

Fernández-Dávila, Percy; Morales-Carmona, Adriana

“No quiero que me rechacen”: Experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres

Escritos de Psicología - Psychological Writings, vol. 7, núm. 2, mayo-agosto, 2014, pp. 44-55

Universidad de Málaga

Málaga, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271031689006>



*Escritos de Psicología - Psychological Writings*,

ISSN (Versión impresa): 1138-2635

[comitederedaccion@escritosdepsicologia.es](mailto:comitederedaccion@escritosdepsicologia.es)

Universidad de Málaga

España

# “No quiero que me rechacen”: Experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres

## "I don't want to be rejected": Experiences of disclosing HIV-status to the sexual partners of HIV-positive men-who-have- sex-with-men in Spain

Percy Fernández-Dávila <sup>1,2,3</sup> y Adriana Morales-Carmona <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Área de Investigación, Stop Sida, Barcelona, España. <sup>2</sup> Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España. <sup>3</sup> Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Barcelona, España

Disponible online 31 de agosto de 2014

Este estudio busca comprender cómo se gestiona la revelación del estado serológico a las parejas sexuales a partir de las experiencias de un grupo de hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. Asimismo, busca explorar la aceptabilidad de la revelación del seroestatus como estrategia de prevención. 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. El enfoque de la Teoría Fundamentada fue utilizado para analizar los datos. La conducta de revelar el seroestatus a las parejas sexuales no fue usual. Las principales razones para no revelar este dato fueron: tener sexo con condón, miedo a frustrar el encuentro sexual, miedo al rechazo sexual y miedo a ser estigmatizado. Entre quienes revelaron su seroestatus, consideraron para hacerlo: la edad de la pareja sexual, el tipo de pareja sexual y la intensidad del vínculo. La opción de preguntar y/o revelar el seroestatus a las parejas sexuales como una estrategia de prevención, fue rechazada por la mayoría de participantes por considerarla estigmatizante. Fomentar la revelación del seroestatus no sería una estrategia que se pueda implementar en España mientras no se “normalice” en el conjunto de la sociedad la situación de las personas VIH-positivas.

Palabras clave: Revelación del Seroestatus del VIH; VIH-positivos; Hombres que tienen sexo con hombres; Conductas Sexuales de riesgo; Prevención Secundaria; Investigación Cualitativa.

This study investigated how a group of HIV-positive men-who-have-sex-with-men manage the disclosure of HIV status to their sexual partners, and also explored the acceptability of serostatus disclosure as a prevention strategy. A qualitative study was conducted in Barcelona, Madrid, and Palma de Mallorca with 78 men (aged 27-65). In total, 35 men were interviewed individually and 43 men took part in five discussion groups. The grounded theory approach was used to analyse the data. Disclosure of HIV-status to sexual partners, regardless of condom use, was uncommon among the participants. The main reasons for not disclosing were: having sex with condom, fear of ruining the sexual encounter, fear of sexual rejection, and fear of being stigmatized. Among those who disclosed their serostatus, certain considerations were taken into account when taking the decision to do so: the age of the sexual partner, the type of sexual partner, and the intensity of the bond. Asking about and/or disclosing HIV status to sexual partners as a prevention strategy was rejected by most participants as stigmatizing. The promotion of disclosing HIV serostatus is not a strategy that can be implemented in Spain while the situation of people living with HIV remains non-normalized throughout Spanish society.

Key words: HIV Disclosure; HIV-positive; MSM; Sexual Risk Behaviour; Secondary Prevention; Qualitative Research.

---

Correspondencia: Percy Fernández Dávila. Calle Diputación 183-185, entlo 2º, 08011, Barcelona. Tlf. 676204711. E-mail: percy@stopsidea.org. E-mail de la co-autora: Adriana Morales-Carmona: adriana@stopsidea.org

Agradecimientos: A Kati Zaragoza, por su gestión logística y asesoría. A Pablo Nicolás Zaragoza por la corrección de estilo del artículo. A las asociaciones COGAM (Madrid) y BEN AMICS (Palma de Mallorca) por todas las facilidades, así como a Alberto Martín-Pérez y Enrique Bravo Freire coordinadores del estudio en cada ciudad, respectivamente. En Barcelona: Hospital Vall d'Hebron, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Hospital Clinic, Hospital del Mar, Hospital de Sant Pau, Asociación Ciudadana Antisida de Catalunya, Asociación ACTUA, Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. En Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro Sanitario Sandoval, Apoyo en Positivo, Entender en Positivo (COGAM), Programa de Información y Atención a Homosexuales y Transexuales de la Comunidad de Madrid. Asimismo, a la FELGTB, a Juan Rico, Tomás Hernández, José Ángel García, Laura Moratilla y Carlos Cevallos de la Comunidad de Madrid. En Palma de Mallorca: Hospital Universitario Son Dureta, Hospital Son Llatzer, Asociación Alas y a Miguel Ángel Camacho de Ben Amics. Finalmente, a todos los hombres que tienen el VIH que participaron en este estudio y que nos ayudaron a contactar con otros participantes.

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

En la última década se ha venido produciendo una serie de cambios en el comportamiento y cuidado sexual de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de muchos países, lo cual plantea una serie de reelaboraciones con respecto al significado del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). A pesar de que los HSH hacen mayor uso del condón si lo comparamos con la población general masculina (Fernández-Dávila, 2012a; Instituto Nacional de Estadística, 2006), es el colectivo que más está siendo afectado por la epidemia del VIH. La vulnerabilidad biológica debida a la práctica de la penetración anal explica una gran parte del impacto desigual de la infección por el VIH observada entre los HSH y la población heterosexual. Los estudios epidemiológicos indican un incremento de la penetración anal sin condón y de la prevalencia del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que ha sido descrito como una epidemia reemergente (Sullivan et al., 2012). De un control de la transmisión del VIH entre HSH hasta mediados de los años noventa, se ha pasado a una tendencia creciente de la prevalencia e incidencia del VIH después de la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad en 1996. Por ejemplo, en Barcelona, la prevalencia del VIH entre HSH pasó de 14,2% en 1995 a 20,4% en 2008 (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya, 2011). También se han descrito altas tasas de penetración anal sin condón entre los HSH VIH-positivos (Crepaz et al., 2009; van Kesteren, Hoppers y Kok, 2007), siendo incluso mayores en comparación con los que son VIH-negativos o de seroestatus desconocido (Fernández-Dávila, Folch, Ferrer, et al., 2011; Fernández-Dávila, 2012b).

En algunos países con una alta renta per cápita, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la prevención del VIH han animado a las personas que viven con el VIH a considerar su situación cuidadosamente y revelar su seroestatus a sus parejas sexuales, porque parten de la idea de que revelarlo trae consigo la realización de conductas sexuales más seguras (Bird y Voisin, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 2003; Pinkerton y Galletly, 2007). Durante la práctica sexual y en ausencia de tal información, las personas VIH-negativas carecen de la habilidad para tomar decisiones completamente informadas sobre el nivel de riesgo al que se pueden exponer. Sin embargo, la relación entre la revelación del seroestatus y la conducta sexual de riesgo ha sido inconsistente a través de diferentes estudios (Edwards-Jackson et al., 2012; Simoni y Pantalone, 2004), incluso hay autores que la consideran una estrategia inefectiva (Sheon y Crosby, 2004).

Entre los HSH VIH-positivos se ha encontrado que la revelación del seroestatus a las parejas sexuales es más baja que entre la población heterosexual y más baja entre personas con solo parejas sexuales ocasionales que con pareja estable o ambas (ocasional y estable) (Hirsch-Allen et al., 2014; Przybyla, Golin, Widman, Grodensky, Earp y Suchindran, 2013). También algunos estudios han encontrado que la discusión del

seroestatus del VIH entre parejas varía en los HSH según su raza u origen (Wei et al., 2011; Winter, Sullivan, Khosropour y Rosenberg, 2012).

Diversas barreras psicosociales, conductuales y legales pueden contribuir a la dificultad de muchas personas VIH-positivas a revelar el seroestatus a sus parejas sexuales. A nivel psicosocial, la principal barrera para revelar el seroestatus es el rechazo y el estigma (Ganable, Carey, Brown, Littlewood, Bostwick y Blair, 2012). A nivel conductual, la comunicación o el intercambio de información personal con una pareja sexual ocasional es bastante escaso entre los HSH (Fernández-Dávila, 2011; Fernández-Dávila, Folch, Zaragoza y Casabona, 2011), lo que hace que la revelación del seroestatus sea aún difícil. A nivel legal, se puede pensar que la penalización de la no revelación del VIH puede ser un elemento disuasorio para tener conductas sexuales de riesgo en los HSH, sin embargo los resultados de algunos estudios apuntan en otra dirección (Horvath, Weinmeyer y Rosser, 2010): la penalización de la no revelación probablemente socavaría los esfuerzos de la prevención del VIH en los HSH (Galletly y Pinkerton, 2006; O'Byrne et al., 2013).

En el contexto español y en el actual estado de la epidemia del VIH entre los HSH, surge la siguiente pregunta: ¿los HSH VIH-positivos tienen el deber de revelar a sus parejas sexuales su seroestatus? Contestar a esta pregunta puede entrar en conflicto entre la postura de los agentes de la salud pública y lo que los propios afectados por el VIH piensan y sienten. En España, la relación entre la revelación del seroestatus y las conductas de transmisión sexual, y las circunstancias que influyen en la revelación son desconocidas entre los HSH VIH-positivos. En este sentido este estudio se planteó como objetivos: (1) describir y analizar las situaciones y circunstancias que pueden llevar (o no) a revelar el estado serológico a las parejas sexuales en un grupo de HSH VIH-positivos; y, (2) explorar la aceptación de la revelación del seroestatus como una estrategia de prevención del VIH entre estos hombres.

## Método

### Participantes

El número total de participantes fue de 78 hombres, de los cuales 35 participaron en entrevistas individuales y 43 en cinco grupos de discusión. Con este número de participantes se garantizó la "saturación teórica" (procedimiento metodológico de la Teoría Fundamentada 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 categorías existentes hayan cesado de emerger; Given, 2008), sin necesidad de llevarla a cabo (Creswell, 2007; Soneira, 2006). El estudio se llevó a cabo en las ciudades de Barcelona (BCN), Madrid (MAD) y Palma de Mallorca (MAL), entre el 2007 y 2008. Los criterios de selección de participantes fueron: ser mayor de 18 años, haberse diagnosticado el VIH por un tiempo mayor a 18 meses

y haber tenido vida sexual activa durante los tres últimos meses previos a la participación del estudio, en el contexto de relaciones de pareja estable y/o encuentros sexuales con parejas ocasionales.

La captación de participantes se hizo a través de diversas fuentes (ver Tabla 1): hospitales, centros de salud, asociaciones de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales o dedicadas a la prevención del VIH, Internet (a través de chats o portales de contacto gay), base de datos de otros estudios, y a través de terceras personas; lo cual permitió la combinación de datos que confirió rigor, amplitud y profundidad a nuestra investigación.

**Tabla 1**

Distribución de los participantes según tipo de entrevista y fuente de captación

Fuentes	Entrevistas individuales			Grupos de discusión			Total
	BCN	MAD	MAL	BCN	MAD	MAL	
Hospitales	8	1	6	5	-	1	21
Centros de salud	-	1	-	-	-	-	1
ONG LGTB	-	4	-	-	3	-	7
ONG HSH VIH-positivo	-	3	-	-	7	-	10
ONG 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

Nota: BCN: Barcelona; MAD: Madrid; MAL: Palma de Mallorca. ONG LGTB: Organización no-gubernamental que trabaja con el colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales. ONG HSH VIH-positivo: Organización no-gubernamental que trabaja con hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. ONG PPVVIH: Organización no-gubernamental que trabaja con personas viviendo con el VIH.

Sobre las características sociodemográficas de los entrevistados individualmente (Tabla 2), sus edades fluctuaron entre 30 y 65 años (edad promedio: 42 años). El 28% fueron extranjeros, principalmente, procedentes de América Latina. Los participantes extranjeros habían estado viviendo en España entre 2 y 25 años (tiempo de residencia medio: 9.3 años). Más de la mitad de los participantes tenía estudios de nivel superior. El 57% tenía un empleo y casi la quinta parte estaba jubilada. La muestra estuvo compuesta en su gran mayoría (91%) por hombres con identidad homosexual o gay. Del total de participantes, el 34% manifestó estar actualmente en una relación de pareja estable. Con respecto a la infección por el VIH, el tiempo de diagnóstico resultó ser entre 1½ y 21 años (tiempo de diagnóstico medio: 9 años). En el 31.4% de los casos (el mayor porcentaje), habían pasado entre 11 y 15 años entre la fecha del diagnóstico y la participación en este estudio. El 86% manifestó estar tanto en tratamiento antirretroviral como con carga viral indetectable. El conteo promedio de células Cúmulo de Diferenciación 4 (CD4) fue de 629 unidades. Cuatro participantes no conocían el conteo de sus CD4.

**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	27.5
Madrid	12	34.3	23	57.5
Palma de Mallorca	11	31.4	7	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				
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	4.0
Empleado	20	57.1	19	8.0
Desempleado	3	8.6	1	76.0
Jubilado	8	22.9	3	12.0
Orientación sexual				
Homosexual o gay	32	91.4		
Bisexual	1	2.9		
"Hombre que siente atracción por hombres"	2	5.7		
Relación de pareja				
Sí	12	34.4		
No	23	65.7		
Tiempo de diagnóstico (años)				
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		

Nota: CD4: Cúmulo de Diferenciación 4

Los datos sobre las características sociodemográficas de los participantes en los grupos de discusión no se pudieron recoger completamente de todos los participantes. Sin embargo, podemos decir que, a partir de los datos disponibles (Tabla 2), el mayor número de participantes en los grupos de discusión corresponde a Madrid. En Palma de Mallorca solo se pudo formar un grupo debido a la dificultad de acceder a esta población. La mayor parte de los hombres nació en una ciudad diferente a la de residencia (49%). Un 18% eran inmigrantes latinoamericanos. El rango de edad de los participantes se encuentra entre los 27 y 63 años (edad media: 40 años). El mayor número de participantes tenía estudios de formación profesional (40%) y tenían un empleo (76%). En cuanto al tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH y la entrevista, éste oscila entre 1 y 20 años (se admitió solo a un participante con un tiempo menor a un año y medio). El tiempo de diagnóstico medio es de 8 años.

### La entrevista

Se realizaron entrevistas individuales y grupos de discusión utilizando guías de entrevista semi-estructurada en profundidad, basadas en un modelo enfocado en la experiencia y el significado (Seidman, 2006). Uno de los objetivos de las guías fue indagar las maneras en que los HSH VIH-positivos sienten y entienden la necesidad (o no) de revelar su estado serológico a sus parejas sexuales.

La guía de entrevista individual exploró 15 temas: diagnóstico del VIH, vivencia por tener el VIH, sexualidad, uso de Internet, relación de pareja estable, prácticas sexuales con la pareja estable, relaciones sexuales con las parejas ocasionales, estrategias de reducción de riesgos, revelación del estado serológico, visión de la responsabilidad, consumo de alcohol y drogas, historia de ITS, tratamiento del VIH, salud mental y necesidades de prevención.

La guía de entrevista grupal fue diseñada a partir de la presentación de ocho historias cortas que relataban la experiencia de un hombre VIH-positivo sobre: vivencia de ser seropositivo, prácticas sexuales con parejas ocasionales, revelación del estado serológico, visión de la responsabilidad, relación de pareja estable, consumo de alcohol y drogas, tratamiento y necesidades de prevención. A partir de cada historia se hacían preguntas que buscaban suscitar la opinión y las experiencias personales de los participantes.

Las guías de entrevista y de los grupos de discusión fueron validadas a través del criterio de jueces expertos y de pruebas piloto (dos entrevistas individuales y un grupo de discusión).

### Procedimiento

El protocolo del estudio y las consideraciones éticas fueron aprobados por la Junta Directiva de la Asociación Stop Sida. Una vez determinados los centros apropiados para captar participantes, se procedió a hacer los respectivos contactos. En el caso de los centros sanitarios, el médico o la enfermera podían

comentar a algunos pacientes, durante su visita médica, la existencia del estudio y preguntarles si estarían dispuestos a participar. Si aceptaban, se les pedía un número de teléfono o una dirección de *e-mail*. Este mismo procedimiento se solicitó en las asociaciones u organizaciones no-gubernamentales (ONGs) con sus usuarios.

En el caso de Internet, se recurrió a dos páginas de contacto gay populares en ese momento en España: Gaydar y Bakala. En una de ellas se creó un perfil y se enviaron mensajes instantáneos a los usuarios de los perfiles que mencionaban tener el VIH. En la otra se colocó un aviso en el tablón de anuncios en el que se describía el estudio.

Asimismo, se enviaron correos electrónicos a los HSH que tenían un anuncio en la sección de contactos de una revista de circulación nacional (Lo+positivo) dirigida a personas que tienen el VIH. También se recurrió a la base de datos de un estudio anterior (el InterSex2006, Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009) en el que se guardó 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 recalcó la confidencialidad, el anonimato y la voluntariedad al participar. Aceptada la participación, se fijó una reunión. El día de la entrevista y de los grupos de discusión, se solicitó la firma de un consentimiento informado escrito. A todos se les entregó un incentivo de 25 euros por participar.

Al final de las entrevistas y de los grupos se pedía a los participantes invitar, si conocían, a otros HSH VIH-positivos para participar también en el estudio. A los que se ofrecían a hacerlo, se les entregaba una tarjeta con datos del investigador para que los “invitados” se pudieran poner en contacto con él.

Las entrevistas individuales tuvieron una duración media 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 coordinados por ambos investigadores. Tanto las entrevistas como los grupos fueron realizados en el local institucional de cada una de las asociaciones de cada ciudad implicadas en el estudio. A los casetes 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. Para el análisis de las entrevistas y los grupos de discusión se utilizó el enfoque de la Teoría Fundamentada. La Teoría Fundamentada (que significa la generación de teoría fundamentada en datos) es un procedimiento analítico, específico e inductivo, creado con el propósito de generar conceptos y teoría a partir de datos

cualitativos dentro del marco del construccionismo social (Charmaz, 2005). La Teoría Fundamentada es útil para estudiar procesos individuales, relaciones interpersonales y procesos sociales más amplios (Charmaz, 2008).

El programa de análisis cualitativo Atlas-ti® fue utilizado para analizar los datos. El Atlas-ti® fue esencial en su función de permitir al investigador moverse entre los códigos y los datos originales. Este *software* permitió 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. Durante y después de la codificación abierta, se elaboraron “memos” breves con el objetivo de esbozar posibles relaciones entre códigos, hacer interpretaciones, servir de apoyo en la siguiente fase del análisis e informar, si la hubiera, de 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 aparecían con baja frecuencia.

La segunda fase del análisis implicó la codificación axial, con la que se buscó establecer relaciones entre los códigos emergentes, incluyendo la organización jerárquica de conceptos para representar diversas relaciones (causalidad, contradicciones, circunstancias relacionadas contextualmente, etc.). 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 de cómo los temas, representados en los códigos, intervienen y se relacionan entre sí.

En la tercera etapa del análisis, la codificación selectiva, a través de un proceso de reducción de códigos, permitió identificar una categoría central y seleccionar aquellas otras categorías que aparecieron conectadas con ésta. Esto permitió a los investigadores organizar los relatos en torno a un gran tema (por ejemplo, a quiénes y por qué revelar). Así, fueron cinco categorías de códigos las que nos permitieron construir el significado que representa para los HSH VIH-positivos la revelación del estado serológico a las parejas sexuales: preguntar por el estado serológico, ser preguntado por el estado serológico, el conocimiento del estado serológico de las parejas sexuales con las que se tuvo sexo sin condón, la comunicación espontánea del seroestatus a las parejas sexuales y la opinión sobre preguntar o revelar el estado serológico.

### Resultados

Un tema muy presente en la narración de los entrevistados sobre su vivencia de tener el VIH fue la necesidad de revelar o no su estado serológico a las parejas sexuales. Para explorar cómo los HSH VIH-positivos gestionan la revelación de su seroestatus, indagamos en sus experiencias relacionadas con este tema.

#### “No quiero preguntar ni que me pregunten por mi seroestatus”

La mayoría de los participantes señaló que discutir sobre el estado serológico no es una conducta usual que ocurra con las parejas sexuales. En un encuentro sexual ocasional ellos no lo suelen preguntar, así como prefieren que a ellos no se les pregunte. El principal motivo por el cual prefieren no comunicar su seroestatus es que no creen necesario hacerlo si se utiliza condón en las relaciones sexuales.

*Una cosa sobre la que se ha escrito mucho en el foro [por Internet] es si conviene decir a tus parejas ocasionales que eres seropositivo, y yo siempre digo que si se utiliza el preservativo de forma sistemática [...] es porque sabes que te estás arriesgando a algo, entonces hay que usarlo siempre, yo siempre lo planteo así [...] porque el uso del condón ya lleva implícito todo.* MAD05, 39 años, Tiempo de diagnóstico (TD): 2 años

*Respondiente (R) 3: De lo que tienes que partir es de que desde un principio tú vas a tener tus precauciones sin que la otra persona te dé más o menos información. Tendría que ser así.*

Grupo de discusión MAD-02

Asimismo, para otros participantes, no se suele dialogar sobre el estado serológico porque hacerlo resultaría un “corte de rollo” o “mata-morbo”, es decir, arruinaría el encuentro sexual.

*No se habla en general. No, ¡imagínate! Sería muy gracioso; estás en un sauna, estás follando y: “¿tú eres seropositivo?”. No, al final no follla nadie.* BCN03, 36 años, TD: 5 años

*R8: Yo creo que sería una especie de “corta rollos” con quien sea, [...] ¿eres positivo, o eres negativo, o eres desconocido?’. Yo creo que plantearlo, yo creo que hoy en la mentalidad española sería un poco un “corta rollos”.*

Grupo de discusión MAD-01

El miedo al rechazo sexual y el estigma fue otro de los motivos por los cuales algunos no revelaron su estado serológico.

*Si me hubiera preguntado [una pareja sexual] quizá lo digo, pero no sé. Me da terror pensar en muchas más personas [que lo sepan], aunque sea una simple relación sexual que tenga que decirlo.* MAL04, 33 años, TD: 13 años

El estrés derivado de la carga sentida por la exigencia de tener que revelar el estado serológico ha llevado a que, por ejemplo, un entrevistado deje de asistir a locales de ocio gay, pues los percibe como “amenazadores” en el sentido de que se siente tentado a tener sexo sin condón y se ve expuesto a que se le pregunte por su estado serológico.



*Eso también me ha hecho como distanciarme un poco ¿no?. Luego viendo lo mío ni me lo preguntan pero como yo ya lo sé, muchas de las relaciones que había tenido hasta ese momento, me he ido distanciando de una serie de situaciones y ambientes que eran más comprometidos. BCN05, 49 años, TD: 12 años*

A pesar de que muchos expresaron una fuerte conciencia preventiva, algunas veces tuvieron “resbalones” o “deslices” con respecto al sexo seguro. En situaciones descritas como de intensa “calentura” sexual, pensar en temas de riesgo o prevención fue bastante difícil por lo que la revelación ni siquiera fue considerada en esos momentos.

*No fui capaz de decirle: oye, hay que usar condón o esto no deberíamos hacerlo. Es curioso, porque estas cosas que está haciendo uno, uno está pensando que no debería de estar haciendo lo que estoy haciendo ¿no? Claro, cuando estás caliente no se piensa y un poco esto, una mezcla de cosas. [...] La verdad que no se lo pregunté cuando tuve sexo sin condón. BCN03, 36 años, TD: 5 años*

Ser preguntados por el estado serológico también fue descrito como muy poco frecuente. Según los entrevistados, a veces las parejas sexuales asumen que son VIH-negativos guiándose por la imagen física internalizada que tienen de las personas VIH-positivas (por ejemplo, hombres con lipodistrofia). En este sentido, un entrevistado comentó que como tiene un cuerpo musculado, sus parejas sexuales no intuyen que pueda tener el VIH.

*Es que no tengo aspecto, me dicen. No tengo lipodistrofia, nunca me lo han preguntado. Siempre he estado muy por encima de tener una masa muscular, todo el cuerpo mío es puro músculo. Son treinta años de hacer deporte. MAD02, 41 años, TD: 8 años*

En las ocasiones en que algunos participantes fueron preguntados por su estado serológico, la mayoría de ellos indicó que no fueron sinceros, porque la pregunta les resultó incómoda o molesta. Además piensan que no tienen por qué revelarlo, cuando puede ocurrir que la pareja sexual mienta si ellos también lo preguntaran.

*Me han preguntado si estoy sano, y siempre contesto que sí. [...] Al principio me generaba culpa [...] de estar mintiendo, pero yo siempre recuerdo algo que escuché en uno de los encuentros que planteaban esto [...] Como que si nosotros teníamos sexo con alguien y si no se lo decíamos, de la misma manera el otro podría estar no diciéndonos algo, o sea, de la manera en que nosotros ocultábamos nuestra situación, el que está enfrente también puede estar ocultándola y nosotros no lo sabemos. MAD11, 36 años, TD: 2 años*

*No lo pregunto porque sé que no me contestarían la verdad si hay una pregunta que molesta [...]. Molestaría muchísimo porque si a mí me lo preguntaran, a mí me incomodaría muchísimo [...]. Yo mentiría, si no le conozco de nada, mentiría. MAD03, 45 años, TD: 4 años*

Otras veces, cuando se han negado a tener sexo sin condón, ha ocurrido que alguna pareja sexual le ha llegado a preguntar por el seroestatus, pues surge la sospecha de seropositividad.

*A veces la gente va a saco y me da risa porque me preguntan: ‘ah, ¿por qué esto [sexo sin condón] no?, ¿estás sano?’. Y yo les digo lo mismo, ‘venga, ¿estás sano tú?’. Entonces ante una pregunta de esas no le voy a decir nada. ¡Claro que estoy sano! O sea, para mí aunque sea seropositivo estoy sano. MAD09, 39 años, TD: 18 años*

### ¿A quiénes y por qué revelarlo?

Muy pocos entrevistados señalaron haber revelado su estado serológico a todas sus parejas sexuales. Uno de los principales motivos para revelarlo fue un sentido de responsabilidad personal.

*Yo he dicho siempre que soy seropositivo, desde el principio y con gente que quería tener sexo sin condón. [...] Yo decía que era seropositivo. La otra persona, si era seropositivo o no lo era, a mí no me lo dijo, me dio a entender que no era seropositivo. Yo voy con sinceridad por el mundo, ¿no? O sea, yo no voy escondiéndome, tengo que ser consciente y coherente conmigo mismo. Si no le interesa a una persona, no le interesa y punto, yo no voy pidiendo caridad. BCN02, 52 años, TD: 15 años*

Entre los que lo han revelado alguna vez, algunos de ellos mencionaron que lo hicieron por el tipo de vínculo que mantenían con sus parejas sexuales. Si existe un vínculo afectivo en la relación, se sienten en la obligación de revelar su seroestatus, sobre todo con las parejas sexuales que perciben pueden llegar a ser una potencial relación estable.

*Si tú quieres una pareja [estable], lo único que puedes hacer es contarlo. Puedes no contarlo, pero a mí no me parece correcto. [...] A una persona que tú consideres que va a ser una historia más allá de un polvo, si realmente ves que hay emoción, sentimiento, algo más importante, a mí me hace dudar. Por respeto, por cariño. BCN03, 36 años, TD: 5 años*

*RI: A una persona que valga la pena se lo digo. Si pasa algo una segunda vez sí se lo confieso. Grupo de discusión MAL01*

La confianza sentida hacia una pareja sexual fue descrita como un elemento que puede otorgar seguridad para animarse a revelar el estado serológico, con el fin de tener sexo sin condón y permitir a ambos decidir hacerlo o no.

R9: *Depende de si la persona les da confianza o no. O sea, entonces yo siempre digo antes a algunas personas: mira, ¿sí o no?*

R1: *Pero ¿en qué se basa la confianza?*

R9: *La confianza también es que tengas mutua, decir: 'mira, yo te muestro, ¿tú tienes algún problema?', '¿estás controlado?', para saber qué riesgos y decidir qué riesgo quiero yo asumir...*

Grupo de discusión BCN-02

En cambio, con las parejas sexuales ocasionales muchos refirieron que no se sienten con la confianza y el deber de revelar su estado serológico porque no les une ningún tipo de vínculo emocional.

R12: *Si llegara a tener una relación de riesgo, yo he tomado la determinación de, si yo a la otra persona jamás la vuelvo a ver, no decir absolutamente nada de mi seroestatus, yo antes lo hacía y resultó bastante estresante, a veces traumático.*

Grupo de discusión MAD-01

Otros consideran la edad de las parejas sexuales para revelar su estado serológico, señalando que si éstas son jóvenes, les comunicarían su situación, por percibir que se trata de un grupo desinformado.

R2: *Yo he estado hablando con gente que sí, que está infectada también y me comenta: 'yo por ejemplo si estoy con un chico joven y quiere hacerlo sin protección, yo le aviso que yo soy tal y cual, si es ya una persona mayor, de mi edad que supuestamente tiene que estar informado, no le digo nada, allá él'.*

Grupo de discusión MAD-02

Al explorar la reacción de las parejas sexuales cuando los entrevistados llegaron a revelar su seroestatus, algunos manifestaron que generalmente la reacción fue de miedo, lo que hizo interrumpir el acto sexual o dejaron de mantener contacto posterior con ellos.

*Unos se quedan así como de piedra, un poco; y otros me dicen '¡oh! ¡jo!, me quito el sombrero, qué cojones tienes de contármelo'. Pero luego desaparecen, la relación sexual se acaba, no se sigue adelante en la relación, se cagan de miedo, pensando en eso, se activa el miedo. BCN03, 36 años, TD: 5 años*

R6: *Resulta que estuve viendo a un chico que está súper informado y, claro, tuve que empezar con eso de contárselo bastante pronto y, no es que salió huyendo en ese momento, pero no tardó mucho.*

Grupo de discusión MAD-01

Las reacciones de miedo o de abandono de algunas parejas sexuales han llevado a que algunos decidan no volver a revelarlo a nadie más.

R7: *Yo dejé de decírselo a los ligues de dos semanas, tres semanas. A la tercera vez que me dijeron "me gustas mucho, pero me da mucho miedo"; a la tercera vez dije: se acabó, yo me pongo mi goma y que cada uno se cuide de sí mismo como yo me cuido de mí mismo.*

Grupo de discusión MAL-01

### ¿La revelación del estado serológico como estrategia de prevención?

Cuando se exploró la conveniencia de revelar el estado serológico a las parejas sexuales antes de tener relaciones sexuales como una forma de fomentar la prevención y el cuidado sexual, algunos entrevistados respondieron que no lo veían apropiado por miedo al rechazo sexual y porque esa información podría ser utilizada por otros con la intención de perjudicarlos.

R1: *Yo lo veo que no tendría ningún éxito esa campaña, porque es lo que yo he dicho. Si en vez de las mujeres indias, que les ponen un lunar aquí, a nosotros nos ponen un positivo aquí, vamos por la calle así y...*

Grupo de discusión MAD-02

*Yo no lo creo. No por un tema de egoísmo. A ver, supongo un poco por el miedo al rechazo, puede ser. Y segundo, eso se puede utilizar en tu contra, siempre, y por eso tienes que ser muy cauteloso porque puede hacer mucho daño y es un daño bastante gratuito. BCN01, 30 años, TD: 2 años*

Algunos entrevistados, conociendo que en algunos países anglosajones se utiliza la estrategia de revelar el seroestatus a todas las parejas sexuales como una forma de prevención, señalaron que en España este tipo de estrategia de prevención entre los HSH no funcionaría porque sienten que vivir con el VIH es una información personal, íntima y privada que no tienen por qué revelar a parejas sexuales que, en su gran mayoría, no conocen de nada.

*Yo sé que los americanos lo hacen todo el tiempo. Es como que lo han incorporado a su, digamos, a su código, a su "speech", a su diálogo corriente, normal. Es como: ¿tomas vino?, ¿fumas?, ¿sos HIV positivo?, ¿qué tal tu situación?. Me resulta muy invasivo eso. [...] Como si fuera una pregunta corriente, por un lado perfecto, está bien, lo toman de manera normal, pero por el otro no sé, es como decirte qué sexo te gusta. MAD11, 36 años, TD: 2 años*

R2: *Depende de lo que tengas con esa persona, por lo tanto no tienes por qué revelarlo a un desconocido, porque a lo mejor a esa persona nunca te la vas a volver a encontrar en tu vida.*

R4: *Al decirlo en una relación sexual, estoy exponiendo un lado íntimo de mi vida... No tengo por qué decirlo porque no te conozco, a lo mejor eres un hijo de puta de mierda.*

Grupo de discusión MAL-01.



Fueron pocos los entrevistados que opinaron que la opción de preguntar o ser preguntado por el estado serológico antes de tener relaciones sexuales pudiera ser una manera de fomentar más conciencia sobre el cuidado y la prevención.

*No sé si no somos concientes o no nos damos cuenta de lo que hay en juego y que es un tema serio. Mucha gente no pregunta, o sea parece que la vía de preguntar “¿eres seropositivo?”... Ya no por decir “ah, entonces no me acuerdo contigo”. ¡No! ¡no!, sino “ah, entonces tomemos precauciones”, que de todas maneras hay que tomarlas, ya no solamente es el VIH el que está por ahí, ¿no? Hay un montón de posibles enfermedades. BCN08, 34 años, TD: 2 años*

Un entrevistado añadió que revelar el seroestatus a una pareja sexual podría darle a él valor añadido, como calidad de persona, por la honestidad y “valentía” en hacerlo.

*Si una persona te dice que lo folle sin preservativo, le diría, ‘mira, eso no deberías pedirselo a nadie y menos en mi caso porque yo soy seropositivo’. Eso lo diría, ¿no?. Quedaría como un caballero y punto. ‘Yo no follo sin preservativo’, ‘¿Por qué?’, ‘Porque yo soy seropositivo, y tú no sabes con quién te puedes topar’. Sería algo así. MAD02, 41 años, TD: 8 años*

Al parecer, el éxito de esta estrategia como una forma de prevención, dependerá de la normalización social del VIH.

*R10: Yo, que lo cojo [la propuesta] con pestillo, ¿eh?, a mí me parece que si [...] te preguntan, “¿estás limpio?”, primero tendría que haber una conciencia sobre el VIH mucho mayor que la que hay ahora.*

Grupo de discusión MAD-01

*R2: Yo creo que no [funcionaría]...*

*R3: Es que es discriminar a la otra persona.*

*R4: Yo creo que tiene que haber un poquito más de información entre la gente, tanto homosexual como heterosexual, tiene que haber más campañas de información de que la enfermedad no es, bueno, es una enfermedad mortal, pero no es una enfermedad contagiosa como la han querido ver algunas personas o algún segmento de la población. Entre contagiar e infectar son cosas muy distintas, porque la gente dice contagiar; es como decir que tiene uno lepra...*

Grupo de discusión MAD-02

### Discusión

La revelación del estado serológico a las parejas sexuales fue una preocupación importante entre los participantes de este estudio. Esta preocupación en la vida sexual de estos hombres ha sido igualmente encontrada en estudios de otros países (Driskell, Salomón, Mayer, Capistrant y Safren, 2008; Weatherburn et al., 2009).

Los resultados de este estudio indican que durante un encuentro sexual la revelación del seroestatus es muy poco

frecuente entre los HSH VIH-positivos. Al parecer, independientemente del seroestatus (sea éste positivo o negativo), en el conjunto de los HSH en España, la revelación no suele ocurrir en un contexto sexual (Fernández-Dávila, Folch, Zaragoza et al., 2011; Fernández-Dávila, 2011).

Los motivos señalados por los participantes para no revelar esta información también han sido descritos en otras investigaciones (Driskell et al., 2008; Przybyla et al., 2013). La mayor parte de los participantes mencionaron el uso del condón con sus parejas sexuales, lo cual fue suficiente para no tener la necesidad de revelar su seroestatus. Esta conciencia preventiva se relaciona con el sentido de responsabilidad sexual descrita como “responsabilidad única” (Fernández-Dávila y Morales, 2013), por la cual los VIH-positivos se sienten con el deber de proteger a sus parejas sexuales y no infectarlas. Para ellos el uso del condón es suficiente y no hay necesidad de revelar información personal, que pueden considerar de índole privada. De ahí que cuando se les pregunta, esta situación es vivida como incómoda o violenta.

Al existir una alta conciencia preventiva cuando se tienen relaciones sexuales, la utilidad de la revelación es intrascendente. Es útil en situaciones en las que se quiere o decide no utilizar el condón. La mayor parte de situaciones donde los participantes no hicieron uso del condón fueron descritas como “deslices”, generados por motivos o circunstancias que pueden ser similares a los del resto de los HSH cuando tienen sexo sin condón (Fernández-Dávila, 2009). El problema cuando ocurren estos deslices es que los participantes no encuentran la oportunidad de revelar el seroestatus porque hacerlo estropearía el encuentro sexual. Los HSH VIH-positivos desean distanciarse de cualquier pensamiento o discusión sobre el VIH durante la práctica sexual. La revelación de esta información amenaza la espontaneidad de la situación y arruina el momento sexual.

La no revelación del seroestatus impide los potenciales beneficios protectores de la “seroadaptación” para evitar la transmisión del VIH (Eaton, Kalichman, O’Connell y Karchner, 2009; Philip, Yu, Donnell, Vittinghoff y Buchbinder, 2010). La “seroadaptación” describe un conjunto diverso de conductas que potencialmente reducen el riesgo y que utilizan el seroestatus del VIH para tomar decisiones sexuales (Cassels y Katz, 2013). La “seroadaptación” incluye el “serosorting” (selección de parejas sexuales para tener sexo sin condón con la suposición de tener el mismo estado serológico, o para usar condón con parejas serodiscordantes) y el “seroposicionamiento” (adopción de los roles sexuales insertivo o receptivo durante la penetración anal sin condón, de tal forma que se minimiza el riesgo de transmisión en relaciones serodiscordantes o serodesconocidas), estrategias de reducción de riesgos que utilizan algunos hombres VIH-positivos para gestionar el riesgo sexual y que han sido identificadas en países con altos ingresos (Dubois-Arber, Jeannin, Locicero y Balthasar, 2012; Marcus, Schmidt y Hamouda, 2011; Snowden, Raymond y McFarland, 2011; Velter, Bouyssou, Arnaud y Semaille, 2009). En nuestro contexto, lo que puede haber es “seroguessing” (Zablotska

et al., 2009) en situaciones donde se decide tener sexo sin condón; es decir, cuando el seroestatus de la pareja sexual es una percepción (lo cual lleva a asumir seroconcordancia) más que una realidad. El “seroguessing” lleva más bien a conductas sexuales de riesgo (St De Dore et al., 2012). Muchos HSH hacen inferencias sobre el seroestatus de sus parejas sexuales a través de señales físicas (apariencia física), conductuales (lenguaje no verbal) y factores contextuales (lugar donde ocurre el encuentro sexual). Ante la ausencia de revelación puede haber un “interjuego” de asunciones sobre el estado serológico del otro: si la pareja sexual no quiere usar condón, seguramente es VIH-positiva (porque de otra manera no se expondría al riesgo de infección) y, por lo tanto, no hay necesidad de revelar el seroestatus.

El rechazo sexual y social es también un motivo para no revelar el seroestatus. Esto concuerda con algunos estudios que sostienen que los hombres que perciben más estigma relacionado con el VIH tienen menos probabilidad de revelar su seroestatus a las parejas sexuales (Mahajan et al., 2008; Przybyla et al., 2013). Desde la finalización del estudio hasta la actualidad, las actitudes hacia las personas VIH-positivas entre HSH pueden haber cambiado, debido a las noticias positivas sobre el impacto del tratamiento en la calidad de vida de las personas afectadas, por lo que se hace necesario seguir explorando la relación del estigma con la vivencia de la sexualidad y las conductas de riesgo.

La propia revelación puede estar condicionada por la revelación de la pareja sexual (Holt, Rawstorne, Worth, Bittman, Wilkinson y Kippax, 2011; Wei, Lim, Guadamuz y Koe, 2012). En nuestro estudio, los participantes no se atreven a preguntar, porque preguntarlo puede llevar a que se lo pregunten y no quieren verse expuestos a revelarlo o, peor aún, a mentir. Fueron muy pocos los que lo revelaron y fueron muy pocas las situaciones o circunstancias por las cuales decidieron hacerlo si se las compara con las diversas estrategias de revelación que utilizan HSH VIH-positivos de otros países donde la revelación es más frecuente (Serovich, Oliver, Smith y Mason, 2005).

La probabilidad de revelar el seroestatus es mucho más escasa si se trata de parejas sexuales ocasionales, anónimas o casuales, lo cual también se ha observado en otros estudios (Klitzman et al., 2007; Lunes et al., 2013). A esto se añade que la revelación o su ausencia puede estar influida por el lugar o contexto donde se conoce a la pareja sexual y se tiene sexo (Driskel et al., 2008; McKready y Halkitis, 2008). En locales de ocio donde se practica sexo, la revelación suele ser casi nula. Contrariamente, es más probable que se revele el seroestatus cuando existe ya construido un vínculo especial con la pareja sexual (por ejemplo, un “amigo con derecho a roce” o una pareja sexual frecuente percibida como una potencial pareja estable). Parece ser que éste es un fuerte factor que induce a la revelación (Holt et al., 2011).

Si la intención de revelar esta información es evitar el sexo sin condón, la evidencia actual indica más bien que revelar no

conduce a sexo más seguro (Knox, Reddy, Kaighobadi, Nel y Sandfort, 2013); incluso parece que tiene el efecto contrario: los que revelan terminan teniendo más sexo sin condón (Holt et al., 2011). Informar del seroestatus con la intención de tener sexo sin condón y dejar en el otro la responsabilidad de las consecuencias de su conducta forma parte de un discurso de responsabilidad sexual conocido como “responsabilidad compartida”, el cual ha sido descrito a partir de datos de la población de este mismo estudio pero en otra publicación (Fernández-Dávila y Morales, 2013). Sin embargo, dado que la comunicación es escasa en un encuentro sexual ocasional, la revelación es poco probable.

Si bien el informar del estado serológico puede ser considerado una estrategia de prevención, los resultados de este estudio indican que cualquier intento de animar a los HSH VIH-positivos a revelar su estado serológico en un contexto sexual es inapropiado, ya que perciben que esto los puede llevar a ser estigmatizados. Sin embargo, el beneficio de revelar el seroestatus a las parejas sexuales ocasionales puede ayudar a luchar contra el mismo estigma, al visibilizar la situación de muchos HSH que viven con el VIH (Przybyla et al., 2013) y surgir la posibilidad de crear redes de apoyo social cuando se conocen parejas sexuales del mismo estado serológico. De cualquier forma, creemos que es importante proponer programas que promuevan habilidades para comunicar la seropositividad para aquellos que lo quieran o necesiten, así como la propuesta de acuerdos explícitos sobre el tipo de sexo que se quiere tener con la pareja sexual. Para este fin se pueden utilizar herramientas audiovisuales que han demostrado su eficacia en aumentar la frecuencia de la revelación y reducir el sexo sin condón entre HSH VIH-positivos (Chiasson, Shaw, Humberstone, Hirshfield y Hartel, 2009).

En cualquier programa de prevención del VIH dirigido a los HSH se debe incluir a los hombres VIH-positivos. En general, tanto para VIH-positivos como para VIH-negativos, los mensajes de reducción de riesgo deberían subrayar las limitaciones de confiar en el seroestatus de la pareja sexual para tomar decisiones sobre el riesgo sexual que quieren asumir (Eaton et al., 2009). Asimismo, se deben implementar programas dirigidos a los HSH VIH-positivos para que puedan lidiar con las consecuencias del rechazo social y sexual producto de la revelación, como pueden ser el estigma y sus efectos negativos sobre la autoestima y la confianza personal. Esto puede implicar evidenciar los beneficios de que un hombre VIH-positivo en tratamiento y con carga viral indetectable tenga una baja probabilidad de transmitir el VIH. De esta manera, se pueden desterrar los miedos ocasionados por el desconocimiento de lo que en la actualidad supone tener el VIH, lo que además llevaría a luchar contra el estigma. Asimismo, es necesario un trabajo personal, a través de apoyo psicológico o grupos de auto-ayuda, enfocado a la aceptación de la seropositividad, sobre todo en los HSH VIH-positivos con diagnóstico reciente.

Existen algunas limitaciones para la interpretación de los resultados. A pesar de nuestra intención de conseguir una mues-

tra 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 entrevistados de este estudio tenían una edad superior a los 40 años, con un tiempo de diagnóstico medio de nueve años. Con estas características no pudimos detectar diferencias en la revelación según la edad y el tiempo de diagnóstico. La revelación del seroestatus puede estar relacionada con la asimilación y aceptación de la infección. Es más probable que los que tengan poco tiempo de diagnóstico del VIH tiendan a no revelar su seroestatus a sus parejas sexuales (Lunes et al., 2013). Un aspecto con el que hay que tener precaución es que la gestión de la revelación que se ha descrito aquí puede ser específica de los HSH VIH-positivos, y no extrapolable a otros grupos de la población de VIH-positivos.

Finalmente, futuros estudios deberían centrarse en el análisis de las barreras para la revelación del seroestatus entre los HSH en España y su relación con las conductas sexuales de riesgo, así como el impacto que pueden estar teniendo el uso de las nuevas tecnologías (Internet, móvil) como facilitadores de la revelación entre los HSH VIH-positivos.

#### Referencias

1. Bird, J.D. y Voisin, D.R. (2011). A conceptual model of HIV disclosure in casual sexual encounters among men who have sex with men. *Journal of Health Psychology*, 16, 365-373. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105310379064>
2. Cassels, S. y Katz, D.A. (2013). Seroadaptation among men who have sex with men: emerging research themes. *Current HIV/AIDS Reports*, 10, 305-313. <http://dx.doi.org/10.1007/s11904-013-0188-2>
3. Centers for Disease Control and Prevention (2003). Incorporating HIV prevention into medical care of persons living with HIV. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52, 1-24. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5212a1.htm>
4. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya (CEEISCAT) (2011). *Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica de Sida/VIH/ITS en Cataluña (SIVES 2010). Documento Técnico N° 20*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
5. Charmaz, K.C. (2005). Grounded theory in the 21st century. Applications for advancing social justice studies. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3ª ed., pp. 507-535). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
6. Charmaz, K.C. (2008). Grounded Theory. En J. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods* (2ª ed., pp. 81-110). Londres: Sage Publications.
7. Chiasson, M.A., Shaw, F.S., Humberstone, M., Hirshfield, S. y Hartel, D. (2009). Increased HIV disclosure three months after an online video intervention for men who have sex with men (MSM). *AIDS Care*, 21, 1081-1089. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120902730013>
8. Crepaz, N., Marks, G., Liao, A., Mullins, M.M., Aupont, L.W., Marshall, K.J.,... HIV/AIDS prevention Research Synthesis (PRS) team (2009). Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS*, 23, 1617-1629. <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0b013e32832effae>
9. Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions* (2ª ed.). Thousand Oaks, Ca: Sage.
10. Driskell, J.R., Salomon, E., Mayer, K., Capistrant, B. y Safren, S. (2008). Barriers and facilitators of HIV disclosure: Perspectives from HIV-infected Men Who Have Sex with Men. *Journal of HIV/AIDS & Social Service*, 7, 135-156. <http://dx.doi.org/10.1080/15381500802006573>
11. Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Locicero, S. y Balthasar, H. (2012). Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *Archives of Sexual Behaviour*, 41, 1263-1272. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9868-4>
12. Eaton, L.A., Kalichman, S.C., O'Connell, D.A. y Karchner, W.D. (2009). A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care*, 21, 1279-1288. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120902803208>
13. Edwards-Jackson, N., Phanuphak, N., Van Tieu, H., Chomchey, N., Teeratakulpisarn, N., Sathienthamawit, W.,... Ananworanich, J. (2012). HIV serostatus disclosure is not associated with safer sexual behavior among HIV-positive men who have sex with men (MSM) and their partners at risk for infection in Bangkok, Thailand. *AIDS Research and Therapy*, 9, 38. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-6405-9-38>
14. Fernández-Dávila, P. (2009). The non-sexual needs of men that motivate them to engage in high-risk sexual practices with other men. *Forum: Qualitative Social Research*, 10, Art. 21. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1295/2803>
15. Fernández-Dávila, P. y Zaragoza Lorca, K. (2009). Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 23, 380-387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.11.004>
16. Fernández Dávila, P. (2011). *Riesgo sexual y significados en hombres que tienen sexo con hombres*. Berlin: Editorial Académica Española.
17. Fernández-Dávila, P., Folch, C., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (Octubre, 2011). Alta prevalencia de conductas de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres VIH-positivos en España. Comunicación presentada en el congreso SEE-SESPAS 2011, Madrid. Presentación recuperada de [http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/high\\_prevalence\\_of\\_risk\\_behaviours\\_among\\_hiv\\_positive\\_msm\\_in\\_spain.pdf](http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/high_prevalence_of_risk_behaviours_among_hiv_positive_msm_in_spain.pdf)

18. Fernández-Dávila, P., Folch, C., Zaragoza, K. y Casabona, J. (2011). Silence and Assumptions: Narratives on the Disclosure of HIV Status to Casual Sexual Partners and Sero-sorting in a Group of Gay Men in Barcelona. *International Journal of Sexual Health*, 23, 139-155. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2011.574785>
19. Fernández-Dávila, P. (2012a). Conductas sexuales de alto riesgo y prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres de España. En P. Fernández-Dávila (comp.). *Conductas de riesgo, prueba del VIH y seroestatus en HSH de España* (pp. 3-19). Berlin: Editorial Académica Española.
20. Fernández-Dávila, P. (2012b). Conductas sexuales de alto riesgo en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres de España. En P. Fernández-Dávila (comp.). *Conductas de riesgo, prueba del VIH y seroestatus en HSH de España* (pp. 39-54). Berlin: Editorial Académica Española.
21. Fernández-Dávila, P. y Morales Carmona, A. (2013). Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 367-382. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000400007>
22. Galletly, C.L. y Pinkerton, S.D. (2006). Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS and Behavior*, 10, 451-461. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-006-9117-3>
23. Given, L.M. (Ed.). (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods* (2 Vol.). Thousand Oaks, Ca: Sage.
24. Hirsch-Allen, A.J., Forrest, J.I., Kanters, S., O'Brien, N., Salters, K.A., McCandless, L.,... Hogg, R.S. (2014). Factors associated with disclosure of HIV status among a cohort of individuals on antiretroviral therapy in British Columbia, Canada. *AIDS and Behavior*, 18, 1014-1026. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0623-9>
25. Holt, M., Rawstorne, P., Worth, H., Bittman, M., Wilkinson, J., y Kippax, S. (2011). Predictors of HIV disclosure among untested, HIV-negative and HIV-positive Australian men who had anal intercourse with their most recent casual male sex partner. *AIDS and Behavior*, 15, 1128-1139. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-009-9645-8>
26. Horvath, K.J., Weinmeyer, R., y Rosser, S. (2010). Should it be illegal for HIV-positive persons to have unprotected sex without disclosure? An examination of attitudes among US men who have sex with men and the impact of state law. *AIDS Care*, 22, 1221-1228. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121003668078>
27. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2006). *Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003. Informe general*. Madrid: INE y Ministerio de Sanidad y Consumo.
28. Klitzman, R., Exner, T., Correale, J., Kirshenbaum, S.B., Remien, R., Ehrhardt, A.A.,... Charlebois, E. (2007). It's not just what you say: relationships of HIV disclosure and risk reduction among MSM in the post-HAART era. *AIDS Care*, 19, 749-756. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120600983971>
29. Knox, J., Reddy, V., Kaighobadi, F., Nel, D. y Sandfort, T. (2013). Communicating HIV status in sexual interactions: assessing social cognitive constructs, situational factors, and individual characteristics among South African MSM. *AIDS and Behavior*, 17, 350-359. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0337-4>
30. Lunze, K., Cheng, D.M., Quinn, E., Krupitsky, E., Raj, A., Walley, A.Y.,... Samet, J.H. (2013). Nondisclosure of HIV infection to sex partners and alcohol's role: a Russian experience. *AIDS and Behavior*, 17, 390-398. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0216-z>
31. Mahajan, A.P., Sayles, J.N., Patel, V.A., Remien, R.H., Ortiz, D., Szekeres, G.,... Coates, T.J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(Suppl 2), S67-S79. <http://dx.doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>
32. Marcus, U., Schmidt, A.J. y Hamouda, O. (2011). HIV serosorting among HIV-positive men who have sex with men is associated with increased self-reported incidence of bacterial sexually transmissible infections. *Sexual Health*, 8, 184-193. <http://dx.doi.org/10.1071/SH10053>
33. McCready, K.C. y Halkitis, P.N. (2008). HIV serostatus disclosure to sexual partners among HIV-positive methamphetamine-using gay, bisexual, and other men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 20, 15-29. <http://dx.doi.org/10.1521/aeap.2008.20.1.15>
34. O'Byrne, P., Willmore, J., Bryan, A., Friedman, D.S., Hendriks, A., Horvath, C.,... Etches, V. (2013). Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: examining HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada. *BMC Public Health*, 13, 94. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-94>
35. Philip, S.S., Yu, X., Donnell, D., Vittinghoff, E. y Buchbinder, S. (2010). Serosorting is associated with a decreased risk of HIV seroconversion in the EXPLORE Study Cohort. *PLoS One*, 5, pii: e12662. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0012662>
36. Pinkerton, S.D. y Galletly, C.L. (2007). Reducing HIV Transmission Risk by Increasing Serostatus Disclosure: A Mathematical Modeling Analysis. *AIDS and Behavior*, 11, 698-705. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-006-9187-2>
37. Przybyla, S.M., Golin, C.E., Widman, L., Grodensky, C.A., Earp, J.A. y Suchindran, C. (2013). Serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV: examining the roles of partner characteristics and stigma. *AIDS Care*, 25, 566-572. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2012.722601>
38. Seidman, I (2006). *Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in Education and the social sciences*



- (3ª ed.). New York: Teachers College Press.
39. Serovich, J.M., Oliver, D.G., Smith, S.A. y Mason, T.L. (2005). Methods of HIV disclosure by men who have sex with men to casual sexual partners. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 823-832. <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2005.19.823>
  40. Sheon, N. y Crosby, M.G. (2004). Ambivalent tales of HIV disclosure in San Francisco. *Social Science & Medicine*, 58, 2105-2118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2003.08.026>
  41. Simoni, J.M. y Pantalone, D.D. (2004). Secrets and safety in the age of AIDS: Does HIV disclosure lead to safer sex? *International AIDS Society-USA*, 12, 109-118. Recuperado de <http://www.iasusa.org/sites/default/files/tam/12-4-109.pdf>
  42. Snowden, J.M., Raymond, H.F. y McFarland, W. (2011). Seroadaptive behaviours among men who have sex with men in San Francisco: the situation in 2008. *Sexually Transmitted Infections*, 87, 162-164. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2010.042986>
  43. Soneira, A.J. (2006). La “teoría fundamentada en los datos” (grounded theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173). Barcelona: Gedisa.
  44. St De Lore, J., Thiede, H., Cheadle, A., Goldbaum, G., Carey, J.W., Hutcheson, R.E., ... Golden, M.R. (2012). HIV disclosure and subsequent sexual behaviors among men who have sex with men who meet online. *Journal of Homosexuality*, 59, 592-609. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.665704>
  45. Sullivan, P.S., Carballo-Diéguez, A., Coates, T., Goodreau, S.M., McGowan, I., Sanders, E.J., ... Sanchez, J. (2012). Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *Lancet*, 380, 388-399. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60955-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60955-6)
  46. van Kesteren, N.M., Hospers, H.J. y Kok, G. (2007). Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 65, 5-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.003>
  47. Vanable, P.A., Carey, M.P., Brown, J.L., Littlewood, R.A., Bostwick, R. y Blair, D. (2012). What HIV-positive MSM want from sexual risk reduction interventions: findings from a qualitative study. *AIDS and Behavior*, 16, 554-563. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-011-0047-3>
  48. Velter, A., Bouyssou-Michel, A., Arnaud, A. y Semaille, C. (2009). Do men who have sex with men use serosorting with casual partners in France? Results of a nationwide survey (ANRS-EN17-Pressé Gay 2004). *Euro Surveillance*, 14, pii: 19416. Recuperado de <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19416>
  49. Weatherburn, P., Keogh, P., Reid, D., Dodds, C., Bourne, A., Owuor, J., Hammond, G. y Jessup, K. (2009). *What do you need? 2007-2008. Findings from a national survey of people with diagnosed HIV*. Londres: Sigma Research.
  50. Wei, C., Raymond, H.F., Guadamuz, T.E., Stall, R., Colfax, G.N., Snowden, J.M. y McFarland, W. (2011). Racial/Ethnic differences in seroadaptive and serodisclosure behaviors among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 15, 22-29. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-010-9683-2>
  51. Wei, C., Lim, S.H., Guadamuz, T.E. y Koe, S. (2012). HIV disclosure and sexual transmission behaviors among an Internet sample of HIV-positive men who have sex with men in Asia: implications for prevention with positives. *AIDS and Behavior*, 16, 1970-1978. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-011-0105-x>
  52. Winter, A.K., Sullivan, P.S., Khosropour, C.M. y Rosenberg, E.S. (2012). Discussion of HIV status by serostatus and partnership sexual risk among internet-using MSM in the United States. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 60, 525-529. <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e318257d0ac>
  53. Zablotska, I.B., Imrie, J., Prestage, G., Crawford, J., Rawstorne, P., Grulich, A., ... Kippax, S. (2009). Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing? *AIDS Care*, 21, 501-510. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120802270292>

Fecha de recepción: 25 de noviembre, 2013

Fecha de recepción de la versión modificada: 13 de febrero de 2014

Fecha de aceptación: 23 de junio de 2014