk behaviour of HIV+ men who have anonymous sex partners. Psychology Health. 2004;19:71-87.
32. Wolitski R, Parsons J, Gómez C. Prevention with HIV-seropositive men who have sex with men. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;37:101-9.
33. Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. The internet and HIV study: design and methods. BMC Public Health. 2004;4:39.