



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Fernández-Dávila, Percy; Morales Carmona, Adriana
Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres
Revista Española de Salud Pública, vol. 87, núm. 4, julio-agosto, 2013, pp. 367-382
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17028438007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ORIGINAL**DISCURSOS SOBRE LA RESPONSABILIDAD SEXUAL EN HOMBRES VIH-POSITIVOS QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (*)****Percy Fernández-Dávila (1,2) y Adriana Morales Carmona (1).**

(1) Área de Investigación. Stop Sida. Barcelona, España

(2) Facultat de Psicologia. Ciències de l'Educació i de l'Esport, Universitat Ramon Llull, Barcelona. España

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.

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

RESUMEN

Fundamentos: Entre los hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres (HSH VIH-positivos) se vienen reportando elevadas tasas de prácticas sexuales de riesgo, lo que lleva a preguntarnos sobre las ideas del cuidado sexual que existen en este colectivo para evitar la transmisión y/o reinfección del VIH y otras ITS. Este estudio buscó comprender los discursos que sobre la responsabilidad sexual tienen estos hombres.

Método: Se realizó un estudio cualitativo. Participaron 78 hombres (27-65 años), 35 en entrevistas individuales y 43 en cinco grupos de discusión, en las ciudades de Barcelona, Madrid y Palma de Mallorca, entre 2007 y 2008. Se estableció como criterio de selección que hubieran transcurrido 18 meses desde el diagnóstico del VIH. El enfoque utilizado para analizar los datos fue la Teoría Fundamentada.

Resultados: Entre los participantes se diferenciaron tres tipos de discurso respecto a la responsabilidad sexual: (1) Responsabilidad única: el sujeto seropositivo es el que debe cuidarse para cuidar a otros. Se fundamenta en un posicionamiento ético (altruista) en el que el deber y la obligación por proteger a los otros está por encima de todo. (2) Responsabilidad compartida: ambas partes deciden y/o consienten tener una relación sexual de riesgo aunque los que esgrimen este discurso en la práctica terminen asumiendo toda la carga de la responsabilidad. Y (3) Responsabilidad individual: cada uno vela por el cuidado de sí mismo, aunque el tipo de vínculo emocional con otras personas podría afectar la decisión de cuidarse o no (existe algún tipo de compromiso de proteger a alguien cuando se siente algo por esa persona).

Conclusiones: La conducta de cuidado sexual de los HSH VIH-positivos estuvo orientada en base a los tres discursos sobre la responsabilidad. Estos discursos estuvieron influenciados por diversos factores: conciencia moral, el contexto sexual, el tipo de pareja sexual y el revelamiento del seroestatus.

Palabras clave: Conducta sexual. Responsabilidad. Gais. VIH. Prevención secundaria. Investigación cualitativa.

ABSTRACT**Discourses on Sexual Responsibility in a Group of HIV-Positive MSM in Spain**

Background: High rates of sexual risk behaviours are being reported among HIV-positive MSM which raises the question about the ideas of sexual responsibility that exist in this population to prevent the transmission and/or re-infection of HIV and other STIs. This study sought to understand the discourses on sexual care and responsibility in men living with HIV who have sex with men.

Methods: A qualitative study was carried out with 78 men (aged 27-65): 35 individual interviews and 43 in five discussion groups, in the cities of Barcelona, Madrid and Palma de Mallorca, between 2007 and 2008. The selection criterion was that eighteen months had passed after a HIV diagnosis was established. The grounded theory approach was used to analyze the data.

Results: Three distinct discourses about sexual responsibility were observed: (1) sole responsibility: it is the HIV-positive man who should protect himself in order to protect others. This discourse is based on an ethical position (altruistic), in which the duty and obligation to protect others is a priority; (2) shared responsibility: both parties agree and/or consent to high risk sexual practices although those who tend to use this discourse, in practice, ultimately assume full responsibility; and (3) individual responsibility: each person is responsible for himself, although the type of emotional bond with others may affect the decision to protect only oneself (there is some commitment to protect a sexual partner when something is felt for that person).

Conclusions: The sexual care behaviour among HIV-positive MSM was determined by three discourses. Those discourses were influenced by various factors: moral conscience, sexual context, type of sexual partner and disclosure of HIV status.

Key words: Sexual behaviour. Responsibility. Gays. HIV. Secondary prevention. Qualitative research.

Correspondencia
Percy Fernández Dávila
Calle Diputación 183-185, entsls 2º
08011, Barcelona
perc@stopaida.org

INTRODUCCIÓN

En la última década se han venido produciendo una serie de cambios, descritos en muchos países de altos ingresos, en el comportamiento sexual de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tales como el incremento de las prácticas sexuales de riesgo y en las tasas de prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)¹⁻³. Esta misma tendencia, pero mayor, se ha encontrado entre los HSH VIH-positivos que al tener prácticas sexuales de riesgo ponen a los hombres VIH-negativos en riesgo de infección y se ponen ellos mismos en riesgo de reinfección y/o coinfección⁴⁻⁶. Esta tendencia se ha vinculado con la aparición del fenómeno del *barebacking*, la práctica de sexo anal no protegido de manera intencionada⁷. La alta incidencia y prevalencia de ITS que se han diagnosticado de forma desproporcionada entre los HSH que tienen el VIH es un reflejo de esta tendencia⁸.

En España también se reporta entre los HSH un aumento de conductas sexuales de riesgo y de las ITS, como la sífilis o el linfogranuloma venéreo^{9,10}. En grandes ciudades, como Barcelona, la prevalencia del VIH entre HSH puede estar cerca del 20%¹¹ y los nuevos diagnósticos se producen principalmente en este colectivo¹². En 2011, los HSH representaron el 54% de todos los nuevos diagnósticos del VIH¹³. Sin embargo, existe muy poca información específica disponible sobre el comportamiento sexual de los HSH VIH-positivos. El único estudio publicado¹⁴ que exploró diferencias del comportamiento sexual según el estado serológico de los HSH, encontró que, en comparación con los VIH-negativos y los que no conocen su seroestatus, fueron los VIH-positivos los que tuvieron el mayor número de parejas sexuales, tuvieron mayor proporción de 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.

Una pregunta que surge sobre el alto índice de prácticas sexuales de riesgo entre los HSH que tienen el VIH es qué ideas sobre la responsabilidad tienen de cuidar a los otros para evitar la transmisión del VIH. Contestar a esta pregunta plantea cuestiones o dilemas que incluyen desde valoraciones éticas o morales hasta defensas anti-discriminatorias o anti-estigmatizantes^{15,16}. Con el fin de entender las justificaciones sobre las prácticas sexuales de riesgo que tienen los HSH VIH-positivos, el objetivo de este estudio fue entender los discursos que este grupo de hombres tiene sobre el cuidado y la responsabilidad sexual.

SUJETOS Y 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. Con esta cantidad de participantes seleccionados se aseguró la saturación teórica. El estudio se llevó a cabo en las ciudades de Barcelona, Madrid y Palma de Mallorca entre los años 2007 y 2008. Los criterios de selección de participantes fueron: ser mayor de 18 años, llevar diagnosticado de infección por el VIH más de 18 meses, y haber tenido vida sexual activa durante los tres últimos meses en el contexto de relaciones de pareja estable y/o encuentros sexuales con parejas ocasionales.

La captación de participantes se hizo a través de diferentes fuentes (tabla 1), lo cual permitió la combinación de datos que agregó rigor, amplitud y profundidad a la investigación. La tasa de rechazo fue de un 6% (canceló o no se presentó a la cita).

Las características sociodemográficas de los participantes, tanto en las entrevistas individuales como en los grupos de discusión, se encuentran descritas en la tabla 2.

La entrevista. Se utilizaron guías de entrevista semiestructurada para las entre-

Tabla 1**Distribución de los participantes según tipo de entrevista y fuente de reclutamiento**

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 PPVVIH	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

vistas individuales y los grupos de discusión. Las guías exploraron en total 15 tópicos: diagnóstico del VIH, vivencia por tener el VIH, sexualidad, uso de internet, relación de pareja estable, prácticas sexuales con la pareja estable, prácticas sexuales con las parejas ocasionales, reducción de riesgos, revelación del estado serológico, visión de la responsabilidad, consumo de alcohol y drogas, historia de ITS, tratamiento, 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).

Procedimiento. 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 o enfermera informaban a algunos pacientes, durante su visita médica, sobre el estudio y les invitaban 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 el otro portal, 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 VIH positivas 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 InterSex2006¹⁷) que recogía información de contacto autorizada por los participantes.

Una vez obtenidos los datos de los potenciales participantes se procedió a contactar con ellos. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidencialidad. 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 cada uno se le entregó un incentivo de 25 euros por participar.

Al final de las entrevistas y de los grupos se preguntó a los participantes si conocían a otros HSH VIH-positivos que quisieran participar también en el estudio.

Tabla 2
Características sociodemográficas de los participantes

	Entrevistas individuales n=35		Grupos de discusión n=43*	
	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		

Tabla 2
Características sociodemográficas de los participantes (continuación)

	Entrevistas individuales n=35		Grupos de discusión n=43*	
	n	%	n	%
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.

^aSe 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

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 dirigidos por ambos investigadores. Tanto las entrevistas como los grupos se realizaron en el local institucional de cada una de las asociaciones en las ciudades participantes en el estudio. A los cassetes con las grabaciones de las entrevistas y de los grupos de discusión se les asignó un código de identificación para mantener en todo momento el anonimato y así fueron entregados a un

transcriptor. Después de la utilización de las grabaciones, se procedió a su destrucción.

Análisis. Las transcripciones fueron revisadas escuchando las grabaciones, lo cual garantizó la fiabilidad de los datos. Se utilizaron los procedimientos del enfoque de la Teoría Fundamentada para el análisis de datos¹⁸. Para este fin, se utilizó el programa de análisis cualitativo Atlas-ti® para llevar a cabo la codificación en tres etapas (codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva) y generar memos. La codificación abierta buscó que los datos se resumieran en categorías. Tres entrevistas fue-

ron codificadas de manera conjunta por los dos investigadores del estudio para asegurar la aplicación consistente de los códigos en todas ellas. Durante y después de la codificación abierta, se elaboraron memos breves para esbozar posibles relaciones entre códigos, hacer interpretaciones y apoyar tanto en la siguiente fase del análisis como en informar, si la hubiera, la necesidad de recopilar más datos. Al final de la codificación abierta, los códigos creados fueron revisados para verificar que no hubiera repeticiones o para reformular códigos que aparecieron con baja frecuencia. De este análisis surgieron en total 145 códigos. La segunda fase del análisis implicó la codificación axial, por la que se buscó establecer relaciones entre los códigos emergentes, incluyendo la organización de conceptos jerárquicamente para representar diversas relaciones (causalidad, contradicciones, circunstancias relacionadas contextualmente, etcétera). Asimismo, se compararon, contrastaron y ordenaron los códigos en categorías más amplias hasta que un tema discernible llegara a ser identificable. La agrupación de los códigos se hizo con el fin de producir un relato analítico (los discursos) de cómo los temas, representados en los códigos, intervenían y se relacionaban unos con otros. En la tercera etapa del análisis, la codificación selectiva, a través de un proceso de reducción de códigos, nos permitió identificar una categoría central (“opinión sobre la responsabilidad sexual”) y seleccionar aquellas que aparecieron conectadas a ella. Después de que el modelo sobre la responsabilidad sexual en HSH VIH-positivos emergió de los datos, fue valorado por su contribución con la literatura existente y su transferibilidad. En este estudio, la teoría que emergió de los datos (los discursos sobre la responsabilidad sexual) fue construida a partir de la relación de los diferentes códigos: opinión sobre la responsabilidad sexual, uso del condón después del diagnóstico, lugares donde ocurren encuentros de sexo no protegido, contextos en los que ocurre sexo no protegido, tipo de parejas sexuales

les con las que se tiene sexo no protegido, motivos para tener sexo no protegido y comunicación del estado serológico a la pareja sexual. A partir del proceso de construcción de la teoría sobre la responsabilidad sexual, definimos “discurso” como el conjunto de narrativas estructuradas alrededor del tema de la responsabilidad sexual cuyas conexiones guardan coherencia y sentido entre sí.

RESULTADOS

Los discursos sobre la responsabilidad sexual

Al explorar por el sentido de responsabilidad sobre el cuidado sexual en situaciones en las que los entrevistados tuvieron, o se podrían ver envueltos en tener, alguna práctica de penetración anal sin condón (PASC) con una pareja sexual, emergieron tres tipos de discurso que describimos a continuación.

- Responsabilidad única

Un gran número de entrevistados creía que en un encuentro sexual la responsabilidad de cuidarse recae únicamente y exclusivamente en manos del que es seropositivo. Ellos mismos se adjudicaron la responsabilidad de proteger a otros de no infectarlos del VIH ya que asumen que, en algunos casos, sus parejas sexuales pueden ser poco conscientes del riesgo.

En este momento es no [tener PASC], por una cuestión de respeto a los otros, yo no quiero hacerle a nadie, yo pienso que la persona que me lo transmitió no sabía, yo no voy a pensar que era un hijo de puta y que lo sabía. Entonces como yo soy consciente de mi situación, yo no voy a exponer a nadie y, por otro lado, yo no me voy a exponer teniendo el sistema inmunológico bajo a infectarme cualquier otra mierda... (Grupo de discusión BCN-02).

Muchas veces te encuentras a una persona, que es a lo mejor seronegativa o sero-

desconocida, el que esté con un seropositivo yo creo tiene que ser un seropositi-vo responsable, yo creo que es una suerte para esa persona porque si ese sero-positivo es una persona que tiene que aceptar [cuidarse], va a protegerse y va a proteger a la otra persona, porque el serodesconocido va a siempre con ese punto de locura. (Grupo de discusión MAD-01).

Es interesante observar que algunos entrevistados comenzaron su argumentación manifestando que la responsabilidad puede ser del otro o compartida pero terminaban concluyendo que el mayor peso del cuidado recae en el sujeto seropositivo cuando la situación se personaliza.

Creo que la responsabilidad sería de los dos, pero cada uno son personas adultas. Creo que los dos son responsables, tanto uno como el otro, lo único que no sabe es la otra persona de qué pie cojea. Yo ceo que son responsables tanto uno como otro.

P: Pero en tu caso, ¿tú eres responsable o es responsable el otro?

Yo creo que soy responsable de ponerme preservativo y de ponerle prevención, por no dañarme más de lo que estoy y por no dañar a otra persona, no me gustaría dañar a nadie. (MAD02, 41 años, Tiempo de diagnóstico (TD): 8 años).

Hasta un cincuenta por ciento, claro, lo primero es cuidar uno de sí mismo pero, a veces tú piensas, si tú ves la persona que está actuando irresponsable y tú tienes la obligación de conocerlo pues por ética tienes que hacerlo. No, no puedes [tener PASCI], porque él pasa [de usar el condón] yo también paso, yo creo que en todo hay que ser igual, si se pude de prevenir, ya sea por él o por ti mismo, por no reinfectarse... (Grupo de discusión BCN-02).

Para algunos entrevistados este sentido de responsabilidad parte de un posicionamiento ético en el que el deber y la obligación de proteger a los otros está por encima de cualquier argumento.

En el momento de que vos sos consciente de que le puedes hacer un daño al otro, bueno, ya ahí empezamos las cuestiones volutivas de hacer el bien o hacer el mal, yo siempre trato de no hacer el mal. O sea yo siempre trato de tomar ese camino y creo que lo hago habitualmente. Por el hecho de que nunca tengo sexo sin cuidarme es que no está en mi intención perjudicar a nadie. (MAD11, 36 años, TD: 2 años).

- *Yo creo que cada persona tiene que mantenerse negativa, tiene el deber...*

- *Claro, es que realmente el deber es, tú si vas a hacer, el obligado a protegerte, eres tú, si tú ya sabes que lo tienes, tienes el deber y ética de intentar no transmitirlo. Yo me he encontrado el caso en el que he estado y me iba a poner un preservativo y me dicen 'oye, ¿y cuál es tu estado?' y me he quedado como...*

- *Bueno, yo creo que el deber no es en no transmitirlo, o sea, no es un deber, no es un deber no transmitirlo, yo creo que es...*

- *Es una obligación.* (Grupo de discusión BCN-02)

A veces, esta responsabilidad es “cargada” a los HSH seropositivos por mensajes que pueden provenir de los propios agentes de salud.

Mi médico de cabecera me dijo: ‘cuidado, que tú no puedes hacer sexo sin preservativo, ni tú ni nadie, pero más en especial tú’. (Grupo de discusión BCN-01).

Entre los que se adscriben a este discurso, muchos lo tienen tan normalizado que los que alguna vez tuvieron PASC señalaron haberse sentido arrepentidos, con sentimientos de culpa, por haber hecho algo que consideraban “indebido”.

Hablándolo no me siento orgulloso, ni creo hacer bien, de hacerlo sin, de la manera que lo hice [...], debería de haber tenido un poco más de fuerza de voluntad y no haberlo hecho, no buscarlo. (BCN03, 36 años, TD: 5 años).

Yo he practicado el sexo sin condón activo y pasivo y el daño psicológico después es terrible... uno lo ve de un modo cuando menos siente y está tranquilo, después las consecuencias emocionales son nefastas. (Grupo de discusión MAD-01).

- Responsabilidad compartida

Otro grupo de entrevistados opinó que la responsabilidad de evitar transmitir el VIH es una responsabilidad mutua. Para este grupo ambas partes pueden decidir y consentir tener una relación sexual de riesgo y asumir que puede haber consecuencias de su conducta, por lo tanto, la responsabilidad se reparte a partes iguales.

Para mí son las dos personas, no es que el seropositivo siempre lleve toda la carga. El partner, el que acompaña a la historia lleva el mismo nivel de responsabilidad. Yo puedo ser seropositivo y puedo querer sexo sin condón pero está en ti también el cuidarte, o sea tú le puedes decir: 'ah no, perdona, sin condón nada'. O sea no es solamente parte del seropositivo o del activo que penetra el rigor de cuidarse. No hay quien da, si no hay otro que se deja dar, eso es así de simple. (MAL01, 42 años, TD: 13 años).

¿Es mi responsabilidad meterme en una relación, de una práctica de riesgo en la que todos consienten esa práctica de riesgo?,

¿es mi responsabilidad que el resto se infecte? No, parte de la responsabilidad es mía pero el resto es la de los demás porque consienten tanto como yo. Hay otras personas que lo puedan hacer y que no se pongan nada de por medio, no es su responsabilidad al cien por cien. En una relación sexual son las dos, son responsables todas las personas que intervengan, todas. Evidentemente no puedes culpar de toda la responsabilidad solamente a la persona que es seropositiva. (Grupo de discusión MAL-01).

Dentro de este discurso, algunos entrevistados manifestaron, en términos ideales, que la responsabilidad del VIH-positivo es revelar su estado serológico a su pareja sexual en caso que no se deseé usar el condón. De esta forma la responsabilidad se comparte porque se deja a la otra persona la libertad de decidir informadamente de los riesgos que supone la PASC.

Si yo con la persona que tengo relaciones sexuales no le dijera que soy seropositivo, o sea sin usar el condón, aquí hay que ser franco y dar la opción a la otra persona a elegir si quiere asumir el riesgo, porque el riesgo existe. Yo creo que hay que respetar la libertad de la persona de elegir aunque a veces esté el rechazo, porque luego entre otras cosas te puede hacer a ti más daño. (MAD07, 38 años, TD: 3 años).

- Responsabilidad individual

Este tipo de responsabilidad se puede desprender de la responsabilidad compartida pero tiene sus propios matices. Los que argumentaron este discurso indican que la responsabilidad del cuidado es única y exclusivamente de cada uno de los miembros, es decir, una responsabilidad con uno mismo. Por lo general, cuando no se desea hacer uso del condón, esta situación no se dialoga ni se negocia porque se asume que ambos quieren lo mismo. Manifestaron también que es decisión del hombre seropositivo cuidarse o no, pero es responsabilidad

del otro saber lo que hace y asumir las consecuencias de su conducta. Esto, para cualquiera de los dos, implica que las consecuencias de lo que le pueda ocurrir al otro no se asume bajo su responsabilidad.

Cuando he follado a pelo, casi siempre es porque me lo han pedido y porque yo estaba en un punto en que ya era: pues sí, tal, y no pasa nada, tú sabes lo que puedo tener yo; pero hay como un pensamiento super rápido de: tú sabrás lo que estás haciendo, yo sé lo que estoy haciendo con lo cual yo puedo asumir las consecuencias, supongo que tú también, no voy a parar a preguntártelas. (BCN01, 30 años, TD: 2 años).

El chico me lo quitó [el condón]. Yo no le dije nada. Porque eso depende de él, yo creo que no, no hizo falta que me dijera ninguna palabra. También puedes cortar y decir: 'oye, ve mira, yo esto no puedo'. En una pareja ocasional, yo soy portador, se supone que todo el mundo lo somos y nos debemos proteger. (MAL04, 33 años, TD: 13 años).

En concordancia con este discurso, es en este grupo de participantes donde encontramos que algunos asumen la responsabilidad de que su conducta sexual fue la que les llevó a infectarse del VIH.

Cada uno tiene su propia responsabilidad entonces, yo por ejemplo, yo no culpo a mi pareja del VIH porque cada uno tiene la responsabilidad de cuidarse, no sólo en esto sino en todo, de conducir con cuidado, de tener la responsabilidad de todo lo que hace. (MAD05, 39 años, TD: 2 años).

[Es responsabilidad] del que no quiere ponerse el condón, creo yo. Es como yo, por ejemplo, lo que me ha pasado a mí, no le puedo echar la culpa al otro, a mí, por no tomar mis precauciones, porque hay mucha gente que lo acepta y luego lo pilla, qué fácil es reclamarle: la culpa es tuya. No, la culpa es mía por no haber tomado mis pre-

cauciones, yo tomaré las mías para lo que a mí me interesa y que él tome para las que él le interesa, yo no voy a tomar mis precauciones por él. (MAD03, 45 años, TD: 4 años).

Este discurso puede aparecer también cuando se construyen suposiciones acerca del estado serológico de la pareja sexual según el uso o no del condón: alguien que busca o quiere tener PASC sin discutir previamente el estado serológico es también VIH positivo.

Si un hombre ya te pide que hagas sexo con él sin preservativo se supone que ya lo es él, está clarísimo y si no lo es, vamos, tiene muchas posibilidades, pero si ya tiene ese tipo de práctica él tiene que serlo y no solamente que serlo sino que a lo mejor tiene cualquier otra enfermedad de transmisión sexual. (MAD01, 40 años, TD: 18 años).

A mí se me enciende la luz y la sospecha de que en el momento la persona que está decidida a hacer eso es porque, para mí, es VIH-positiva. (Grupo de discusión BCN-02).

El tipo de vínculo emocional que une a la persona podría afectar la decisión de cuidarse o no. De acuerdo a este discurso, no existe ningún tipo de compromiso de proteger a alguien por el que no se siente nada. En otras palabras, no hay ninguna responsabilidad por alguien que sólo es visto como un medio de satisfacción sexual, sólo puede haber responsabilidad por alguien por el que se tiene algún tipo de afecto.

Si pactas con otra persona el sexo no seguro, las personas son libres de decidir sobre su vida y sobre su sexualidad, otra cosa es que si yo soy VIH y salgo contigo y tú no sabes nada y no te explico lo que hay, pero si túquieres, en este caso tú y yo también, mhmm. (Grupo de discusión BCN-01).

A no ser que sea mi pareja y lo quiera muchísimo pero si es un esporádico, de alguien desconocido, eso que diga: no, que yo pienso en él... relativamente. (MAD03, 45 años, TD: 4 años).

El lugar donde se conoce a las parejas sexuales puede mediar la decisión de cuidarse o no. En locales o lugares donde se practica sexo (por ejemplo, saunas, sex-clubs, orgías...), el discurso individual es aplicado para justificar prácticas de PASC. Las parejas sexuales se “cosifican”, son sólo un cuerpo que sirve para ser “usado”.

He estado en fiestas, he estado en orgías, con cuatro pastillas de más... Se te va la pinza en un momento dado [...] pero como da igual, ras, ras, ras, siguiente... o sea no estoy hablando de amor; ni estoy hablando de relación, ni de nada, estoy hablando de un cuerpo ahí, cuyo nombre no sé, y me lo follo. (Grupo de discusión MAD-02).

Discursos y prácticas

Al recoger la opinión de los participantes sobre el hecho de que otros HSH seropositivos están teniendo PASC, observamos un doble discurso. Por un lado, algunos indican que es una decisión que ellos respetan como “libertad personal” pero al mismo tiempo cuestionan o critican su conducta.

Veo que mucha gente que es seropositiva, que yo conozco, porque va a terapia, a reuniones hacen una vida de entrar y salir del cuarto oscuro a putiplan constantemente, joder cómo es posible que la gente que sea pueda tener esas... claro, es la libertad de cada uno, cada uno se mete allí hace lo que se da la gana, su propia libertad. Yo digo, yo no soy capaz de hacerlo porque en la oscuridad, no sé, no puedes ponerte un condón, no puedes hacer un montón de cosas y yo qué sé, y uno se va con otro y esas historias que me chocan, pero bueno, cada uno es como es. (BCN02, 52 años, TD: 15 años).

Asimismo, al explorar por la coherencia entre los discursos sobre la responsabilidad sexual y las prácticas, algunos mencionaron observar en los otros una dificultad en reconocer que, a veces, pueden tener PASC debido a la censura colectiva a este tipo de práctica.

Como yo pertenezco a la Asociación XXX de Mallorca, ahí conoces gente y hablas con gente. Si bien, de la mayoría escuchas que se cuida, ‘que no, que yo no lo hago’, en la trastienda creo que no es tan así, que no se cuidan y les da lo mismo. Te das cuenta que les da lo mismo porque, el primer discurso es ‘no, desde que me enteré, me cuido siempre’; y tú dices: ‘vale, ok, perfecto’, entonces ¿por qué sigue creciendo la cantidad de infectados? Si sigue creciendo la cantidad de infectados es porque no todo el mundo se cuida. Que se cuida, no, que nos cuidamos. Entonces, en las charlas, en los cafés, en los encuentros de XXX, el primer discurso es el yo me cuido y después cuando entras más a hablar con las personas y entras más en confianza, ya te suelta: ‘a veces sí, a veces no’, pero yo no me pongo a juzgar a nadie, cada uno sabe lo que hace. (MAL01, 42 años, TD: 13 años).

Muy pocos reconocieron que el discurso puede no corresponderse con la práctica porque puede ocurrir que por diferentes razones o circunstancias algunas veces se puede tener PASC, y esto parece ser más la regla que la excepción.

Creo que era importante también poner la otra cara de la moneda ¿no?, o sea, no todos somos perfectos en asumir que tenemos que usar siempre condón, hay otras personas que no, o sea ¿y qué pasa?, o sea, por no querer utilizarlo ¿somos malos?, ¿somos perversos?, ¿somos peores? creo que no, es una realidad que también hay que tener en cuenta porque está ahí, está ahí, definitivamente. (Grupo de discusión BCN-02).

DISCUSIÓN

Desde una perspectiva integral de prevención era importante identificar los factores que están detrás de las prácticas sexuales de riesgo que están teniendo los HSH VIH-positivos. Este estudio ha encontrado tres discursos sobre la responsabilidad que permitirán una mejor comprensión de las creencias relacionadas con el cuidado sexual. Similares tipologías de discursos sobre la responsabilidad sexual han sido encontradas en otros estudios^{19,20}.

La incorporación de un determinado discurso pudo depender de cómo los participantes en este estudio asumieron el resultado de su diagnóstico. Los que se infectaron a través de PASC con parejas sexuales ocasionales conociendo los riesgos a los que se exponían, asumieron con mayor probabilidad un discurso de responsabilidad individual porque ellos también asumen que sus parejas sexuales saben de los riesgos que conlleva su propia conducta. Asimismo, el discurso sobre la responsabilidad puede variar con el tiempo del diagnóstico. En un inicio, inmediatamente después del diagnóstico, pueden tomar posición por el discurso de responsabilidad única pero con la culminación del proceso de aceptación de la infección y la mayor experiencia sexual como VIH-positivo, el discurso puede cambiar. Y esto se puede corroborar cuando algunos estudios²¹ han encontrado que entre los HSH diagnosticados con el VIH se produce un aumento de los comportamientos de riesgo sexual un año después del diagnóstico tras un descenso inicial, seguramente debido al cambio de discurso que también ha sido encontrado en otros países²².

El discurso más prevalente encontrado entre los participantes de este estudio fue el de la responsabilidad única o referida por otros autores como prevención altruista²³. La motivación entre los entrevistados para tener una conducta responsable tiene que ver con el hecho de descargarse del peso de

la culpa en caso de que alguien se pudiera infectar por su causa, un sentido de empatía (que otros no sufran lo que ellos han sufrido) y evitar empeorar su estado de salud si llegaran a reinfecarse, aunque este último argumento no fue mencionado con frecuencia. Se hace necesario conocer más aún sobre la relación entre este discurso y la conducta, así como del estado emocional y el estrés en la vivencia de la sexualidad como posibles resultados de la carga que supone esta responsabilidad.

Revelar el estado serológico respecto al VIH puede ser un indicador subyacente de responsabilidad²⁴ pero desde que se ha descrito que entre los HSH de España la comunicación o la revelación no suele ocurrir en un encuentro sexual^{25,26}, el discurso de la responsabilidad individual emerge en el caso que se quiera tener PASC. En este caso este discurso esconde la elaboración de suposiciones sobre los conocimientos acerca de la transmisión del VIH, la percepción de riesgo y el estado serológico de la pareja sexual. Por ello se hace necesario cuestionar o deconstruir las creencias que asientan las suposiciones y fomentar la comunicación entre HSH para tomar decisiones sobre el tipo de sexo que ambos quieren tener.

El discurso de la responsabilidad individual justifica las prácticas de PASC (intencionadas o no), pero muchas veces son otras razones las que motivan a tener sexo no protegido. Algunas se han esbozado para explicar estas conductas. Se ha propuesto que como un resultado de la aparición de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se ha generado un profundo “optimismo por el tratamiento” entre los HSH VIH-positivos, por lo que están menos preocupados en transmitirlo²⁷. Sin embargo, otro estudio²⁸ resalta la complejidad de la sexualidad a través de la cual se canalizan diversas necesidades diferentes a las sexuales a la hora de tener PASC. En este sentido debemos entender que la transmisión del VIH es siempre relacional y debería ser

siempre vista en su contexto físico, social y cultural²⁹. Por ejemplo, ya se ha demostrado la directa relación entre el consumo de drogas y el sexo no protegido dado que sus efectos disminuyen la conciencia de las normas sociales sobre el cuidado o la prevención²³.

Las creencias sobre la responsabilidad personal entre los HSH seropositivos pueden variar según el tipo de pareja sexual y el contexto donde se conocen. Con las parejas sexuales anónimas o casuales, el discurso imperante en el momento de decidir tener PASC es el discurso individual. En cambio, con la pareja estable o con parejas sexuales con las que se tiene algún tipo de vínculo, la conducta de cuidado prevalece bajo el discurso de la responsabilidad única. Esto se explica porque para el caso de una pareja estable o una pareja sexual conocida, tener una conducta “irresponsable” lo haría objeto de censura o represalias sociales en caso esta pareja decida comunicarlo a los otros²⁴. El lugar donde se conoce a las parejas sexuales es también indicador evaluativo del cuidado sexual que podrían tener. Se ha descrito que los locales o lugares donde se practica sexo, son percibidos como espacios despersonalizados y “peligrosos”³⁰ por la creencia generalizada de la alta frecuencia de sexo no protegido que se puede practicar allí, por lo que el discurso individual es el motor que valida prácticas de PASC en estos espacios. Algo similar ha sido encontrado en otros estudios²⁴.

En teoría, para algunos de los entrevistados la responsabilidad compartida debería ser el precepto por el cual todos los hombres VIH-positivos deberían conducirse. Sin embargo, como ya mencionamos, desde que no existe una comunicación abierta sobre si se es seropositivo o seronegativo, el aporte que puede tener cada una de las partes en asumir esa responsabilidad no está claro, por lo que en la práctica se terminará optando por uno de los otros dos discursos según el contexto y las circunstancias.

El discurso menos extendido en la muestra de este estudio fue el de responsabilidad individual, lo cual concordaría con la proporción de hombres que reconocieron haber tenido alguna práctica de PASC en los últimos tres meses (un cuarto de los entrevistados individualmente). Sin embargo, esto no se correspondería con lo que la evidencia científica indica: alta frecuencia de prácticas de PASC en el colectivo de HSH VIH-positivos. Algunas ideas se pueden plantear para explicar esta aparente incoherencia. Como lo revelaron algunos participantes, hay algunos HSH VIH-positivos que muestran contradicción entre su discurso de responsabilidad única y su conducta debido quizás a que en el discurso normativo (público) está mal visto practicar sexo no protegido. Otra posible explicación es que puede haber habido un sesgo en la selección. Para las entrevistas individuales muchos participantes acudieron desde los hospitales o las asociaciones anti-Sida, 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 gais adultos mayores de 35 años)³¹. Y una tercera posible explicación es que la mayor parte de prácticas de PASC en los HSH VIH-positivos de este estudio pueden ser eventos que se podrían describir como deslices o resbalones, es decir, accidentales y no intencionados. Por lo tanto, no estarían sustentados en el discurso de la responsabilidad individual.

Al buscar algún tipo de relación entre los discursos y los diversos perfiles de los participantes no encontramos lógica aparente debido quizás a algunas limitaciones en la selección de los participantes que mencionamos más adelante. En general, los participantes de las tres ciudades donde se llevó a cabo el estudio muestran muchas características comunes. Sin embargo, muchos de los entrevistados de la ciudad de Palma de Mallorca señalaron más miedos y temores relacionados al rechazo, estigma y discriminación.

nación experimentados en diferentes ámbitos (social, laboral e, incluso, hospitalario). Varios de los entrevistados de esta ciudad vivían su seropositividad de manera oculta. Lo mismo puede ser vivido por otros HSH VIH-positivos de ciudades pequeñas o medianas. Esta situación puede dar pie a hipotetizar que alguien que vive así la infeción puede tener más contradicciones entre el discurso de la responsabilidad única o compartida y su conducta.

En este estudio no se encontró evidencia de que la mayoría de entrevistados estén usando el conocimiento de que una persona VIH-positiva con carga viral indetectable tiene poco riesgo de transmitir el VIH a otros para justificar prácticas de PASC con parejas sexuales. Esto se debe quizá a que en el momento en que se realizó el estudio esta información no estaba todavía muy difundida (la Declaración Suiza sobre este tema³² se publicó el mismo año en que finalizó este estudio) y/o los médicos no se atrevían a proporcionar esta información “delicada” en los controles médicos. Sin embargo, los autores de este artículo han observado en algunos trabajos de investigación aún no publicados que al parecer este discurso no tiene todavía un gran peso para justificar la mayoría de prácticas de PASC entre HSH VIH-positivos en España. Por lo tanto, se hace necesario explorar el discurso de la carga viral indetectable aparecido en los últimos años con más fuerza en otros contextos^{33,34}.

En España la prevención del VIH en HSH ha estado focalizada principalmente en los sujetos VIH-negativos desatendiendo, en cierta medida, a los VIH-positivos. Por las tendencias conductuales de los HSH VIH-positivos se hace necesario implementar programas sostenidos de prevención secundaria, ahora denominada salud positiva³⁵. La existencia de discursos sobre la responsabilidad sexual en HSH VIH-positivos plantea la necesidad de que los organismos que trabajan en la prevención del VIH

determinen qué discurso es el que quieren promover en sus intervenciones. Sin embargo, cualquier intervención dirigida a los HSH VIH-positivos debe cuidar que no se transmita culpabilización, estigma o se apelle a su exclusiva responsabilidad. Paralelo a esto se debe implementar un trabajo de prevención del VIH que fomente la responsabilidad social o comunitaria (implicar a los agentes sociales para remover barreras para el mantenimiento de prácticas de sexo más seguro. Por ejemplo, formar alianzas con los administradores de los locales de ocio gay para promocionar mensajes de preventión) del mismo modo que se atreva a cuestionar o deconstruir creencias que asientan las suposiciones sobre quiénes son los que practican PASC (por ejemplo, creer que todos los HSH VIH-positivos tienen una conducta de cuidado sexual basada en la responsabilidad única). Asimismo, se deberían ofrecer grupos de soporte emocional para ayudar a entender y procesar los aspectos emocionales y/o afectivos relacionados con el sexo no protegido y generar habilidades para comunicar el estado serológico con el fin de negociar el tipo de sexo que se quiere tener. Creemos también que se debe proporcionar información sobre las estrategias de reducción de riesgos (por ejemplo, asumir el rol sexual receptivo, eyaculación fuera del ano, uso de lubricante, reducir número de parejas sexuales, considerar otras prácticas diferentes a la penetración anal...) en atención individualizada³⁶ para aquellos que bajo el discurso de la responsabilidad individual hayan decidido tener PASC con sus parejas sexuales.

Existen algunas limitaciones para la interpretación de estos resultados. A pesar de nuestra intención de conseguir una muestra más diversa en edad y con un tiempo de diagnóstico más reciente, no se pudo acceder a participantes con estas características. La mayor parte de los participantes tuvieron una edad superior a los 40 años, con un tiempo de diagnóstico promedio de nueve años. Los discursos sobre la responsabilidad

podrían ser diferentes dependiendo de la edad y el momento en que conocieron su diagnóstico (muchos años de diagnóstico frente a diagnóstico en los últimos años). Un aspecto con el que hay que tener precaución es que los discursos que se han descrito pueden ser específicos a los HSH VIH-positivos y no similares a los de otros grupos de la población de VIH-positivos.

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 Clínic (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 González), Centro Sanitario Sandoval (Dr. Jorge del Romero-Director y Psic. Daniela Rojas), Apoyo en Positivo (Feren Heras - Coordinador del Programa de Prevención),

Entender en Positivo-Asociación COGAM (Wifer Afonso – Coordinador de GAM). Asimismo, 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 Llull -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.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2012.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. STI and HIV prevention in men who have sex with men in Europe. Stockholm: ECDC; 2013.
3. Beyer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Lancet. 2012; 380(9839): 367-77.
4. Crepaz N, Marks G, Liau 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.
5. 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.
6. 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.

7. Berg RC. Barebacking: a review of the literature. *Arch Sex Behav.* 2009; 38(5): 754-64.
8. 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.
9. Centro Nacional de Epidemiología-Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.
10. Vall-Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. 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. Mirandola M, Folch C, Krampac I, Nita I, Stankova D, et al. HIV bio-behavioural survey among men who have sex with men in Barcelona, Bratislava, Bucharest, Ljubljana, Prague and Verona, 2008-2009. *Euro Surveill.* 2009; 14(48). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19427>
12. Díez M, Oliva J, Sánchez F, Vives N, Cevallos C, Izquierdo A, et al. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. *Gac Sanit* 2012; 26(2): 107-15.
13. Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHsida_Junio2012.pdf
14. Fernández-Dávila P. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres de España. En: *Conductas de riesgo, prueba del VIH y seroestatus en HSH de España*, Berlin: Editorial Académica Española; 2012. p. 39-54.
15. Duffin, S. Serostatus, risk and responsibility. *Social Research.* 2004; 6: 1-2.
16. Dodds C., Keogh P, Weatherburn P. A Telling Dilemma: HIV Disclosure Between Male (Homo) Sexual Partners. London: Sigma Research; 2004.
17. Fernández-Dávila P, Zaragoza Lorca K. Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* 2009; 23(5): 380-7.
18. Charmaz KC. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006. p.224.
19. Wolitski RJ, Bailey CJ, O'Leary A, Gómez CA, Parsons JT; Seropositive Urban Men's Study (SUMS). Self-perceived responsibility of HIV-seropositive men who have sex with men for preventing HIV transmission. *AIDS Behav.* 2003; 7(4): 363-72.
20. Wolitski RJ, Flores SA, O'Leary A, Bimbi DS, Gómez CA. Beliefs about personal and partner responsibility among HIV-seropositive men who have sex with men: measurement and association with transmission risk behavior. *AIDS Behav.* 2007; 11(5): 676-86.
21. Gorbach PM, Weiss RE, Jeffries R, Javanbakht M, Drumright LN, Daar ES, Little SJ. Behaviors of recently HIV-infected men who have sex with men in the year postdiagnosis: effects of drug use and partner types. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011; 56(2): 176-82.
22. Offer C, Grinstead O, Goldstein E, Mamary E, Alvarado N, Euren J. Responsibility for HIV prevention: patterns of attribution among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS Educ Prev.* 2007; 19(1): 24-35.
23. O'Dell BL, Rosser BR, Miner MH, Jacoby SM. HIV prevention altruism and sexual risk behavior in HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2008; 12(5): 713-20.
24. O'Leary A, Horvath KJ, Simon Rosser BR. Associations Between Partner-Venue Specific Personal Responsibility Beliefs and Transmission Risk Behavior by HIV-Positive Men Who Have Sex with Men (MSM). *AIDS Behav.* 2013; 17(5): 1855-61.
25. 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): 139-55.
26. Fernández Dávila P. *Riesgo sexual y significados en hombres que tienen sexo con hombres*. Berlin: Editorial Académica Española; 2011. 126 p.
27. Brennan DJ, Welles SL, Miner MH, et al. HIV treatment optimism and unsafe anal intercourse among HIV-positive men who have sex with men: findings from the positive connections study. *AIDS Educ Prev.* 2010; 22(2): 126-37.
28. 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. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1295/2771>.

29. Auerbach, JD. Principles of Positive Prevention. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004; 37(2), S122-S125.

30. 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.

31. 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.

32. Vernazza P, Hirscheibl B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Schweiz Arzteztg. 2008; 89(5): 165-9.

33. Van Den Boom W, Stolte IG, Witlox R, Sandfort T, Prins M, Davidovich U. Undetectable Viral Load and the Decision to Engage in Unprotected Anal Intercourse Among HIV-Positive MSM. AIDS Behav. 2013; 17(6): 2136-42.

34. 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.

35. The Global Network of People Living with HIV, UNAIDS. Salud, Dignidad y Prevención Positivas: Un marco de políticas. Ámsterdam: GNP+; 2011. 52 p.

36. ACON/Positive Life NSW. Risk Reduction Strategies Gay Men's HIV Prevention 2010-2012. Disponible en: <http://www.acon.org.au/sites/default/files/ACON-Risk-Reduction-Strategies.pdf>