

Estudio de Hábitos Sexuales

en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en la comunidad autónoma de Extremadura

Proyecto: Estudio de Hábito Sexuales en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en la comunidad autónoma de Extremadura. Diciembre de 2021.

Autoría: Abel Pérez Lara y Hugo Alonso Aguilar. Técnicos del área de salud de Fundación Triángulo Extremadura.

Maquetación: Indugrafic Digital.

Este estudio se ha desarrollado en el marco del proyecto “Programa de prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres en la comunidad autónoma de Extremadura”, que financia el Servicio Extremeño de Salud y la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a Fundación Triángulo Extremadura. Se permite la reproducción parcial de sus contenidos siempre que se realice sin ánimo de lucro y se cite correctamente la fuente de procedencia y autoría.

Publicado en Badajoz en diciembre de 2021

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4 - 6
MÉTODO.....	6 - 10
Muestra.....	6 - 8
Instrumento.....	8 - 9
Procedimiento.....	10
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	10 - 35
CONCLUSIONES.....	35 - 38

INTRODUCCIÓN

Fundación Triángulo es una entidad sin ánimo de lucro que nació en España hace 25 años para luchar por la igualdad real y efectiva de las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans. Ha tenido un papel fundamental en la conquista de derechos para el colectivo LGBTI desde entonces y, a día de hoy, tiene representación en varias comunidades autónomas, siendo Extremadura una de las regiones donde tiene mayor implantación y recorrido.

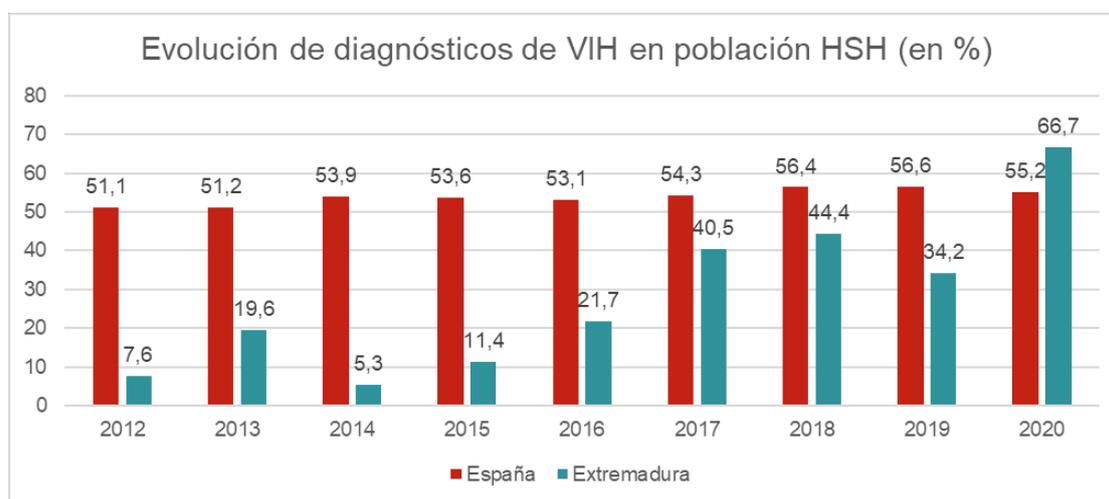
Triángulo Extremadura lleva a cabo diferentes acciones a lo largo del año, entre las que destacan la intervención directa con personas LGBTI y sus familias, las acciones de sensibilización en centros educativos (desde educación infantil a la universidad), la colaboración con el resto de entidades de nuestra región para trabajar la diversidad sexual y de género, la organización de actividades culturales fundamentales para el colectivo LGBTI extremeño (como L@s Palom@s y el FanCineGay: Festival Internacional de Cine LGBT de Extremadura) y las tareas de prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

La entidad lleva desde su nacimiento, allá por 1996, trabajando la prevención del VIH y otras ITS, así como otras cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Esto lo hace a través de diferentes acciones formativas y de sensibilización, utilizando todos los medios y formatos posibles. Destacan, en ese sentido, el uso de redes sociales, la colaboración con los medios de comunicación “tradicionales”, los talleres en centros educativos, las tareas de educación de calle y el reparto de material preventivo e informativo. Además, interviene con personas que conviven con el VIH, sus familias y parejas, acompañando sus procesos vitales y llevando a cabo una tarea de apoyo psicosocial que es fundamental en muchos casos, debido a los problemas que aún existen a nivel social para comunicar que se es portador del VIH.

Desde el año 2007, Triángulo Extremadura cuenta con un proyecto de intervención social dirigido a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH en adelante), por ser uno de los colectivos más vulnerables a la infección por VIH, debido al tipo de prácticas que llevan a cabo. Dicho proyecto cuenta con la financiación del Servicio Extremeño de Salud y la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura y es, precisamente, donde se enmarca el presente estudio.

En los últimos años, se ha producido un importante ascenso de los nuevos diagnósticos de VIH en población HSH en nuestra comunidad autónoma. A nivel nacional, el Informe de vigilancia epidemiológica del Plan Nacional sobre el Sida y el Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII, publicado en noviembre de 2021 (que recoge los datos de 2020), muestra un claro predominio de esta infección en hombres, siendo un 84,3% de la población diagnosticada en 2020. Además, si atendemos al modo de transmisión, encontramos que más de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH dados en España (el 55,2%) son a hombres que tienen sexo con otros hombres. Este dato podría verse incrementado si tenemos en cuenta que, hasta en un 13,6% de los nuevos diagnósticos, no consta el modo de transmisión del virus ¹.

Los datos de Extremadura ponen de manifiesto el esfuerzo de la administración y el trabajo efectuado por los diferentes agentes sociales, ya que la tasa de nuevos diagnósticos por VIH se sitúa entre las más bajas de todo el territorio nacional, con solo 6 positivos en 2020. Esto convierte a Extremadura en la comunidad con menos nuevos positivos ese año. Aunque debemos tener en cuenta que los datos de 2020 no son los más representativos, debido a los efectos a todos los niveles de la pandemia de la COVID-19, oscilando esta cifra entre los 31 y los 72 nuevos diagnósticos en los últimos 16 años. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el porcentaje de nuevos diagnósticos en población HSH no deja de crecer. En el siguiente gráfico, podemos ver dicha evolución, tanto en Extremadura como en el conjunto del país:



Evolución de diagnósticos de VIH en población HSH en España y Extremadura. Porcentaje sobre el total de nuevos diagnósticos. Elaboración propia a partir de los informes epidemiológicos 2013-2021 del Plan Nacional sobre el Sida – Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y el Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII.

¹ Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2020: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida – División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis-DG de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2021.

Debido al incremento porcentual que ha tenido la infección por VIH en los HSH extremeños en los últimos años, se antoja necesario seguir dirigiendo diferentes acciones y campañas específicas a este colectivo. Para ello, debemos tener un conocimiento lo más exhaustivo posible, que incluya cuestiones como: las formas que tienen de relacionarse, las prácticas sexuales que suelen llevar a cabo, las medidas de protección que utilizan, el conocimiento que tienen sobre los diferentes tratamientos relacionados con el VIH, sus experiencias con los diferentes recursos sanitarios y comunitarios y su patrón de consumo de sustancias asociado a la sexualidad.

De esta necesidad y, especialmente, de la falta de literatura científica que aborde la realidad de los HSH extremeños, surge el presente estudio. Somos conscientes de las limitaciones metodológicas que presenta, si bien no pretende ser un estudio científico al respecto. Por lo tanto, debemos ser cautos a la hora de extrapolar las conclusiones del mismo a la población referida. El presente estudio pretende ser una aproximación a la realidad de este colectivo, con el objetivo de mejorar el trabajo que hacemos en Fundación Triángulo Extremadura en materia de prevención de VIH. Además de compartir con el resto de agentes sociales nuestros resultados y conclusiones, por si pudiesen ser de utilidad para otros profesionales que trabajen en la prevención del VIH en Extremadura.

El principal objetivo de este estudio es, por tanto, ofrecer una aproximación lo más exhaustiva posible a los hábitos sexuales de hombres gais, bisexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres en la comunidad autónoma de Extremadura; para adaptar nuestras intervenciones y campañas a las necesidades detectadas y que, de esta manera, esto repercuta positivamente en la salud sexual de este colectivo.

MÉTODO

MUESTRA

En el estudio participaron 262 hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, de los cuales 233 manifestaron residir en Extremadura. Éstos últimos son los que se han tenido en cuenta en el análisis de los resultados por dos motivos: el primero es dejar fuera los HSH de otras comunidades autónomas, debido a que la población que se pretendía analizar era la de los HSH que residen en Extremadura exclusivamente; y, en segundo lugar, porque queríamos excluir

a los HSH que, si bien son originarios de alguna localidad extremeña, a día de hoy residen en otra comunidad, lo que podría alterar los resultados.

Es evidente que los hábitos sexuales y las formas de relacionarse cambian sensiblemente en función del contexto, por lo que un extremeño que ahora resida en alguna ciudad grande, como Madrid o Barcelona, ha podido ver modificada, en parte, su forma de relacionarse con otros hombres. Además, pretendíamos analizar algunas realidades emergentes en nuestra comunidad, como las *chemsex* (sesiones de drogas y sexo en grupo), que llevan años implantadas en las grandes urbes, por lo que fue necesario hacer esta exclusión.

De los 233 participantes que conforman la muestra, 8 de ellos eran hombres trans, lo que supone un 3,4% del total, y 225 eran hombres cis, lo que supone el 96,6%. En relación a su orientación sexual, 196 se definían como homosexuales (84,1%), 30 de ellos como bisexuales (12,9%) y 7 como heterosexuales que mantienen relaciones sexuales esporádicas con otros hombres (3%). Estos datos nos muestran la importancia de utilizar términos más inclusivos al estudiar estos fenómenos, como “hombre que tiene sexo con otros hombres”, ya que no todos los HSH se definen como homosexuales.

En relación a la edad, se crearon tramos de 10 años que comenzaban a los 16, edad que marca nuestro ordenamiento jurídico para el inicio de las relaciones sexuales consentidas. Conseguimos representación de todos los tramos, salvo del último: el de los mayores de 65 años. En concreto, la distribución de participantes quedó de la siguiente manera:

Tramo de edad	Nº participantes	Porcentaje del total
16 – 25 años	67	28,8%
26 – 35 años	82	35,2%
36 – 45 años	56	24%
46 – 55 años	22	9,4%
56 – 65 años	6	2,6%
Más de 65 años	0	0
TOTAL	233	100%

En relación al nivel académico, solo 3 participantes (el 1,3%) carecían de estudios, 26 de ellos (el 11,2%) habían superado la enseñanza obligatoria, 68 habían superado bachillerato o alguna formación profesional (el 29,2%) y 136 contaban con estudios universitarios o posuniversitarios (el 58,4% del total).

Si atendemos al número de habitantes de los municipios en los que residen los participantes en el estudio, encontramos que 24 de ellos lo hacen en localidades de menos de 2.000 habitantes (el 14,6%), 49 de ellos en localidades que tienen entre 2.000 y 10.000 habitantes (el 21%), 67 de ellos en localidades que tienen entre 10.000 y 90.000 habitantes (el 28,8%) y 83 de ellos en localidades de más de 90.000 habitantes (el 35,6% del total). Se decidió realizar esta división siguiendo la clasificación del Instituto Nacional de Estadística (INE), que distingue entre entidades rurales (menos de 2.000 habitantes), entidades intermedias (entre 2.000 y 10.000 habitantes) y entidades urbanas (más de 10.000 habitantes). La incorporación de la categoría “más de 90.000 habitantes” se llevó a cabo para comprobar cuántos residentes en Badajoz y Cáceres, las dos capitales de provincia y ciudades más pobladas de Extremadura, participaban en el estudio. Los porcentajes del estudio, si bien tienen un ligero sesgo hacia las localidades más pobladas, se acercan a los de la población extremeña y nos ofrecen una visión bastante completa de la realidad de nuestra comunidad.

Por último, en relación a la situación sexoafectiva, nos encontramos con una situación muy variada: 31 participantes en el estudio (el 13,3%) manifestaron estar solteros y no mantener relaciones sexuales en la actualidad, 93 (el 39,9%) manifestaron estar solteros y mantener relaciones sexuales esporádicas, 37 (el 15,9%) manifestaron estar solteros y tener una o varias parejas sexuales recurrentes, otros 37 (de nuevo, el 15,9%) manifestaron tener una relación monógama, 30 (el 12,9%) manifestaron tener una relación abierta y 5 de ellos (el 2,1%) manifestaron tener una relación poliamorosa.

INSTRUMENTO

Para medir los hábitos sexuales de los hombres que tienen relaciones con otros hombres, se creó un instrumento al efecto, que recogiese todas las áreas de interés para el estudio. El cuestionario estaba formado por 42 preguntas y combinaba algunas con varias opciones de respuesta, escalas tipo Likert y preguntas de respuesta abierta, que buscaban recabar información cualitativa de interés, como las sustancias que consumen habitualmente o las distintas experiencias en el sistema sanitario o en las ONG en relación a la salud sexual.

El cuestionario fue revisado por un conjunto de expertos/as en salud sexual, expertos/as en intervención con hombres que tienen sexo con otros hombres y personas con VIH y expertos/as en metodología y estadística aplicada a las Ciencias Sociales, sufriendo algunas modificaciones con el fin de mejorarlo.

Podemos agrupar las 42 preguntas del cuestionario en 6 grandes bloques, siendo el primero de ellos el bloque 0, por medir las características de la muestra, ya descritas en el apartado anterior.

Cada uno de ellos recoge los siguientes temas:

Bloques temáticos	Temas que conforman cada bloque
0. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	Identidad y orientación de los participantes, edad, nivel de estudios, localidad de residencia y situación sexoafectiva.
1. TIPO DE PRÁCTICAS SEXUALES Y NIVEL DE PROTECCIÓN DE LAS MISMAS	Medios para buscar relaciones sexuales, frecuencia de uso del preservativo en sexo oral y anal (insertivo y receptivo), frecuencia de uso de lubricante, frecuencia del uso de juguetes sexuales, nivel de placer al practicar sexo oral con y sin preservativo y nivel de placer al practicar sexo anal con y sin preservativo.
2. PRUEBAS DE VIH Y EXPERIENCIAS EN DIFERENTES CONTEXTOS	Rutina de realización de pruebas de VIH y forma de acceder a ella, experiencia al realizarla en centro de salud y ONG especializada, motivos para retrasar la realización de la prueba y posibles mejoras del servicio de prueba de VIH.
3. RELACIONES DE RIESGO Y CONDUCTAS ASOCIADAS	Cuándo dejar de usar el preservativo, posible rotura del preservativo y qué hacer después, uso y experiencia con la profilaxis post-exposición al VIH, uso y experiencia con la profilaxis pre-exposición.
4. USO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN UN CONTEXTO SEXUAL	Uso de alcohol y otras sustancias, relaciones sexuales bajo el efecto de las sustancias, consumo de sustancias y placer y asistencia o no a <i>chemsex</i> .
5. COVID-19 Y PRÁCTICAS SEXUALES	Cambios en hábitos sexuales por la pandemia de la COVID-19 y cambios en la rutina de prueba rápida por la pandemia.

PROCEDIMIENTO

Lo primero que se hizo, fue crear el instrumento de evaluación señalado en el apartado anterior. Una vez que se llegó al cuestionario final, se procedió a la recogida de los datos, que se produjo durante el mes de noviembre de 2020. La recogida de datos se realizó utilizando un formulario online, que se rellenaba de manera completamente anónima. Para conseguir una muestra lo más grande y representativa posible, se llevó a cabo un plan de comunicación que combinaba tres grandes estrategias. Por un lado, se utilizaron las redes sociales de Fundación Triángulo Extremadura, principalmente Facebook e Instagram. Esto nos permitió llegar a las más de 12.000 personas que siguen a la entidad en ambas redes sociales, de las que un porcentaje importante son HSH. Por otro lado, se lanzó una nota de prensa informando del estudio, que fue enviada a todos los medios de comunicación “tradicionales” de la región. Y, por último, utilizamos las dos aplicaciones de contacto más utilizadas por los HSH extremeños: Grindr y Wapo.

El uso de estas aplicaciones nos permitió llegar de forma directa a nuestro público objetivo y una cuestión aún más importante: llegar a todas las zonas rurales de Extremadura, gracias a la herramienta que permite modificar la geolocalización con la que cuentan. De esta manera, el equipo de salud de Fundación Triángulo Extremadura, fue cambiando la geolocalización en ambas aplicaciones, haciendo llegar la información del estudio a los HSH de toda la comunidad, con el objetivo de que la muestra fuese representativa de toda la realidad extremeña que, recordemos, es eminentemente rural.

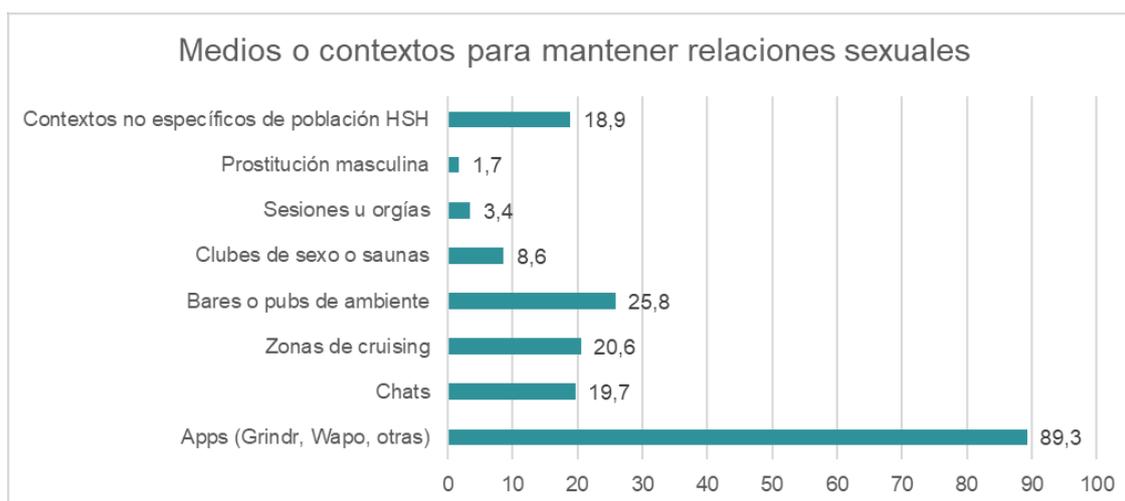
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de describir los resultados encontrados en relación a las características de la muestra, nos quedarían los 5 bloques temáticos a tratar:

1. Tipos de prácticas sexuales y nivel de protección de las mismas.
2. Pruebas de VIH y experiencias en diferentes contextos.
3. Relaciones de riesgo y conductas asociadas.
4. Uso de alcohol y otras sustancias en un contexto sexual.
5. COVID-19 y prácticas sexuales.

BLOQUE 1: TIPO DE PRÁCTICAS SEXUALES Y NIVEL DE PROTECCIÓN DE LAS MISMAS

La primera de las preguntas que encontramos en este bloque, pretendía indagar cuáles son los principales medios y contextos que utilizan los HSH para mantener o buscar relaciones sexuales. Los participantes en el estudio podían marcar todas las opciones que utilizarasen y éstos son los resultados que encontramos:



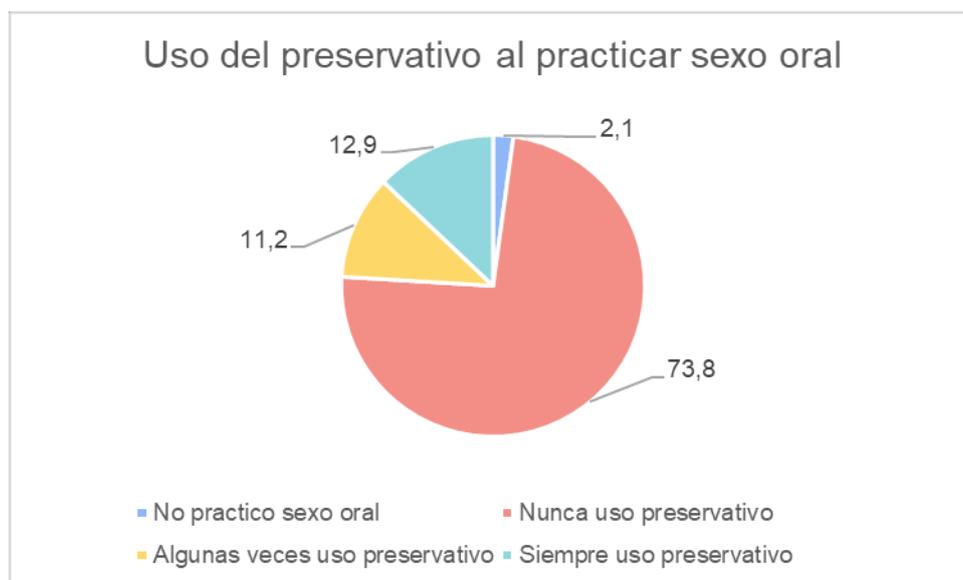
Como puede observarse, el principal medio que utilizan los HSH a día de hoy para conocer otros hombres son las aplicaciones de contacto para dispositivos móviles. Casi el 90% de los participantes en el estudio (208, el 89,3%), manifestaron usar dicho medio para conocer otros hombres, lo que supone un porcentaje bastante importante y que debemos seguir utilizando en nuestras acciones con este colectivo.

Este medio era seguido, muy de lejos, por los bares y pubs de ambiente con un 25,8% de los sujetos (60). El 20,6% y 19,7% utilizan, respectivamente, las zonas de cruising y los chats para conocer otros hombres con los que mantener relaciones sexuales. Estos dos medios, si bien han ido perdiendo fuerza en los últimos años como consecuencia de la aparición de las aplicaciones móviles, siguen siendo muy importantes y debemos seguir teniéndolos en cuenta en las campañas de prevención de VIH y otras ITS que realicemos.

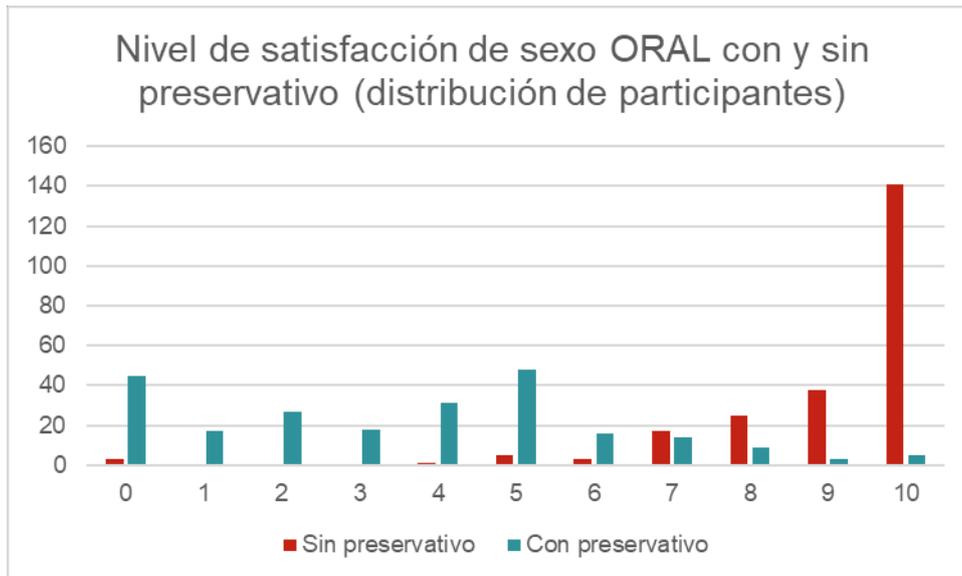
Un 18,9% de los participantes conocen otros hombres en contextos no específicos de población HSH y un 8,6% en clubes de sexo o saunas. Por último, encontramos un 3,4% de los participantes que conocen otros hombres en “sesiones” (reuniones de consumo de droga y sexo grupal) u orgías y un 1,7% que recurre a la prostitución masculina para mantener relaciones sexuales.

En relación a la utilización del preservativo, se analizó el uso que los participantes hacían de él en tres prácticas diferentes: sexo oral, sexo anal insertivo (haciendo de “activos”) y sexo anal receptivo (haciendo de “pasivos”). Además, se midió el placer que obtenían con estas prácticas al realizarlas con y sin preservativo.

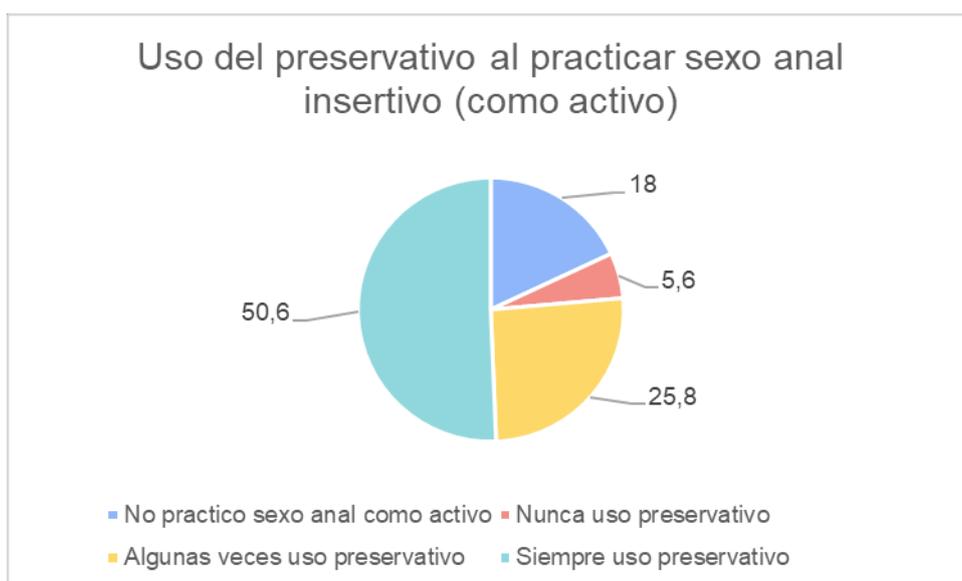
En relación al sexo oral, 172 participantes (el 73,8%) manifestaron no usarlo nunca, 26 (el 11,2%) manifestaron usarlo en algunas ocasiones, 30 de ellos (el 12,9%) manifestaron usarlo siempre y 5 (el 2,1%) refirieron no practicar sexo oral. El porcentaje tan alto de personas que no utilizan nunca el preservativo con esta práctica sexual no nos sorprende, y se nos antoja incluso pequeño si tenemos en cuenta lo que manifiestan los usuarios que atendemos desde Triángulo Extremadura en las atenciones o sesiones de prueba rápida del VIH. No sabemos si, en este sentido, la opción “algunas veces uso preservativo” ha podido suponer una vía fácil a la hora de caer en la deseabilidad social (incluso siendo el estudio completamente anónimo). Aun así, es importante tener en cuenta que el 85% de los HSH no utilizan nunca, o lo hace de manera intermitente, el preservativo a la hora de practicar sexo oral.



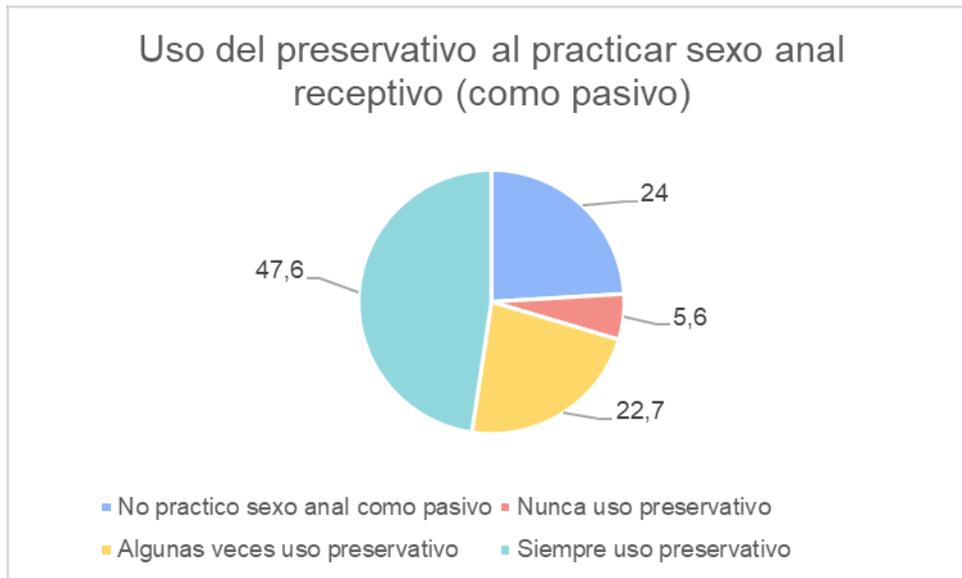
Si atendemos al nivel de satisfacción que los participantes refieren en relación a esta práctica sexual con y sin preservativo, encontramos que le ponen, de media, un 9,1 sobre 10 al sexo oral sin preservativo y un 3,6 al sexo oral con preservativo. Si observamos la distribución de los datos, vemos cómo la mayoría de los participantes puntúan esta práctica sin preservativo con notas altas, llegando a puntuarla con un 10 hasta 141 participantes (el 60,5% del total). En cuanto al sexo oral con preservativo, la distribución de los datos es más desigual, si bien las conclusiones son claras: 138 participantes (el 59,2%) suspenden esta práctica.



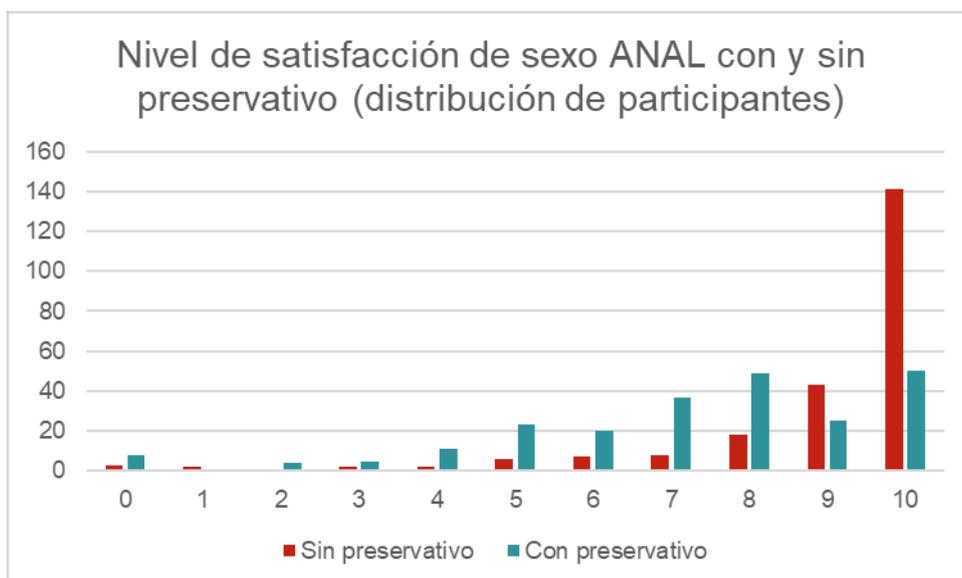
En cuanto al sexo anal, medimos el uso del preservativo distinguiendo cuando el HSH actuaba como “activo” (sexo anal insertivo) y cuando lo hacía como “pasivo” (sexo anal receptivo). En relación al sexo anal insertivo, 42 personas manifestaron no practicarlo nunca (el 18%), 13 personas manifestaron practicarlo, pero no usar nunca preservativo (el 5,6%), 60 personas manifestaron usarlo sólo en algunas ocasiones (25,8%) y 118 personas manifestaron usarlo siempre (el 50,6%). Si bien el uso intermitente del preservativo en el sexo oral nos preocupa menos en relación a la transmisión de VIH (sí de otras ITS), sí lo hace el uso intermitente que hacen del preservativo el 31,4% de los HSH participantes en el estudio en relación al sexo anal insertivo, por ser la penetración anal la principal vía sexual para las nuevas infecciones por VIH.



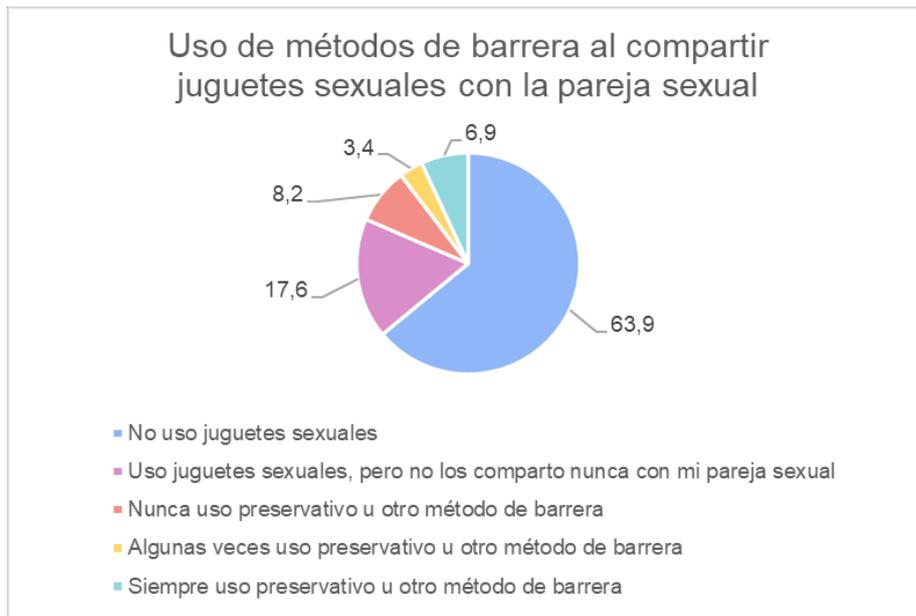
En relación al sexo anal receptivo, 56 personas manifestaron no realizar esta práctica sexual (el 24%), 13 personas manifestaron practicarla, pero sin usar nunca preservativo (el 5,6%), 53 personas reconocieron realizar un uso intermitente del mismo (el 22,7%) y 111 manifestaron usar siempre el preservativo al realizarla (el 47,6%). En este caso, el uso intermitente del preservativo que hacen el 28,3% nos preocupa aún más, si tenemos en cuenta la especial vulnerabilidad que tienen los HSH que ejercen el rol pasivo para infectarse de VIH.



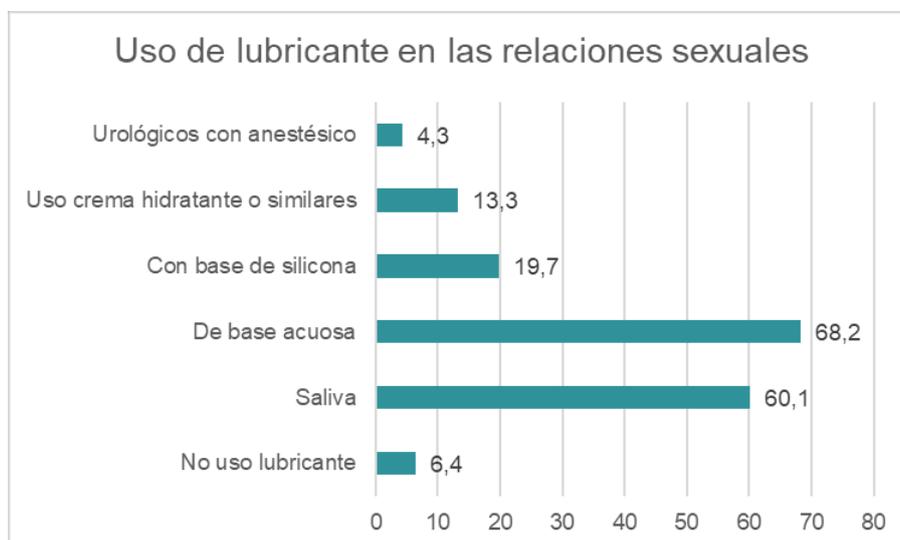
En cuanto al nivel de satisfacción de nuestra muestra con el sexo anal, dicha práctica obtuvo un 8,9 sobre 10 de media al realizarse sin preservativo y un 7,2 de media al realizarse con preservativo. Aunque existen diferencias, éstas son mucho menos acentuadas que las que encontramos en el sexo oral con y sin preservativo. La distribución de los datos queda de la siguiente manera:



Otra de las cuestiones que nos resultaba interesante analizar era si nuestros participantes utilizaban preservativo u otro método de barrera al compartir juguetes sexuales con sus parejas sexuales, como dildos, *plugs* o vibradores. Nos llevamos una sorpresa al comprobar que 149 de ellos no usaban nunca juguetes sexuales, lo que supone un 63,9% del total. 41 de ellos (el 17,6%) usaban juguetes sexuales, pero no los compartían con su pareja sexual; 19 de ellos (el 8,2%) no usaban nunca métodos de barrera al compartir juguetes sexuales; 8 de ellos (el 3,4%) usaban estos métodos algunas veces y 16 de ellos (6,9%) los usaban siempre.



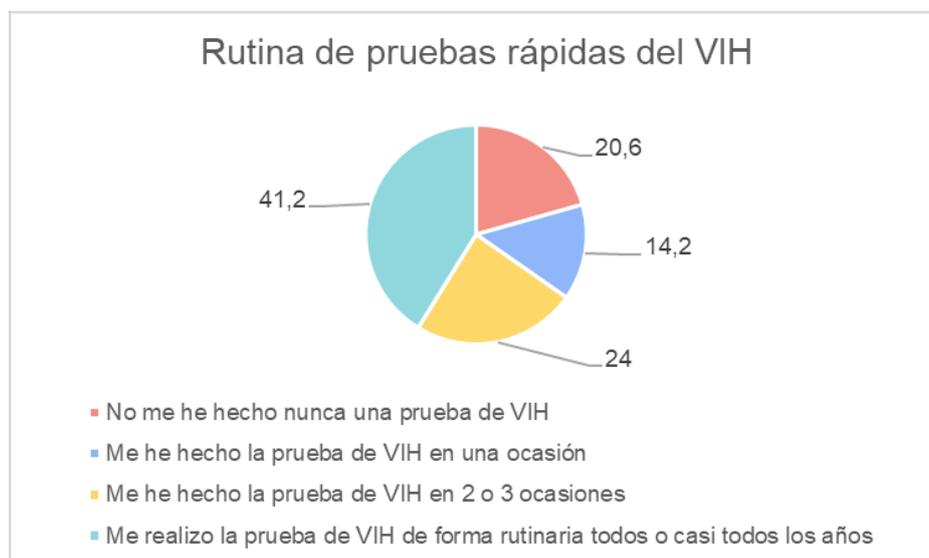
Para cerrar este primer bloque, nos propusimos investigar el uso de diferentes lubricantes entre la población HSH extremeña. Los participantes en el estudio podían marcar más de una opción, si utilizaban más de un método en sus relaciones sexuales, y los resultados obtenidos son los siguientes:



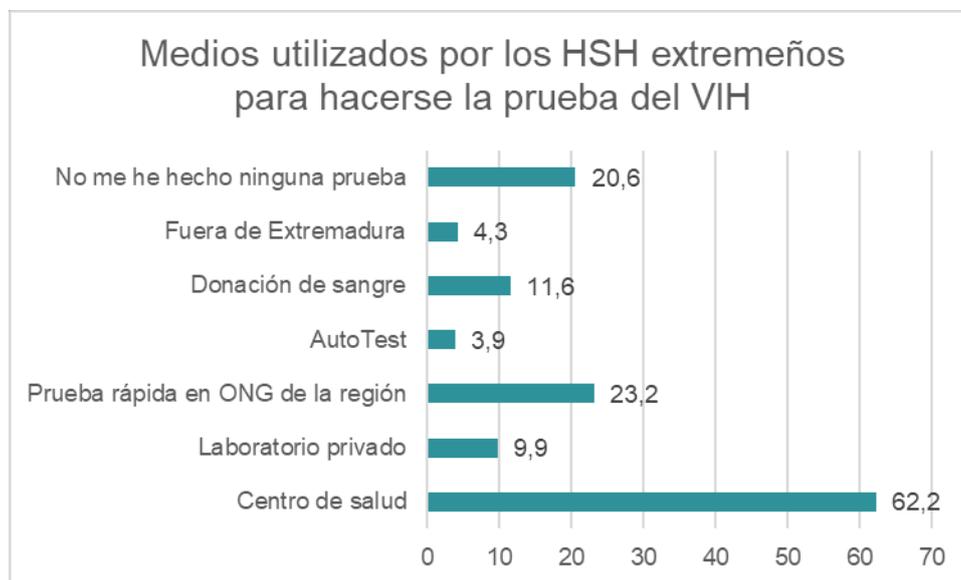
Como podemos observar, el principal tipo de lubricación que utilizan los HSH extremeños es el lubricante de base acuosa, que es usado por el 68,2% de los participantes en el estudio. Este método es seguido, muy de cerca, por un método poco recomendable, pero muy extendido: la saliva. El 60,1% de los HSH participantes en el estudio manifestaron usarla como lubricación en sus relaciones sexuales. Tras estos dos métodos, encontramos el lubricante con base de silicona, que es usado por el 19,7% de los participantes. El 13,3% manifestó usar cremas hidratantes o productos similares, lo que supone otro riesgo potencial, por su difícil combinación con el preservativo. El 6,4% manifestó no usar ningún lubricante en sus relaciones sexuales. Finalmente, el 4,3% manifestó utilizar lubricantes urológicos con anestésicos, vinculados normalmente a prácticas “extremas” a nivel fisiológico, como el *fisting* (introducción de la mano o parte del brazo en la vagina o el ano).

BLOQUE 2: PRUEBAS DE VIH Y EXPERIENCIAS EN DIFERENTES CONTEXTOS

Este segundo bloque incluye la rutina que tienen los participantes en el estudio de realización de prueba de VIH, los contextos donde se la hacen, así como las experiencias y propuestas de mejora en cada uno de ellos. La primera de las preguntas pretendía conocer la rutina de realización de pruebas de VIH de los HSH extremeños. El 41,2% de los participantes en el estudio (96 de ellos) manifestó realizarse la prueba de VIH todos o casi todos los años; el 24% (56) manifestó haberse hecho la prueba en 2 o 3 ocasiones; el 20,6% (48) reconoció no haberse hecho nunca ninguna prueba de VIH; y el 14,2% (33) habérsela hecho en una única ocasión. Destaca que casi el 60% de los HSH no tienen establecida la rutina de realización de prueba de VIH y, especialmente, que más del 20% no se la haya hecho nunca.



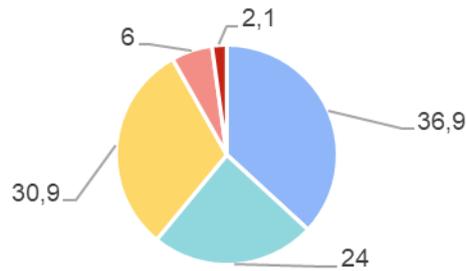
La siguiente pregunta pretendía indagar los diferentes sistemas que utilizan los HSH de Extremadura para conocer su estado serológico. En esta pregunta, podían marcar todas las opciones que utilizarasen y los resultados son los siguientes:



De los 233 participantes en el estudio, 145 (el 62,2%) manifestaron hacerse la prueba rápida en su centro de salud, siendo el medio más utilizado; el 23,2% (54) manifestó realizarse la prueba en alguna ONG de la región; el 11,6% (27) manifestó conocer su estado serológico al donar sangre; el 9,9% (23) afirmó hacerse la prueba del VIH en laboratorios privados; el 4,3% manifestó realizarse la prueba fuera de Extremadura; y el 3,9% (9) manifestó utilizar el AutoTest, que puede adquirirse en muchas de las farmacias de nuestra región. Los 48 participantes en el estudio (el 20,6%) que afirmaron no haberse hecho nunca la prueba del VIH en la pregunta anterior, volvieron a coincidir en su respuesta.

Siendo conscientes de que uno de los principales medios para hacerse la prueba del VIH en nuestra región es a través de una analítica con el médico/a de atención primaria (hipótesis confirmada con este estudio), nos propusimos saber cuáles eran las experiencias de los HSH con este medio. En una primera pregunta, dimos varias alternativas para que valorasen la atención por parte del personal sanitario. Y, en la segunda, recogimos los testimonios y propuestas de mejora a través de una pregunta con respuesta abierta. En la primera pregunta encontramos los siguientes resultados:

Experiencia al hacerse la prueba del VIH en el centro de salud



- No me he hecho nunca la prueba de VIH en mi centro de salud
- Muy buena, me hice la prueba, el trato fue bueno y resolví todas mis dudas
- Buena, me hice la prueba y el trato fue correcto
- Mala, me hice la prueba, pero el trato no fue correcto
- Muy mala, se negaron a hacerme la prueba de VIH y/o me sentí juzgado o incómodo

El 36,9% de los participantes (86) manifestó que no se había hecho la prueba nunca en su centro de salud. Del 63,1% restante, el 54,9% manifestó que la experiencia en el centro de salud fue buena o muy buena (30,9% buena y 24% buena) y el 8,1% restante manifestó que su experiencia al hacerse la prueba en atención primaria fue mala o muy mala (6% mala y 2,1% muy mala).

Aunque estos datos nos dan una idea global de cómo es la atención recibida, nos interesaba conocer las experiencias concretas que se habían encontrado los HSH en atención primaria al hacerse o solicitar la prueba del VIH. Por eso, hicimos una segunda pregunta abierta, que pretendía indagar en estas experiencias, así como en las propuestas de mejoras, con el objetivo de resolver los posibles problemas que se estén produciendo en la atención primaria en materia de salud sexual. Esta pregunta era opcional y fue respondida por 21 participantes. Éstas son las respuestas que nos dieron:

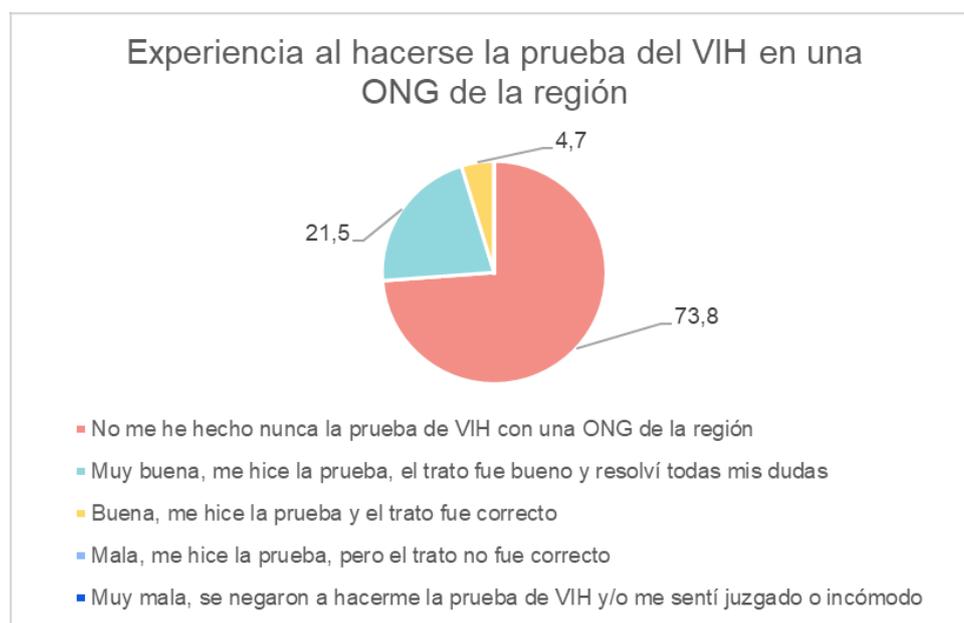
- Llamaron a mi casa por teléfono y transmitieron mis resultados vía telefónica.
- Te cuestionan demasiado, tienes que dar demasiadas explicaciones.
- No me gusta hacerlo por privacidad.
- Falta formación a los médicos sobre VIH y la importancia de hacer las pruebas como parte fundamental de la prevención. Deberían promoverlas entre la población sexualmente activa y no poner trabas o juzgar a las personas que van a hacérselas.
- Me sentí juzgado en más de una ocasión, la última vez la médica me dio un sermón, llevando una chapita de "Soy parroquia" en la solapa.
- Me tratarán normal gente buena y educada.

- Tuve un encuentro sexual con un chico que me llamó y me dijo posteriormente que tenía gonorrea. Cuando fui al centro de salud me hicieron la prueba del VIH y me dijeron que no tenía gonorrea porque no tenía síntomas. Como no estaba de acuerdo y el trato fue un poco despectivo fui a un centro privado y resulta que tenía gonorrea asintomática en la garganta, ya que pagué la prueba pertinente. Me sentí engañado y muy mal. De esto hace 7 años y todavía pienso que hubiera pasado si yo no hubiera estado disconforme con lo que me dijo mi médico de cabecera.
- Me preguntaron que por qué me quería que hacer las pruebas, que me la hiciera por la privada. Entonces le mentí y le dije que había tenido una relación de riesgo y así me la hicieron.
- La médico duda de mandarte la prueba y tampoco pareció manejar mucho el tema de la sexualidad, incluyendo tipo de prácticas y el riesgo de éstas.
- Mi médico de cabecera era el que siempre me pedía que me la hiciera desde muy chico y él fue la persona que me acostumbro a cada 6 meses más o menos a hacerla. Pero ahora, con tanto cambio de médico, cada vez que la pido me miran fatal, me dicen un vale seco y aquí tienes el volante.
- Un médico no puede juzgar, ni decir preguntas como: ¿Pero con quien te has acostado por dios? Mientras te ve llorando y soltando todo.
- Tuve un contacto de un chico que me dijo que había dado positivo fui a urgencias y se negaron hacérmelo me dijeron que fuera a mi médico de cabecera.
- No es necesario dar explicaciones de porque me hago dicha prueba rutinaria.
- Discurso paternalista y condescendiente.
- La doctora no usaba los términos correctos, en vez de referirse como VIH, lo determinaba como SIDA, cosa que me pareció bastante ignorante por parte de un personal sanitario.
- He tenido otros problemas con ITS y el trato es nefasto. He tenido q recurrir a servicios de ITS de otras comunidades porque aquí no hay servicio específico y no hacen sino marearme de un especialista en otro (para un caso de VPH he visitado al digestivo, dermatólogo, otorrinolaringología y medicina interna).
- El servicio en Extremadura es de vergüenza. Como para casi todo, es terrible ser gay en esta región.
- En varias ocasiones me han hecho sentir incómodo al juzgarme por querer hacerme la prueba.
- No me sentí mal, solo me llamó la atención de que el ATS me preguntara que por qué me hacía esas pruebas.

- Me sentí juzgado por mi médica. En vez de valorar positivamente el hecho de que me haga pruebas de forma rutinaria, automáticamente dio por hecho que era un promiscuo y que no usaba protección. Empezó a "sermonearme", le dije que tenía mucha información sobre la prevención del VIH y otras ITS y cuestionó que fuese así. Me dijo que solo volviese a hacerme pruebas si tenía síntomas, lo cual me parece una locura, porque cualquier persona con un mínimo de información sabe que hay ITS que no presentan síntomas.
- Mejoraría la educación y el desconocimiento sobre los protocolos en caso de exposiciones de riesgo.

Aunque debemos recordar que la mayoría de participantes en el estudio valoraron como "buena" o "muy buena" la atención recibida por parte de los profesionales del Servicio Extremeño de Salud, nos preocupan algunas de las experiencias que se vertieron en el mismo. Muchas de ellas coinciden en un déficit de formación en materia de salud sexual por parte de algunos profesionales sanitarios y, especialmente, en una actitud moralista de la sexualidad. Es importante tener una información actualizada y de calidad para prestar una buena atención por parte de los distintos profesionales que trabajan en materia de salud sexual. Y es aún más importante entender que la tarea de un buen profesional es informar, no juzgar ni cuestionar las vidas y realidades de las personas que atendemos, incluyendo sus prácticas sexuales.

Posteriormente, nos planteamos analizar la experiencia de los HSH con la prueba de VIH de alguna ONG de la región, a fin de mejorar nuestras intervenciones. Y estos son los resultados que obtuvimos:

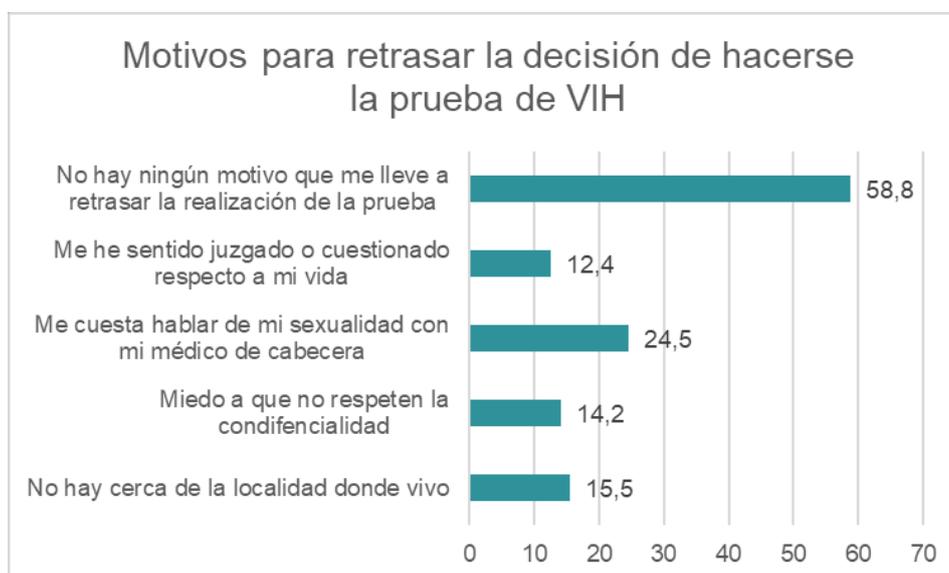


La inmensa mayoría de los HSH participantes en el estudio (172 de ellos, el 73,8%) no se ha hecho la prueba nunca en una ONG de la región, a pesar de que las experiencias que encontramos han sido muy positivas. Ninguno ha valorado su experiencia como mala o muy mala. El 4,7% la valoró como “buena” y el 21,5% la valoró como muy buena, al considerar que, además de hacerse la prueba, el trato fue bueno y resolvió las dudas que tenía. Aun así, los participantes en el estudio, hicieron varias propuestas de mejora en la pregunta abierta al respecto.

Concretamente, recibimos las siguiente 7 respuestas:

- Totalmente arropado, confidencial y anónimo. Hacen muy buena labor.
- Yo muchas veces tuve ayuda con este tema y el trato fue muy bueno.
- Mejoraría el espacio de tiempo entre los usuarios para no coincidir.
- Me la hice una vez en Badajoz y bien, pero vendría bien en más sitios, ya que yo vivo en un pueblo y tuve que desplazarme.
- Que va, en las ONG te tratan de manera exquisita. He estado varias veces y me hacen sentir genial.
- En Extremadura no hay de eso.
- Me hice la prueba en un pueblo cercano al mío, me atendió un chico muy majo y fue rápido y sencillo.

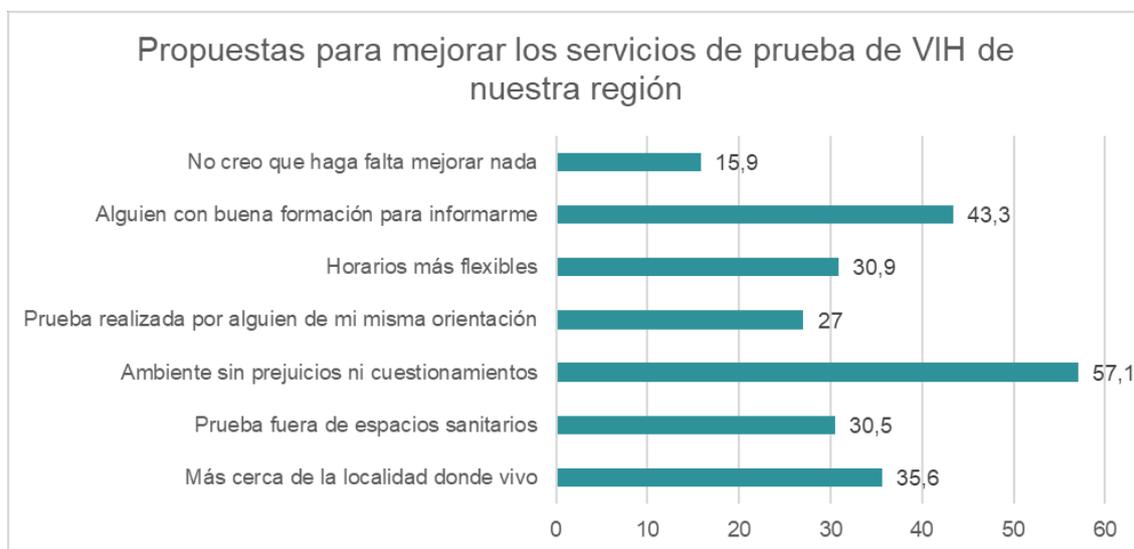
Debido a la importancia del diagnóstico precoz a la hora de reducir las nuevas infecciones, otro de los temas que nos interesaba investigar eran los posibles motivos para retrasar la decisión de realizarse una prueba de VIH. Obtuvimos los siguientes resultados:



Como puede observarse, el motivo más destacado para retrasar la realización de la prueba es la resistencia a hablar sobre sexualidad con el médico/a de atención primaria. Este motivo afecta al 24,5% de los participantes (57 de ellos). Tras este motivo, encontramos la falta de recursos para hacerse la prueba cerca de la localidad de residencia. Utilizamos la expresión “cerca de la localidad de residencia” para explorar el déficit de recursos comunitarios de realización de prueba rápida del VIH, ya que, aunque no todas las localidades de Extremadura cuentan con un centro de salud, todas cuentan con alguno en alguna localidad cercana. La falta de acceso a la prueba retrasa la realización de la misma en el 15,5% de los casos.

El siguiente motivo que encontramos para retrasar la prueba de VIH es el miedo a que no se respete el principio de confidencialidad, que afecta al 14,2% de participantes (33 de ellos). Por último, encontramos un 12,4% de HSH que retrasan la realización de la prueba por haberse sentido juzgados o cuestionados en ocasiones anteriores. Además, cabe destacar (positivamente) que casi un 60% de los participantes no encontraron ningún motivo ajeno a ellos mismos para retrasar la realización de la prueba de VIH.

La última de las cuestiones que analizamos en este bloque fue las sugerencias de los HSH participantes en el estudio para mejorar el servicio de prueba de VIH. Dimos varias opciones, pudiendo señalar tantas como quisiesen. Éstos son los resultados que obtuvimos:

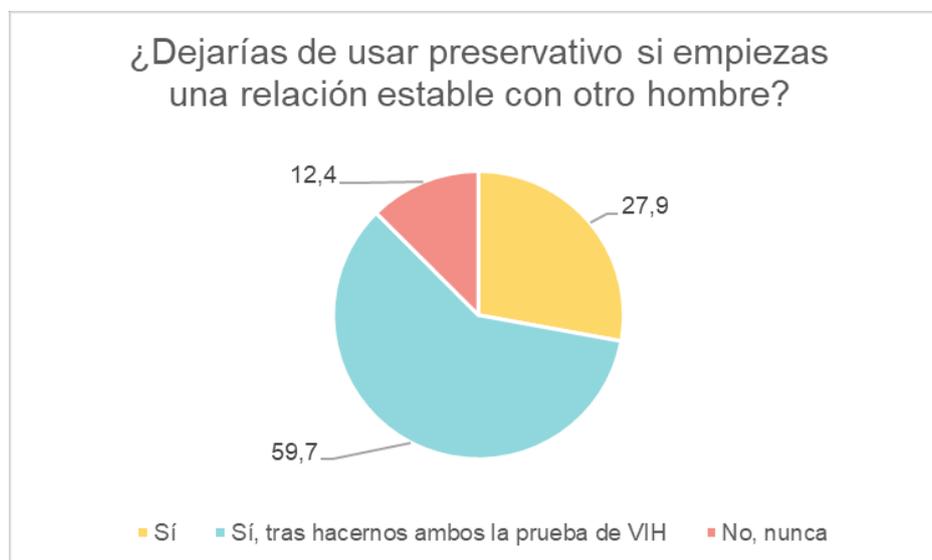


El 57,1% de los HSH participantes en el estudio (133) manifestó que la forma de mejorar los servicios de prueba de VIH era que ésta se realizase en un ambiente sin prejuicios ni cuestionamientos sobre su vida sexual. El 43,3% (101) manifestó que la mejor manera de mejorar estos servicios era que la prueba fuese realizada por profesionales con una información

actualizada y de calidad para, además de hacerse la prueba, poder resolver las dudas que tuviesen. El 35,6% (83) manifestó que mejorarían el servicio de prueba de VIH haciéndolo más accesible a toda la población extremeña, en lo que a cercanía se refiere. El 30,9% (72) manifestó que mejoraría el servicio con horarios más flexibles, que fuesen compatibles con sus horarios laborales o formativos. El 30,5% (71) mejoraría el servicio realizando estas pruebas fuera de espacios sanitarios, donde se sienten intimidados o incómodos. El 27% (63) indicó que un factor importante era que la prueba fuese realizada por alguien de su misma orientación sexual, para sentirse más comprendido y no sentirse juzgado. Y, por último, el 15,9% (37) consideró que no hacía falta mejorar nada en relación a la prueba del VIH.

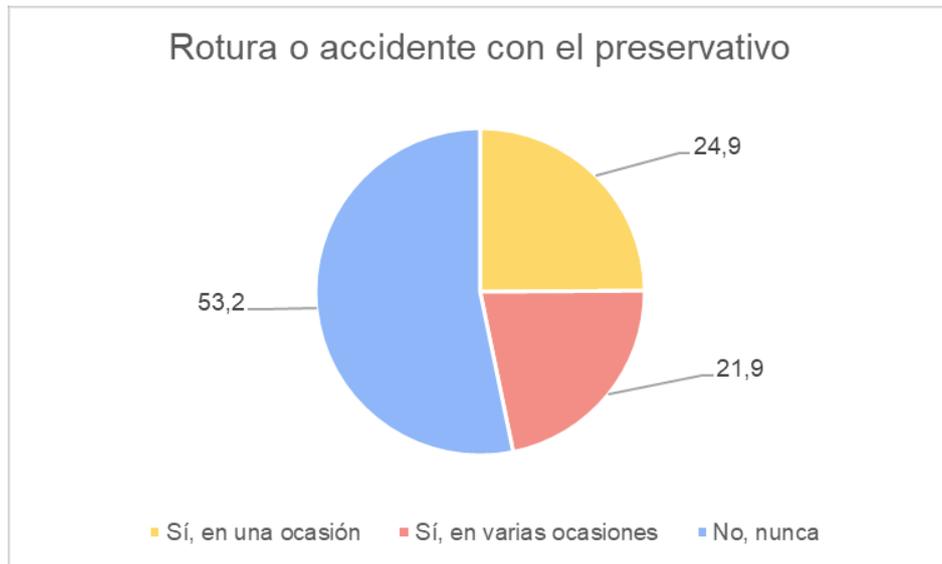
BLOQUE 3: RELACIONES DE RIESGO Y CONDUCTAS ASOCIADAS

La primera de las cuestiones que nos parecía interesante investigar era el momento en el que un HSH decide dejar de usar preservativo al mantener relaciones sexoafectivas con otro hombre. Encontramos que el 59,7% de los HSH participantes en el estudio (139 de ellos) dejaría de usar el preservativo, pero después de que ambos miembros de la pareja diesen negativo en una prueba de VIH. El 27,9% (65) dejaría de usarlo sin hacerse pruebas antes, simplemente basándose en la “confianza mutua”. Y el 12,4% (29) no dejarían de usarlo nunca.



Nos preocupa ese casi 30% que sigue tomando decisiones sobre su vida sexual en base a elementos intangibles, subjetivos y que nada tienen que ver con la evidencia científica, como la “confianza” o el hecho de conocer o no a la persona con la que mantienen relaciones. Esto coincide con lo que nos encontramos trabajando la salud sexual, no solo de los HSH, sino también con la población general.

La siguiente cuestión que abordamos era la de las posibles roturas o accidentes con el preservativo. Más de la mitad de los HSH participantes en el estudio manifestaron no haber tenido nunca un accidente con el preservativo (124 de ellos, el 53,2%); el 24,9% (58) manifestó haber tenido una única rotura del preservativo; y el 21,9% (51) manifestó haber tenido varios accidentes en con el preservativo a lo largo de su vida sexual.

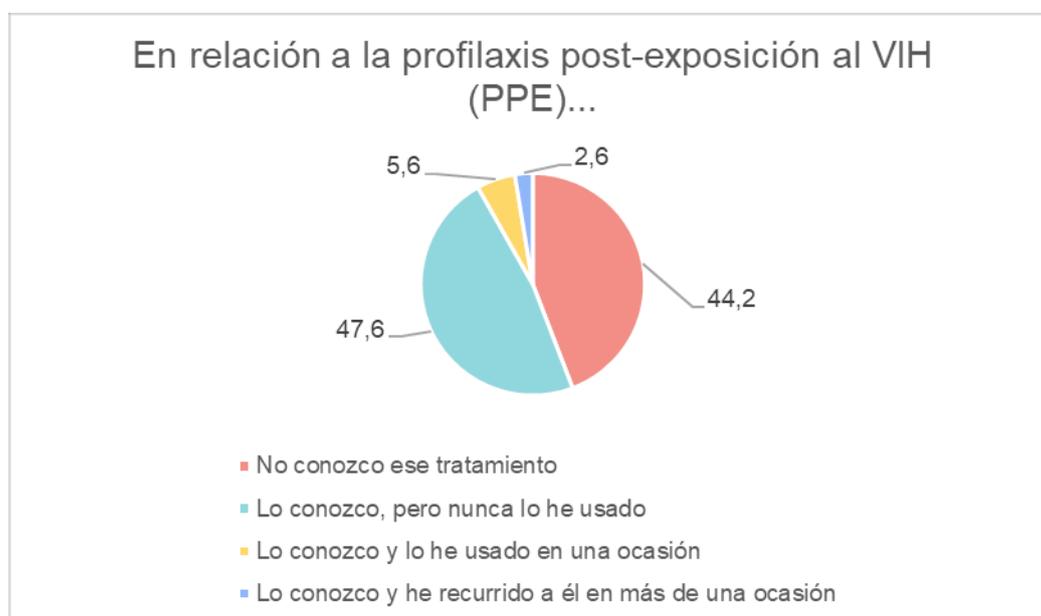


Aunque los preservativos están hechos de materiales enormemente resistentes y están preparados para aguantar el movimiento de fricción propio de la penetración, como vemos, es habitual que se produzcan roturas o accidentes con él. Por eso, nuestra siguiente pregunta pretendía indagar las medidas que tomaron las personas que habían tenido algún accidente con el preservativo, o bien habían decidido no usarlo. Y estos son los resultados que obtuvimos:



El 39,5% de los participantes en el estudio (92) optó por la opción menos recomendable: no hacer nada. El 19,7% (46) optó por preguntarle al otro chico “si estaba sano”. Se ha utilizado esta expresión, tan poco precisa y estigmatizante, porque es la que escuchamos mayoritariamente con los usuarios con los que trabajamos. El 20,6% (48) decidió hacerse la prueba de VIH a los 3 meses de la relación de riesgo. Esta opción, aunque es mejor que las anteriores porque sirve para detectar una posible infección, no ayuda a evitarla. El 14,6% (34) y el 5,6% (13) optaron, respectivamente, por consultar en un hospital o una ONG especializada para valorar el riesgo real que habían tenido y ver qué podían hacer. Estas dos opciones, pese a ser minoritarias, son las más recomendables precisamente para conocer el riesgo en base a los parámetros científicos del Ministerio de Sanidad y, en su caso, acceder a la profilaxis post-exposición.

Éste es, precisamente, el tema que nos propusimos investigar después. En relación a la profilaxis post-exposición al VIH o PPE, encontramos que el 44,2% (103 participantes) desconocía la existencia del tratamiento. Esto nos resulta alarmante, ya que la PPE lleva aprobada en nuestro país varios años y se ha demostrado como muy eficaz para evitar las nuevas infecciones por VIH. El 47,6% (111) conocía el tratamiento, pero manifestó no haberlo tomado nunca. El 5,6% (13) manifestó conocerlo y haberlo tomado en una ocasión y el 2,6% (6) manifestó conocerlo y haber recurrido a él en más de una ocasión.



Sin duda, debemos seguir incidiendo en las acciones para dar a conocer este tratamiento, con el objetivo de que los HSH, y el resto de la población, puedan acceder a él cuando lleven a cabo alguna práctica sexual que tenga un riesgo importante para la transmisión del VIH.

En la siguiente pregunta, pretendíamos recoger las experiencias de los HSH en el Servicio Extremeño de Salud en relación a la profilaxis post-exposición. Casi el 90% (208, el 89,3%) de los HSH participantes en el estudio, manifestó no haber tomado nunca el tratamiento. Y en cuanto al 10,7% restante que sí lo habían tomado o se planteaban hacerlo (25 hombres), distinguimos tres posibles experiencias:

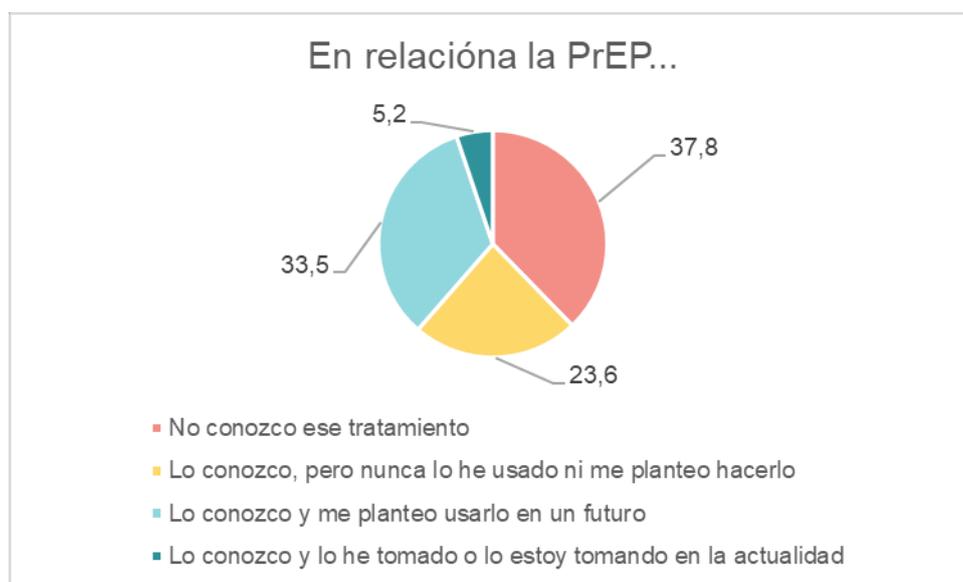
1. Adecuada, si la persona fue informada y se valoró conjuntamente la posibilidad de tomarlo.
2. No adecuada, si se negó el tratamiento a la persona sin una razón sanitaria.
3. Nada adecuada, si se negó el tratamiento a la persona sin una razón sanitaria y además éste se sintió juzgado “moralmente”.

Así, 15 de los 25 participantes manifestaron que la atención que recibieron fue adecuada, lo que supone el 60% de las personas que decidieron tomar la PPE. Pero 2 y 8 participantes, respectivamente, manifestaron que la respuesta por parte del personal sanitario fue “no adecuada” o “nada adecuada”, sumando estas experiencias negativas el 40% del total de personas que habían tomado o pensado tomar dicho tratamiento.

Podemos observar una desviación de los 19 participantes que manifestaron haber tomado la PPE en una o varias ocasiones en la pregunta anterior, y los 25 que asistieron al hospital a informarse y, en su caso, comenzar el tratamiento. Entendemos que esa desviación se debe a los usuarios que finalmente no consiguieron acceder al tratamiento por la negativa del personal sanitario. O bien, a aquellos que valoraron el riesgo con el profesional sanitario y, entre ambos, decidieron no comenzar, que es lo que establece el protocolo sanitario del Ministerio de Sanidad y del SES. Sea como sea, nos preocupan esas 10 experiencias negativas que encontramos en el estudio y que coinciden con lo que vemos en nuestra práctica profesional con los HSH.

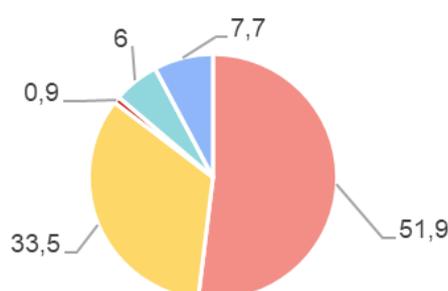
Por último, en relación a la PPE, preguntamos cómo fueron al hospital a informarse y/o comenzar el tratamiento. Esta pregunta sólo fue contestada por los 25 HSH que manifestaron haber asistido a su hospital de referencia por este motivo. 10 de ellos manifestaron haber ido solos (el 40%), 7 de ellos fueron acompañados por un amigo o familiar (el 28%), 5 de ellos acompañados por la persona con la que habían mantenido la relación de riesgo (el 20%) y 3 de ellos por un profesional de alguna ONG especializada (el 12%).

Lo siguiente que nos planteamos investigar fue el conocimiento y grado de implantación de la profilaxis pre-exposición o PrEP entre los HSH extremeños. El 37,8% de los HSH participantes en el estudio (88) manifestó no conocer ese tratamiento y el 62,2% restante manifestó conocerlo (145). Resulta curioso que haya más HSH que conozcan la PrEP a la PPE, a pesar de que la segunda lleva bastante más tiempo aprobada en nuestro país. De entre las personas que manifestaban conocer la PrEP, el 23,6% (55) manifestó que nunca la había usado ni se planteaba hacerlo, el 33,5% (78) manifestó que se planteaba usarla en un futuro y el 5,2% (12) manifestó que ya había tomado el tratamiento o lo estaba tomando en la actualidad.



En la siguiente pregunta, pretendíamos analizar qué opciones serían las preferidas por los HSH extremeños para informarse a la hora de plantearse tomar la PrEP. Aproximadamente la mitad manifestó que no tomarían nunca el tratamiento (el 51,9%, 121 HSH) y el 33,5% (78) volvió a manifestar su interés por el tratamiento, aunque aún no se habían decidido a tomarlo. De los que sí se habían planteado tomarlo, o ya lo estaba haciendo, el 7,7% (18) se informó a través de una ONG extremeña especializada en la materia y el 6% (14) a través del médico de cabecera. Aunque el porcentaje es muy pequeño, del 0,9%, nos preocupa que todavía 2 HSH extremeños hayan comenzado este tratamiento consiguiendo la PrEP fuera del Sistema Público de Salud. Esta práctica, muy extendida en nuestro país antes de la aprobación de la PrEP, tiene enormes riesgos, como la posibilidad de consumir un tratamiento en mal estado, por no haber pasado los estándares sanitarios de nuestro país, y no tener supervisión médica ni cribado periódico de otras ITS.

En caso de que decidieses tomar la PrEP...



- No he tomado ni voy a tomar nunca el tratamiento
- Me he planteado tomar el tratamiento, pero aún no lo he hecho
- Lo empecé a tomar por mi cuenta, fuera del Sistema Público de Salud
- Me informé del tratamiento a través de mi médico de cabecera
- Me informé a través de alguna ONG especializada de la región

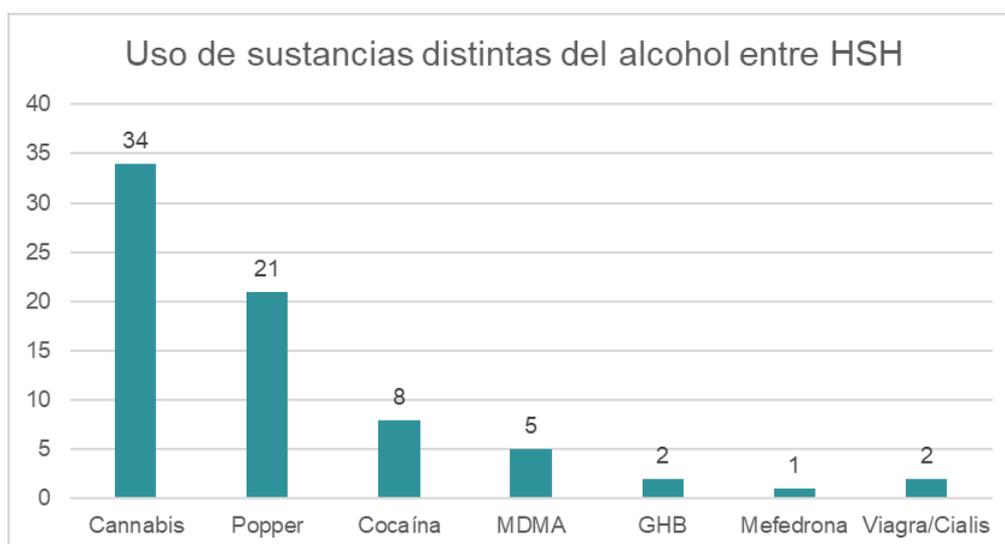
BLOQUE 4: USO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN UN CONTEXTO SEXUAL

Otra de las cuestiones que nos propusimos investigar fue el uso del alcohol y otras sustancias entre los HSH extremeños, especialmente en contextos o situaciones relacionadas con su vivencia de la sexualidad. Este tema nos parece especialmente relevante, debido al efecto que las diferentes sustancias tienen en cuestiones como la toma de decisiones, el aumento de conductas impulsivas y las alteraciones en la percepción del riesgo. Además, indagamos en cómo de extendidos estaban algunos fenómenos relacionados con el consumo de sustancias y las relaciones sexuales en nuestra comunidad autónoma. Nos referimos concretamente a las *chemsex*, que llevan varios años implantadas en las principales ciudades de nuestro país, y que están empezando a extenderse por el resto del territorio nacional.

El 54,1% de los HSH participantes en el estudio (126) manifestó consumir alcohol con cierta regularidad; el 17,6% (41) manifestó consumir alcohol y también otras sustancias con asiduidad; el 6,4% (15) manifestó consumir otras sustancias, pero no alcohol; y el 21,9% (51) afirmó no consumir ningún tipo de sustancias. Dentro del paraguas “otras sustancias”, descartamos el tabaco porque, a pesar de ser perjudicial para la salud, no altera el nivel de conciencia del sujeto a la hora de mantener relaciones sexuales.



De las 56 personas que manifestaron consumir otras sustancias distintas del alcohol, 51 especificaron cuáles consumían en la siguiente pregunta. De esos 51 HSH, 34 manifestaron tomar una sustancia diferente del alcohol, que era en la mayoría de los casos cannabis o popper. Los 17 restantes manifestaron consumir más de una sustancia distinta del alcohol. Podemos observar las sustancias citadas, así como la frecuencia con la que se hizo, en la siguiente gráfica:



La sustancia más mencionada fue el cannabis, usada por 34 de los HSH participantes en el estudio, lo que supone un 14,6% del total de la muestra (no solo de los que consumen alguna sustancia), un porcentaje nada despreciable. De estas 34 menciones, en 32 de ellas apareció como “marihuana” o “cannabis” y dos de ellas como “hachís”. Se han unido en una misma categoría porque, a pesar de las diferencias en efectos, presentación, proceso de obtención y concentración de THC, ambas proceden de la misma planta.

La siguiente sustancia distinta del alcohol más consumida fue el popper. Se trata de una droga que se inhala, que actúa como estimulante y vasodilatador y que se consume en contextos de ocio, pero sobre todo vinculando su uso al mantenimiento de relaciones sexuales entre HSH. 21 de los participantes manifestaron consumirla con cierta regularidad, lo que supone un 9% del total del estudio, otro porcentaje a tener en cuenta.

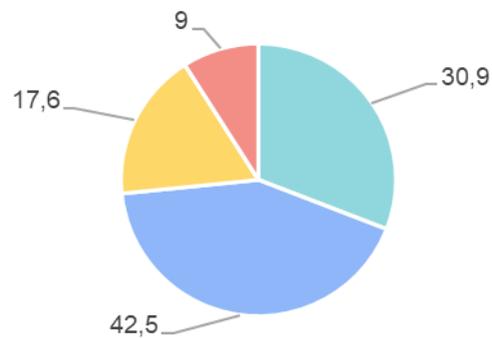
Las siguientes sustancias más consumidas entre los HSH participantes en el estudio son la cocaína y el MDMA, que fueron citada por 8 y 5 personas respectivamente, lo que supone un 3,4% y un 2,1% del total. Se trata de dos de las sustancias estimulantes más conocidas y extendidas, no solo entre los HSH, sino en la población general.

En el siguiente puesto encontramos el GHB, conocido popularmente entre los HSH como “G” o “chorri”, y los tratamientos contra la disfunción eréctil. En ambos casos, 2 participantes manifestaron consumirlos, lo que supone un 0,9% del total. En el caso del GHB, su uso suele asociarse a contextos de sexo grupal, como las *chemsex*. Y, en el caso de los tratamientos contra la disfunción eréctil, pueden usarse en personas con problemas para el inicio o mantenimiento de la erección como consecuencia de una afección fisiológica y, especialmente, como consecuencia de la edad. En hombres jóvenes suele usarse en situaciones donde la erección se dificulta como consecuencia del efecto de otra sustancia. Éste parece ser el caso de los 2 HSH que manifestaron consumirlo, ya que ambos se encuentran en la franja de edad de 26 a 35 años y ambos reconocieron consumir otras sustancias. Uno de los participantes manifestó tomar viagra y el otro cialis. Se trata del nombre comercial de los dos compuestos más usados para la disfunción eréctil: el sildenafil y el tadalafil respectivamente.

Por último, encontramos otra sustancia estimulante que fue mencionada por una única persona (0,4% del total): la mefedrona, cuyo uso se vincula también a las sesiones de drogas y sexo en grupo.

En cuanto al mantenimiento de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u alguna otra sustancia, encontramos que el 42,5% de los HSH participantes en el estudio (99) manifestó haber mantenido relaciones bajo el efecto del alcohol; el 17,6% (41) manifestó haber mantenido relaciones bajo el efecto del alcohol y otras drogas; y el 9% (21) reconoció haber consumido alguna sustancia durante sus prácticas sexuales. El 30,9% (72) manifestó no haber mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de ninguna sustancia.

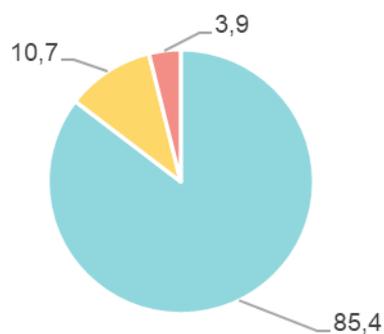
Relaciones bajo el efecto del alcohol y/o otras sustancias



- Nunca he mantenido relaciones bajo el efecto de ninguna sustancia
- Sí, bajo los efectos del alcohol
- Sí, bajo los efectos del alcohol y/o otras drogas
- Sí, además he consumido alguna sustancia durante mis relaciones sexuales

El consumo de alguna sustancia antes o durante las relaciones sexuales puede darse de manera esporádica o al mantener relaciones con una pareja sexual, pero cada vez está más extendido su uso en el marco de las *chemsex*. Se trata de reuniones de varios HSH, normalmente en un domicilio particular, para mantener relaciones sexuales bajo el efecto de diferentes sustancias, como el GHB, la mefedrona o la cocaína. Coloquialmente, reciben el nombre de “sesiones” o “chills”. Entre los HSH participantes en el estudio, el 85,4% (11) manifestaron no haber participado nunca en ninguna *chemsex*; el 10,7% (25) manifestó haber participado en una o dos ocasiones para probar la experiencia; y el 3,9% (9) manifestó participar de manera más o menos habitual.

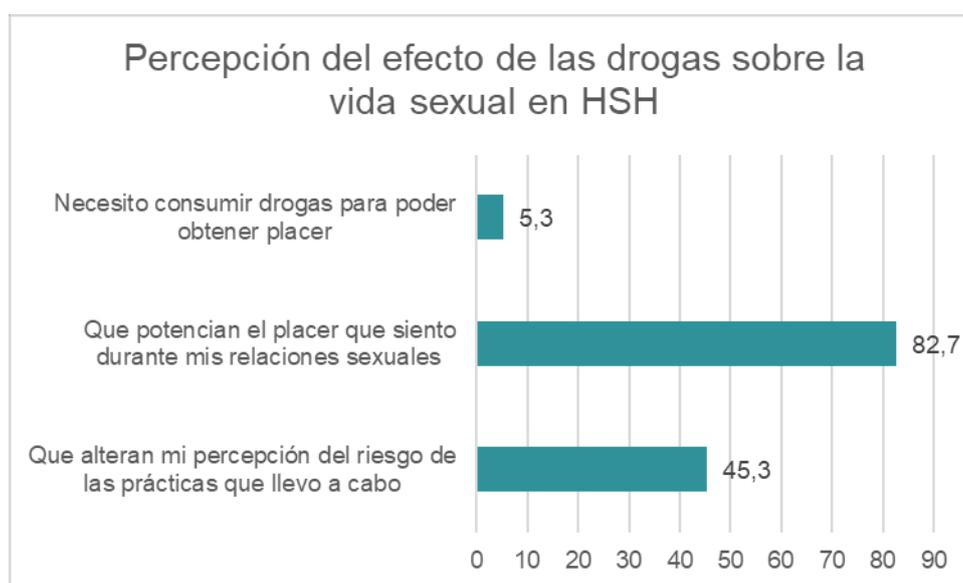
Participación en chemsex



- No, nunca he participado en ninguna
- Sí, en una o dos ocasiones por probar la experiencia
- Sí, de forma más o menos habitual

Aunque nos preocupa especialmente ese 3,9% de los HSH que participa en estos encuentros de consumo y sexo de manera habitual, no podemos olvidar ese 10,7% que ha probado la experiencia, por la posibilidad de que acabe repitiendo e incluyendo esta práctica en su rutina sexual. Estos encuentros son especialmente peligrosos por dos motivos: el primero es el efecto nocivo que tiene para la salud el mero consumo de las diferentes sustancias, además de las mezclas de las mismas que suelen darse en este contexto; y el segundo de ellos es que, asociado al consumo de estas sustancias, se produce una relajación de las medidas de autoprotección de la salud sexual. Debemos recordar que muchas de las sustancias que se utilizan producen desinhibición, una dificultad para controlar los impulsos y una alteración de la percepción del riesgo. Esto supone el caldo de cultivo ideal para que se abandonen los métodos preventivos y se pueda producir una posible infección por VIH u otra ITS.

Por último, preguntamos por la percepción que tenían los HSH participantes en el estudio sobre el efecto que tienen las sustancias sobre sus relaciones sexuales. El 67,8% (158) manifestó no consumir drogas ni antes ni durante sus relaciones sexuales, mientras que 32,2% restante (75) tenía tres opciones de respuesta, pudiendo seleccionar más de una. 62 participantes en el estudio manifestaron que el consumo de sustancias potencia el placer que sienten durante sus relaciones sexuales, lo que supone el 82,7% de las personas que consumen alguna sustancia. 34 de ellos manifestaron que el consumo de sustancias altera la percepción del riesgo que tienen de las prácticas que llevan a cabo, lo que supone el 45,3% de los que afirmaron tomar alguna droga. Y, por último, 4 de ellos manifestaron que necesitan consumir alguna sustancia para poder obtener placer sexual, lo que supone el 5,3% del total de HSH que las consumen.



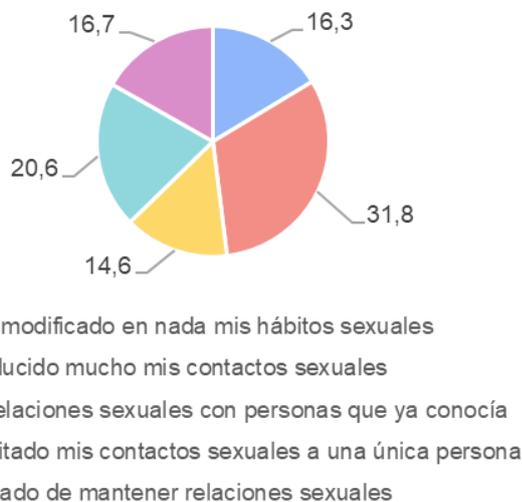
Como puede observarse, más del 80% reconoce que el consumo de sustancias en un contexto sexual potencia el placer que sienten, lo que puede explicar el inicio y, sobre todo, el mantenimiento de este consumo antes y durante las relaciones sexuales. Casi un 50% de los HSH que afirman consumir alguna sustancia, reconoce que este consumo altera la percepción del riesgo que tienen sobre sus prácticas sexuales, motivo por el cual son un importante peligro para la transmisión del VIH y otras ITS. Por último, vemos la cara más amarga del consumo (y, en este caso, nos atrevemos a decir que también de la adicción a las sustancias): más de un 5% de los HSH que consumen alguna sustancia en un contexto sexual, la necesita para poder sentir placer.

BLOQUE 5: COVID-19 Y PRÁCTICAS SEXUALES

La pandemia de la COVID-19 lleva casi dos años condicionando la vida de millones de personas en todo el mundo. Una de las principales consecuencias que ha tenido a nivel social es el conjunto de medidas de aislamiento y distanciamiento de la población, que ha afectado, entre otras áreas, a nuestra vida sexual. Por eso, no podíamos dejar de indagar en las consecuencias de la pandemia sobre la vida sexual y rutina de prueba de VIH de los HSH extremeños.

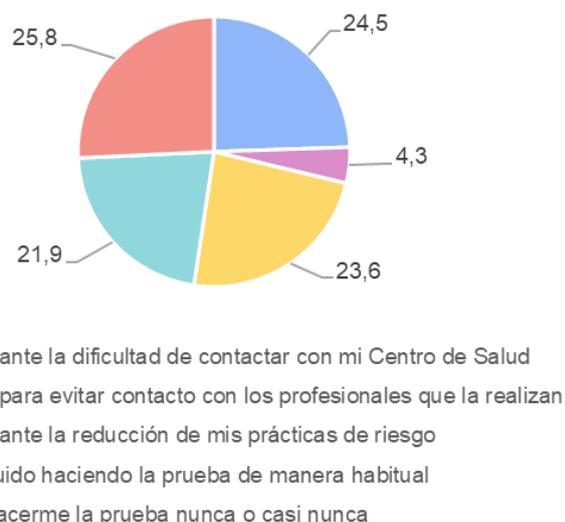
En cuanto a las estrategias para evitar infectarse por COVID-19 en un contexto sexual, el 16,3% de los HSH participantes en el estudio (38) manifestó no haber modificado sus hábitos sexuales; el 31,8% (74) reconoció haber reducido mucho sus contactos sexuales como consecuencia de la pandemia; el 14,6% (34) manifestó que, desde el inicio de la pandemia, solo mantenía relaciones sexuales con personas que ya conocía previamente; el 20,6% (48) afirmó haber limitado sus contactos sexuales a una única persona; y el 16,7% (39) reconoció que había dejado de mantener relaciones sexuales como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

Estrategias para prevenir la COVID-19 a través de los contactos sexuales



En relación a la rutina de prueba del VIH, el 24,5% (57) manifestó que su rutina de pruebas se había interrumpido por las dificultades para contactar con su centro de salud de referencia; el 4,3% (10) interrumpió la realización de pruebas de VIH para evitar el contacto con los profesionales que la realizan; el 23,6% (55) dejó de hacerse la prueba debido a que no había tenido prácticas de riesgo en este periodo; el 21,9% (51) manifestó que se había seguido haciendo la prueba de manera habitual; y el 25,8% (60) reconoció que no suele hacerse la prueba del VIH, por lo que la pandemia de la COVID-19 no le ha afectado en ese sentido.

Alteración de rutina de prueba de VIH como consecuencia de la pandemia de la COVID-19



A la hora de interpretar estos datos, debemos tener en cuenta que fueron recogidos hace un año, por lo que intuimos que el efecto de la pandemia sobre la vida sexual y rutina de prueba de VIH de los HSH (y sobre el resto de la población) se habrá ido reduciendo con el tiempo y la mejora de la situación epidemiológica de la COVID-19 en nuestro país.

Por último, dimos un espacio para plantear las dudas y cuestiones que los HSH participantes en el estudio quisiesen comunicarnos. Este espacio fue utilizado principalmente para dos cosas: en primer lugar, hubo varios participantes que lo aprovecharon para comunicar alguna experiencia en el sistema sanitario o alguna anécdota en relación a su vida sexual o su salud sexual. Y, en segundo lugar, otros tantos lo utilizaron para felicitar a Triángulo Extremadura por preocuparse de mejorar sus intervenciones con la población HSH, así como para interesarse en los resultados del estudio.

CONCLUSIONES

Podemos extraer algunas conclusiones interesantes de los numerosos datos que acabamos de exponer. Las que nos han parecido más importantes y destacadas son:

- Debemos seguir trabajando en una estrategia que combine diferentes formatos y medios, para llegar a todas las realidades de los HSH extremeños. Debemos seguir estando presentes en las aplicaciones de contacto más populares entre los HSH, atendiendo las demandas que nos lleguen por este medio, así como utilizando el altavoz que suponen a la hora de compartir nuestras campañas de sensibilización. Pero no podemos olvidar en nuestras intervenciones los medios y contextos más “tradicionales” que tiene los HSH para relacionarse, como los pubs de ambiente o las zonas de cruising. Así como ganar presencia en contextos “generales”, no específicos de población HSH o LGBTI, ya que cada vez más HSH conocen otros hombres en estos espacios.
- En relación al uso intermitente que hacen los HSH del preservativo, debemos ser conscientes de que hay prácticas en las que su uso no resulta satisfactorio y, por tanto, existen serias dificultades a la hora de llevar a cabo tareas de sensibilización en este sentido. Nos estamos refiriendo principalmente al sexo oral. Aunque vamos a encontrar importantes trabas para aumentar su uso, al menos debemos trabajar en concienciar a la población HSH extremeña de los riesgos que supone, por ejemplo, para la transmisión de ITS de tipo bacteriano.

- En cuanto al sexo anal, debemos seguir incidiendo en la importancia del uso del preservativo, así como en la necesidad de utilizar un buen lubricante que sea compatible con el mismo, debido a que es, sin duda, la práctica sexual que más riesgo presenta para la infección por VIH, por un motivo meramente biológico. La información sobre la importancia del lubricante es fundamental, debido a que el segundo medio más utilizado como lubricación sigue siendo la saliva, fluido que se seca con facilidad, haciendo más agresiva la fricción de la penetración y, por tanto, facilitando la aparición de heridas o microheridas en la mucosa anal, que supongan una vía de entrada del virus al torrente sanguíneo.
- Además de seguir incidiendo en la importancia del preservativo y el lubricante en el sexo anal, debemos ser conscientes de que hay un porcentaje de los HSH que no van a utilizar dichos medios. Para ellos, debemos seguir fomentando el uso de estrategias alternativas, como la PrEP, que supone una herramienta fundamental para frenar el avance de las nuevas infecciones de VIH; además del avance de otras ITS, gracias al cribado trimestral de ITS que lleva aparejado su uso.
- Por otro lado, es necesario que los HSH tomen conciencia de la importancia del diagnóstico precoz del VIH por dos motivos: para que la persona reciba el diagnóstico cuanto antes y pueda acceder al tratamiento con la mayor brevedad posible; y para frenar la cadena de transmisión del virus. En este sentido, debemos trabajar por reducir ese casi 60% de HSH que no tiene establecida una rutina de prueba de VIH, además de acabar con ese 20% que no se ha hecho nunca ninguna prueba.
- Aunque más de la mitad de los HSH extremeños conoce su estado serológico gracias al esfuerzo de la atención primaria, y la mayoría refiere haber recibido un buen trato por parte de los profesionales sanitarios, debemos seguir trabajando en la sensibilización y la no estigmatización de la salud sexual entre algunos profesionales del Servicio Extremeño de Salud. Deben entender que la ideología tiene que quedarse en la puerta de la consulta, que la salud sexual es salud y que hacerse la prueba es un gesto de responsabilidad individual y colectiva.
- En relación a la prueba rápida del VIH, si bien las valoraciones fueron muy positivas, hubo algunas experiencias de HSH que desconocían que se llevasen a cabo en Extremadura, por lo que debemos seguir trabajando en la difusión; y otras que aludían a una falta de espacios cercanos para hacérsela, lo que nos señala la necesidad de hacerla más accesible a toda la población extremeña, no solo a aquella que se concentra en las grandes ciudades de nuestra comunidad.

- En lo que a las conductas de riesgo se refiere, encontramos que, además de los accidentes con el preservativo, muchos HSH siguen sin usar protección basándose en cuestiones subjetivas como la “confianza mutua”. Debemos seguir incidiendo en las herramientas que existen cuando se produce una rotura del preservativo, o bien una falta de uso. Nos referimos, principalmente, a la profilaxis post-exposición al VIH. Herramienta que, si bien lleva aprobada varios años en nuestro país, desconocen muchos HSH y, lo que nos parece aún más grave, muchos profesionales sanitarios. Además, debemos seguir combatiendo las ideas irracionales que se producen en torno a la salud sexual, como el pensar que una relación sexual con un conocido tiene menos riesgo que una con un desconocido.
- En cuanto a la PrEP, encontramos un alto porcentaje de HSH que la conocen, a pesar de que se aprobó en nuestro país hace solo dos años. Debemos seguir informando sobre esta herramienta preventiva porque, si bien no es una alternativa al uso del preservativo, puede ser fundamental en personas que hagan un uso intermitente de él, o directamente no lo utilicen. Además, debemos seguir trabajando para acabar con el consumo de este tratamiento fuera del sistema sanitario, por los diferentes peligros que presenta, como la posibilidad de tomar un tratamiento en mal estado, o la falta de controles periódicos por parte un profesional sanitario.
- El 70% de los HSH participantes manifestaron haber mantenido relaciones bajo el efecto del alcohol u otra sustancia. Esto nos preocupa especialmente, por la interferencia que hacen muchas de estas sustancias con las medidas de autoprotección en materia de salud sexual, favoreciendo la desinhibición en un contexto sexual y dificultando la percepción del riesgo de las conductas que llevan a cabo.
- En relación a las *chemsex*, aunque siguen siendo un fenómeno minoritario en nuestra comunidad autónoma, nos preocupa que casi un 15% de los HSH del estudio ya hayan participado en una de estas “sesiones”, por el riesgo potencial que suponen para la salud sexual – y para la salud en general – de las personas que participan en ellas. Seguiremos muy de cerca la evolución de este tipo de encuentros, por las consecuencias que tienen, desde una posible adicción a las sustancias, hasta una posible vía de infección para el VIH o cualquier otra ITS.
- Por último, cabe destacar el impacto que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en la vida sexual de los HSH (y del resto de la población), así como en la rutina de realización de prueba de VIH. Esta pandemia lleva condicionando nuestra vida casi dos años y, un ámbito que se caracteriza por el contacto directo entre personas, no podía quedar

exento. Esperamos que, a medida que avance la vacunación en el resto del mundo, y vayamos dejando atrás esta dura etapa, recuperemos la “normalidad” en lo que al disfrute de nuestra vida sexual se refiere, y que éste vaya acompañado de una mayor y mejor educación sexual, un aumento del uso de las medidas de protección frente al VIH y resto de ITS y un incremento de la detección precoz del virus.

Nos hemos planteado algunas limitaciones del estudio, y algunas propuestas de mejora, de cara a una futura actualización y ampliación del mismo. Como hemos señalado a lo largo del presente documento, la principal limitación que presenta son las carencias metodológicas con las que cuenta. Debemos ser conscientes de que esto no es un estudio científico, y que no contamos con los medios materiales ni humanos para llevarlo a cabo. Se trata una aproximación, desde la intervención social y comunitaria, a la realidad de los HSH extremeños, colectivo con el que llevamos trabajando 25 años.

A pesar de estar satisfechos con el número y variabilidad de la muestra, consideramos importante buscar las estrategias para hacerlo llegar a los sectores de la población HSH extremeña que no han participado en el estudio en esta ocasión. Nos estamos refiriendo, por ejemplo, a los HSH mayores de 65 años. Aunque el Informe de vigilancia epidemiológica del Plan Nacional sobre el Sida y el Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII muestra un predominio de la infección por VIH en jóvenes, debemos ser conscientes que hay HSH mayores que también se infectan y que no podemos olvidarlos, ni invisibilizar sus realidades, en el trabajo que llevamos a cabo desde Triángulo Extremadura.

Aunque consideramos que el estudio va a cumplir su principal objetivo – mejorar nuestra intervención con los HSH extremeños – y que también arroja numerosos datos y conclusiones interesantes, debemos ser cautos a la hora de interpretar los resultados y de extrapolarlos al conjunto de la población a la que hacen referencia. Esperamos que no solo sirva para mejorar nuestro trabajo en materia de prevención de VIH y que esta aproximación a los hábitos sexuales de los HSH que residen en Extremadura arroje algo de luz y sirva para orientar el trabajo de otros profesionales del ámbito social y sanitario de nuestra comunidad autónoma.

+info

663 054 602 / 627 367 285
924 260 528

salud.extremadura@fundaciontriangulo.es



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales