

Prácticas sexuales entre hombres: tensiones entre la prevención y el deseo en Bogotá D. C.

Estudio exploratorio
INFORME FINAL

Carlos Fabián Betancourt
Katerine Ariza Ruiz
Edward Geovanni Sánchez
Manuel González Mayorga
INVESTIGADORES

Entidades participantes
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS)
Corporación Red Somos

Alcalde Mayor
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sanchez

Subsecretario de Salud Pública
Patricia Arce Guzman

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Luz Adriana Zuluaga Salazar (e)

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Equipo Vigilancia en Salud Pública VIH e ITS
Manuel González Mayorga
Sol Yiber Beltrán Aguilera

Investigadores
Carlos Fabián Betancourt
Katerine Ariza Ruiz
Edward Geovanni Sánchez Pinzón
Manuel Alfredo González Mayorga

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Corporación Red Somos
Bogotá, Noviembre de 2015

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Ronald Ramírez López

Corrección de estilo
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y Diagramación
Juan Caros Vera Garzón

Agradecimientos
A todas las personas e instituciones que participaron durante todo el proceso.

ISBN
978-958-8313-70-2

Contenido

1. Introducción.....	9
1.1. Los HSH. El porqué de la categoría y su uso al interior de la presente investigación.	10
1.2. Contexto de HSH de Bogotá, D.C.	11
2. Objetivos	13
2.1 Objetivo general	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. Marco teórico	13
3.1. Abordajes de la sexualidad.	13
3.2. Abordajes para la prevención	17
3.3. Las prácticas sociales.....	20
3.4. Las prácticas sexuales	21
3.5. La sexualidad alterna.....	22
3.6. Explorando algunas prácticas sexuales	23
3.6.1. La sexualidad Virtual.....	23
3.6.2. El BB	24
3.6.3. Sadomasoquismo y BDSM	25
3.6.4. Fetichismo.....	26
3.6.5. <i>Fisting</i>	27
4. Métodos	27
4.1. Limitantes y retos metodológicos al hablar de sexualidad.....	28
4.2. Fases metodológicas.....	29
4.2.1. Fase de alistamiento	29
4.2.2. Fase de recolección de información.....	32
4.2.3. Fase de sistematización de información.....	32
4.2.4. Fase de análisis de la información	32
5. El VIH y las ITS, percepciones y significados relacionados con la salud y la salud sexual.....	33
5.1. Atención y tratamiento de las ITS.	35
5.2. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	36
5.3. El VIH y las prácticas sexuales	38
5.4. Atención y tratamiento del VIH.....	38
5.5. Caracterización del <i>bareback</i> (BB) y las prácticas sexuales alternas	39
5.5.1. Cuerpo-objeto y placer.....	39
5.5.2. Prácticas sexuales alternas	40
5.5.3. Semen, VIH y BB	48

5.5.4. Serosorting.....	48
5.5.5. Prácticas sexuales y riesgos.....	50
5.6. Uso de sustancias psicoactivas (SPA) y de otras sustancias durante las relaciones sexuales	51
5.6.1. Poppers.....	52
5.6.2. Ácido (LSD).....	52
5.6.3. Ketamina	53
5.6.4. Marihuana	53
5.6.5. Cocaína.....	54
5.7. Significados asociados a la prevención y al uso del condón.....	54
5.7.1. Significados asociados a la prevención	54
5.7.2. Discursos asociados a la prevención	54
5.7.3. Significados y usos del condón	55
5.7.4. Acceso a condones	58
5.7.5. Más allá del condón: la prevención dentro de las prácticas sexuales	58
5.7.6. Información para la prevención	59
5.7.7. Oportunidad en el acceso de la información para la prevención.....	60
5.7.8. ¿Hacia dónde consideran los participantes que debe ser orientada la prevención?.....	60
6. Resultados	62
6.1. Descripción de la población	62
6.1.1. Nivel educativo	62
6.1.2. Estado civil y parejas.....	63
6.1.3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	63
6.1.4. Orientación y papel sexual.....	63
6.2. Caracterización de los contextos físicos y virtuales en los que tienen lugar el <i>bareback</i> (BB) y las prácticas sexuales alternas entre los HSH en Bogotá, D. C.	63
6.2.1. Contextos físicos	63
6.2.2. Contextos virtuales	67
6.2.3. Guías <i>gay</i>	70
6.2.4. Redes sociales	71
7. Conclusiones.....	76
7.1. Respecto a las informaciones disponibles sobre prácticas alternas y el <i>bareback</i>	76
7.2. Sobre la prevención.....	77
7.3. Sobre las construcciones y los significados de la salud, la enfermedad, el VIH y las ITS.....	79
7.4. Sobre las prácticas sexuales alternas	79

7.5. Consideraciones especiales en el estudio, sobre los HSH en contextos de comercio sexual, como una categoría emergente e invisibilizada	80
8. Recomendaciones	82
8.1. Prevención e información	82
8.2. Sobre las construcciones y los significados de la salud, la enfermedad, el VIH y las ITS.....	83
8.3. Sobre las prácticas sexuales alternas	84
Glosario.....	86
Referencias.....	89
Anexos	93
Anexo 1. Consentimiento informado.....	93
Anexo 2. Formato de entrevista semiestructurada.....	95
Anexo 3. Matriz para observación estructurada y sistematización de información recabada	97
Anexo 4. Guía para grupos focales	98
Anexo 5. Encuesta de caracterización	100

Índice de tablas

Tabla 1. Categorías exploratorias y categorías emergentes sobre las prácticas sexuales entre HSH en Bogotá, D.C.....	23
Tabla 2. Unidad hermenéutica de análisis. Operacionalización de categorías	31
Tabla 3. Prácticas sexuales llevadas a cabo por los participantes	40
Tabla 4. Estatus de VIH de los participantes	48
Tabla 5. Tipo de SPA consumidas durante las relaciones sexuales, distribución según número de casos y porcentaje. Bogotá, D.C., 2013	52
Tabla 6. Uso de condón y presencia de ITS.....	56
Tabla 7. Razones aducidas para no usar condón	56
Tabla 8. Descripción sociodemográfica de HSH participantes en el estudio, distribución según el número de casos y porcentaje. Bogotá, D.C., 2013	62
Tabla 9. Localidad de residencia, distribución según el número de casos y porcentaje. Bogotá, D.C., 2013.....	62
Tabla 10. Sitios de preferencia para relaciones sexuales	66

Índice de figuras

Figura 1.	La jerarquía sexual: el círculo mágico vs. los límites exteriores	16
Figura 2.	La jerarquía sexual: la lucha por dónde trazar la línea divisoria	17
Figura 3.	Frecuencia de ITS reportadas por los participantes.....	34
Figura 4.	Exhibición, uso de <i>floggers</i> y de artefactos para <i>spanking</i> dentro del marco del Festival BDSM en Bogotá..	44
Figura 5.	Amarres en sesiones de <i>bondage</i> en Bogotá.....	45
Figura 6.	Imagen circulante en las redes sociales.....	46
Figura 7.	Invitación a indicar el estado de VIH en una aplicación que promueve los encuentros entre hombres	49
Figura 8.	Mensaje circulante en redes sociales <i>bareback</i>	50
Figura 9.	Uso de SPA durante las relaciones sexuales; distribución porcentual. Bogotá, D. C., 2013.	51
Figura 10.	Régimen de seguridad social en salud; distribución porcentual, Bogotá, D. C., 2013.	64
Figura 11.	Autorreporte de orientación sexual; distribución porcentual. Bogotá, D. C., 2013	64
Figura 12.	Tipo de pareja actual; distribución porcentual. Bogotá, D. C., 2013	65
Figura 13.	Información sobre BDSM ..	72

1. Introducción

Desde los años noventa del siglo xx, se ha documentado el aumento de la práctica sexual conocida como *bareback* (BB), o “montar a pelo”, término que define las relaciones sexuales anales penetrativas de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), y, deliberadamente, sin uso de condón (Elford, 2006; Halkitis, Parson & Wilton, 2003; Shernoff, 2005). Esta tendencia, que comenzó a ser cada vez más fuerte entre HSH de Estados Unidos y de Europa (Da Silva, 2009), pronto llegó a Centroamérica y Suramérica. Aunque aún no hay evidencia sobre qué tanto incide esta práctica en el incremento de casos de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el aumento de las tasas de la epidemia coincide con el aumento de esta práctica (Mansergh, 2002). Como información adicional, el comportamiento de dicha epidemia demuestra que más del 50% de las infecciones por VIH en el mundo ocurren a través de relaciones sexuales sin protección.

En Latinoamérica, Colombia es el segundo país con la mayor concentración de personas viviendo con VIH, lo que se relaciona con el número de esa población y con sus altos niveles de pobreza y de desigualdad, los cuales ayudan a conformar contextos propicios para el incremento de las vulnerabilidades a la infección por VIH (Abadía, 2004). En el país, uno de los grupos que se han visto más afectados por la mencionada infección han sido los HSH. Según un estudio del Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por las siglas en inglés de United Nations Fund for Population Activities) (2011), para 2010, la población de HSH en Bogotá, D. C., era de 92 593 hombres (100%), entre los cuales se identificó una prevalencia para el VIH del 15%. Respecto al uso del condón en Bogotá, el mismo estudio identificó que la mayor parte de los participantes conocían los preservativos, sabían dónde encontrarlos (98,5%) y tardarían menos de 30 minutos en obtenerlos (86,4%); sin embargo, solo el 27% de los participantes reportó haberlo usado siempre (MSP-UNFPA, 2011).

Si bien a lo largo de la historia del VIH la población de HSH ha sido una de las más expuestas a campañas para prevenir la transmisión del virus y promover el uso del condón, existe una aparente ruptura entre las formas como se aborda la prevención desde la salud

pública y las prácticas, los sentimientos y los deseos de la población interesada. Un ejemplo de ello es la idea según la cual brindar información basta para que las personas modifiquen sus prácticas sexuales, y, “por lo tanto”, no usar el preservativo es “un producto de la ignorancia o del bajo conocimiento de las poblaciones” (Halkitis, Wilton y Drescher, 2005). Estas ideas no reconocen la sexualidad como un fenómeno social, en el que las experiencias son atravesadas y constituidas a partir de relaciones diversas de poder, y, por tanto, los sujetos no alcanzan a tener un control total y racional sobre sus vidas, ya que estas se hallan influenciadas por los contextos social, económico, político, cultural y moral en los que viven (Estrada, 2006; Crossely, 2004; Sevilla, 1998).

El contexto epidemiológico del país respecto al VIH muestra que las poblaciones juveniles son las más afectadas (incluso, entre los HSH); no obstante, se sabe poco respecto a la percepción de los HSH jóvenes frente al BB y otras prácticas sexuales alternas y las construcciones que se hacen en torno a temas como el cuidado, la prevención, el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Tampoco existe un cuerpo teórico sólido, que permita identificar las diferentes situaciones en las cuales se ven involucrados estos sujetos en Bogotá, D. C., y que denoten las relaciones de poder, las informaciones que poseen respecto a la prevención o si viven situaciones de violencia sexual, así como tampoco hay descripciones respecto al uso de sustancias psicoactivas, el acceso a condones, el placer y el trabajo sexual, entre otras.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio “Visión 2019” y en el Plan Nacional de Salud Pública (ONUSIDA, 2014), se dictamina que la salud sexual y reproductiva y el VIH son ejes de trabajo prioritarios para el país, debido a las consecuencias que la infección tiene sobre las diferentes poblaciones.

El Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011 presentaba en su objetivo 5 la necesidad de disponer de información oportuna para comprender la situación y la dinámica de la epidemia, y así generar una respuesta nacional ante el VIH (MPS-ONUSIDA, 2008). Si bien el BB como fenómeno ha llamado la atención de las agencias y de las personas involucradas en la prevención del VIH, aún no hace parte de la

agenda de trabajo desde la salud pública; posiblemente, porque se lo considera un fenómeno confinado a un grupo poblacional específico (Halkitis, et al. 2005).

A pesar del largo historial de estrategias y de campañas en torno a la promoción del uso del condón, se sabe muy poco acerca de las razones de los HSH para no usarlo; así mismo, se tiene poca información sobre las prácticas sexuales de los HSH en Bogotá. Todo ello ha generado un rezago respecto al reconocimiento de las motivaciones de los HSH para tener relaciones sexuales sin protección, de sus prácticas sexuales y de la inclusión de otros elementos y nociones de prevención, que puedan ser útiles en el desarrollo de propuestas para el abordaje de la prevención y el uso del condón que resulten adecuadas para esta población.

El VB y otras prácticas sexuales alternas implican una diversidad de significados y de experiencias, las cuales, a su vez, interactúan de múltiples formas con la prevención. En este escenario, reconocer las motivaciones, los significados y los sentidos relacionados con prácticas sexuales alternas y con el no uso deliberado del condón resulta imprescindible para dilucidar elementos fundamentales a la hora de diseñar e implementar acciones en torno a la prevención de las ITS (especialmente, del VIH) entre los HSH.

1.1. Los HSH. El porqué de la categoría, y su uso en la presente investigación

El concepto de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)¹ fue introducido en América Latina hacia la década de 1990, dentro de las estrategias de prevención, como una categoría epidemiológica que buscó articular las diferentes tipologías de hombres, que no necesariamente se identifican como homosexuales y tienen relaciones sexuales con otros con la misma anatomía masculina (OPS, 2006); esta categoría

emergió con el objeto de generar discursos explicativos en el avance de la epidemia de VIH en diferentes regiones y países.

Este intento articulador, que enfatiza un ejercicio sintético por parte de la epidemiología, surgió en el contexto de un enfoque cuyo eje fundamental de acción lo constituía la concepción de las prácticas riesgosas como una entidad ordenadora de los discursos de prevención, por lo cual se basaba la acción en modificar las conductas y se hacía eco de la idea de que determinadas prácticas desprotegidas guardaban una correlación directa e indisoluble con ciertas poblaciones específicas —verbigracia, el sexo anal entre las comunidades homosexuales y el consiguiente riesgo que implica este frente al VIH—.

Aunque el término HSH (Hombres que tienen Sexo con Hombres) se acuñó con el fin de impedir procesos discriminatorios y excluyentes (LigaSida, 2000), pocos años después de su aplicación empezó a plantear una serie de inconformidades, frente a las cuales el discurso epidemiológico observó que esta categoría no podría dar cuenta de las realidades disímiles de la vida sexual de las poblaciones que buscaba articular. La epidemiología, que empezaba a incluir elementos de la antropología con el propósito de hacer cada vez más amplia y compleja la posibilidad de comprensión de esas realidades, recibió duras críticas al usar dicho término, por estar basado en las prácticas sexuales y dejar de lado las identidades, pues no todos los HSH son homosexuales.

La situación descrita se tornó aún más complicada cuando se trató de abordar dentro del mismo espectro a las personas *trans*, en quienes el tema de la identidad es mucho más complejo. Por su parte, los hombres gay plantearon también su inconformidad al ser aglutinados en esa categoría, y llamaron la atención sobre el reduccionismo que implica clasificar a partir de las prácticas sexuales y su generalización.

Si bien la discusión sobre esta categoría cobra cada vez más vigencia, lo cierto es que los modelos epidemiológicos la siguen acogiendo, y los estudios, las mediciones y las investigaciones insisten en usarla, al no contar con otro tipo de categoría articuladora, que permita el acercamiento a estas poblaciones; no, por lo menos, en lo que concierne a las prácticas sexuales. Por esa razón, se ha acogido el término HSH, para efectos del presente estudio, pues la discusión de interés no se centra

1 Hacia 2006, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo las siguientes recomendaciones respecto al uso de la categoría HSH: “Utilícese ‘HSH’ para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Para referirse a individuos que se identifican a sí mismos como hombres que están orientados sexualmente hacia individuos de su mismo sexo, se debe utilizar ‘hombres homosexuales’, ‘gays’ y otros términos que sean culturalmente apropiados y no despectivos y estigmatizantes. ‘HSH’ describe un comportamiento, mientras que ‘hombres homosexuales’ describe una identidad. ‘Hombres homosexuales’ es un término objeto de estigma, mientras que ‘HSH’ no. *Utilícese cada uno de ellos como resulte más adecuado en cada contexto, y no como sinónimos*”.

en los problemas derivados de la identidad sexual y su construcción, sino en la construcción de sentidos que desde las prácticas emergen entre hombres.

Dentro del marco descrito, para efectos de esta investigación, se toma la categoría HSH para denotar a cualquier tipo de hombre que tenga sexo con otro hombre, sin enfatizar su identidad sexual o de género, ni su autodefinición, ya que ésta es una categoría ampliamente referida en la literatura. Por la misma razón, se aleja de una definición más reciente: “Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres”, no solo por no ser de amplia referencia, sino porque el concepto de sexo también ha evolucionado, y no se circunscribe tan solo a elementos biológicos, sino que da cuenta de complejas formas de relacionamiento; por tanto, su pertinencia es fundamental en la presente investigación.

1.2. Contexto de HSH en Bogotá, D.C.

Hacer un estudio sobre la sexualidad, y, en particular, sobre las prácticas sexuales de los HSH, en Bogotá implica contextualizar quiénes son esos hombres, dónde están, a qué se dedican, cómo son sus condiciones de salud y sus niveles de educación, entre otros aspectos de sus vidas. Haciendo uso de los estudios y las investigaciones disponibles sobre dicha población en el país (y, en especial, para Bogotá), se presentan los siguientes elementos sobre esa población en la ciudad.

Si bien el país no cuenta con un censo poblacional de HSH, en 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), llevaron a cabo un estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH en siete ciudades de Colombia, y en el cual se hace un estimativo de la población HSH de la zona urbana, una caracterización de la población participante de la muestra y una estimación de la prevalencia del VIH en dicho grupo poblacional (MSPS-UNFPA, 2011).

En el mencionado estudio, para Bogotá, el estimado de HSH correspondió a 92 593 personas (IC95% 43 855-141 330). De las personas participantes en dicho estudio, el 82,2% pertenecían a los estratos so-

cioeconómicos 0, 1, 2 y 3, y el 16,9%, a los estratos 5 y 6. El 53,2% tenía algún nivel de educación superior (educación universitaria, técnica o tecnológica), y el 38,1% tenía estudios de secundaria (completa o incompleta), mientras que el 8,8% tenía educación primaria (completa o incompleta) o no reportó sus niveles de escolaridad (MSPS-UNFPA, 2011).

En cuanto al estado civil, el estudio reportó que el 83,2% de los participantes para la ciudad eran solteros, mientras que los HSH casados o que vivían en unión libre correspondió al 13,5%. El 16,3% de los participantes del estudio declararon haber estado casados o haber vivido alguna vez con una mujer (MSPS-UNFPA, 2011).

Respecto a la ocupación, el 47,5% reportó que durante los 7 días previos al estudio habían estado trabajando como empleados o trabajadores independientes; el 32,8% expresó haberse encontrado estudiando y trabajando, y el 10,7%, haber estado desempleados. En el mismo estudio, se encontró para la ciudad que el 52% de la población estaba afiliada a una entidad promotora de salud (EPS) del régimen contributivo (EPS-C), y el 23,1%, a una EPS del régimen subsidiado (EPS-S); mientras, el 22,9% de los participantes no tenían afiliación (MSPS-UNFPA, 2011).

Sobre el comportamiento sexual, el estudio reportó que el 69,5% de los participantes se autoidentificaron como homosexuales; el 26,1%, como bisexuales, y el 3,7%, como heterosexuales. Del total de participantes, el 66,1% habían tenido relaciones sexuales no comerciales con 1-4 personas a lo largo de los últimos 12 meses; el 24,1%, con 5-10 personas, y el 9,8%, con más de 10 personas. Del total de la muestra, el 30,5% manifestó tener una pareja estable. De dicho grupo, el 5,5% manifestó que su pareja vivía con el VIH. El 98,4% de los participantes que manifestaron tener pareja estable durante el último año habían tenido sexo anal, y un poco más de la mitad de estos (el 55,2%) no habían usado condón en su última relación sexual (MSPS-UNFPA, 2011).

Para Bogotá, D.C., el 85,9% de los participantes manifestaron que a lo largo del último año habían tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, de las cuales el 4,3% admitieron que tenían diagnóstico de VIH. Con las parejas ocasionales, el 92,1% manifestaron que a lo largo del último año habían tenido relaciones sexuales anales penetrativas. El 49,7% expresaron haber usado condón todas las veces durante sus en-

cuentros sexuales con este tipo de parejas. Los lugares donde los HSH participantes del estudio en Bogotá encuentran parejas ocasionales son, en su orden: bares y otros establecimientos de rumba; por medio de personas conocidas, y por medio de páginas de Internet. El 24,2% de la muestra para Bogotá manifestaron que alguna vez en su vida habían recibido dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas. Por su parte, el 12,8% habían pagado alguna vez en su vida por este tipo de relaciones sexuales (MSPS-UNFPA, 2011).

En cuanto al acceso a condones y a lubricantes, el estudio encontró que el 98,5% de la muestra para la ciudad saben dónde pueden adquirirlos, y el 35% conoce a personas con quienes podrían acceder a condones, y de las cuales, a su vez, el 70% son sus amigos. El tiempo promedio estimado para acceder a un preservativo entre los participantes fue de 30 minutos; solo el 12,7% de los participantes tardarían más de 30 minutos. Del total de la muestra para la ciudad, el 27,1% reportaron haber usado condón en todas las relaciones sexuales; el 40,4%, en la mayoría de sus encuentros sexuales; el 28,4%, en algunas relaciones sexuales, y el 4,1% manifestó no haberlo usado nunca durante sus encuentros sexuales.

Al comparar los datos sobre el uso de condón en HSH con pareja estable y pareja ocasional con la población general del país, el dato disponible más aproximado corresponde a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada por Profamilia en 2010, y según la cual las mujeres en unión y las mujeres no unidas presentan porcentajes mucho menores en cuanto al uso del preservativo: el 8% y el 10%, respectivamente (Profamilia, 2010), comparadas con la población de HSH participantes en el estudio de MSPS-UNFPA-SDS.

Respecto a los lubricantes, el 81,9% saben dónde pueden adquirirlos. El 15,7% conocen a personas con quienes podrían acceder a lubricantes; los amigos, con el 92,5% de los casos, son las personas con quienes podrían acceder mayoritariamente a dichos productos. El 80,8% de los participantes usaron alguna vez lubricantes. A lo largo del último año, el 35,6% de los participantes los habían usado siempre en las relaciones sexuales; el 28,4%, la mayoría de las veces, y el 33,6%, algunas veces; el 2,4% aseguraron nunca haberlos usado (MSPS-UNFPA, 2011).

En cuanto a los conocimientos sobre la transmisión y la prevención del VIH, se encontró que el 99% de

la muestra habían escuchado hablar sobre el VIH; de estos, el 50% lo hicieron a través de los medios de comunicación, seguidos por los establecimientos educativos (46%) y las instituciones de salud (29%). A lo largo de los últimos 12 meses, el 26% habían participado en actividades de información o educación sobre el VIH; de estos, el 40% lo habían hecho en organizaciones no gubernamentales (ONG), y el 31%, en hospitales y centros de salud.

El 92% de los participantes en el estudio saben que se puede prevenir el VIH mediante el uso correcto del preservativo durante toda la relación sexual, y el 75%, que se puede teniendo una sola pareja sexual que no viva con el virus. El 25% de la muestra manifestaron que a lo largo del último año se habían hecho la prueba de VIH; de estas personas, el 12% se tomaron la prueba por solicitud de un tercero, mientras que el 77% lo hicieron por voluntad propia (MSPS-UNFPA, 2011).

El 98% de los participantes en Bogotá reportaron haber consumido alguna vez alcohol o drogas. Durante los últimos 12 meses, el 96,1% manifestaron haber consumido alcohol; el 30,9%, marihuana, y el 10,1%, *popper*. El 27% de la muestra en Bogotá habían tenido alguna ITS.

Los estudios para la infección por VIH en el país han mostrado que la infección se concentra en el grupo de población de HSH. El estudio desarrollado por MSPS-UNFPA-SDS estableció para la ciudad una prevalencia de la infección por VIH del 15%. Comparada con las otras ciudades participantes del estudio, Bogotá ocupó el segundo puesto, después de Cali, con el 24,1%. Los datos de prevalencia de las demás ciudades participantes fueron: Barranquilla, con una prevalencia del 13,6%; Cúcuta, del 10,9%; Cartagena, del 10%; Medellín, del 9,1%, y Pereira, del 5,6% (MSPS-UNFPA, 2011).

En otro estudio, adelantado por la Universidad George Washington, en conjunto con Profamilia, sobre los HSH en Bogotá, se encontró una prevalencia del 12,4% para los HSH participantes en el estudio. Del total de la muestra, a lo largo de los últimos 3 meses, el 61% habían tenido sexo anal sin condón, y el 5%, sexo vaginal sin protección. En esta investigación, se halló que el desplazamiento interno aumentaba el riesgo de VIH para los HSH, pues se presentan situaciones como el trabajo sexual y el intercambio de sexo por comida o por vivienda, lo que motiva un mayor acceso a compañeros sexuales (Zea, et al., 2013).

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Caracterizar la práctica del *bareback* (BB) y sus significados entre la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), de Bogotá, D.C., así como las prácticas sexuales alternas de esta población y sus contextos de vulnerabilidad, buscando elementos que permitan establecer diálogos desde la prevención con las políticas públicas relacionadas con los HSH.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar los contextos físicos y virtuales en los que tienen lugar en Bogotá el BB y las prácticas sexuales alternas entre los HSH.
- Identificar en los practicantes del BB y en personas con prácticas sexuales alternas las percepciones y los significados relacionados con la salud y la salud sexual.
- Caracterizar entre los HSH participantes del estudio en Bogotá, D.C., las prácticas sexuales alternas que llevan a cabo.
- Reconocer en los practicantes del BB y en personas que tienen prácticas sexuales alternas los significados asociados a la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Aproximarse a los significados que los practicantes del BB y las personas con prácticas sexuales alternas le otorgan al uso del preservativo.
- Identificar elementos en la práctica del BB y las prácticas sexuales alternas que puedan ser útiles para construir o reorientar políticas públicas o programas de salud relacionados con la prevención del VIH y otras ITS.

3. Marco teórico

El siguiente marco muestra, en primer lugar, una perspectiva histórica de los diferentes abordajes que se han dado en materia de sexualidad, y presentando elementos como el biopoder y los contextos en los que ha emergido el control sobre los cuerpos desde instancias como la ciencia, la medicina y la pedagogía.

Posteriormente, se brindan elementos orientados a la comprensión de las prácticas sexuales, su caracterización y los universos simbólicos construidos en torno a ellas, y los cuales han estado permeados por los discursos de la ética y el derecho.

De igual forma, se contextualiza el escenario en el que se han construido diferentes discursos en torno al VIH mostrando cómo la epidemiología ha ido modulando escenarios, sujetos y abordajes.

Finalmente, se contextualizan las prácticas sexuales como prácticas sociales, y se presenta una explicación

de cada una de las abordadas en este trabajo, correspondientes, a su vez, a las que han emergido en las interacciones con los sujetos participantes en el desarrollo del estudio.

3.1. Abordajes de la sexualidad

Las formas como se han entendido el sexo, el género y la sexualidad han impactado en diferentes ámbitos de la vida social, y así han generado significaciones particulares sobre lo bueno y lo adecuado en cuanto a ser mujer y a ser hombre se refiere. En este sentido, el sexo, el género y la sexualidad han sido construidos guardando una íntima relación con la biología, la psiquiatría, la medicina y la religión, espacios que han enfatizado en las funciones fisiológicas y reproductivas de los seres humanos, así como en la definición de lo normal y lo patológico.

En la constitución de la modernidad², fue invisibilizado y silenciado todo lo distinto del hombre blanco occidental: las mujeres, los negros, los indígenas, los niños, los viejos y los discapacitados, entre otros. También les sucedió a los hombres y a las mujeres con identidades y orientaciones sexuales diferentes de la heterosexual. Un autor que permite reconocer dichos procesos de construcción y de discriminación es Michel Foucault.

Un primer elemento que este autor resalta es que en las sociedades occidentales, el sexo y la sexualidad han jugado un papel trascendental, tanto en la construcción de los valores y los ideales modernos occidentales como en la conformación del poder. Para Foucault, la sexualidad es y hace parte de la norma, del saber, del sentido, de la disciplina y de las regulaciones; y, lo que es más importante, es a partir de la sexualidad como se conforma el régimen binario que separó lo lícito de lo ilícito y lo permitido de lo prohibido (Foucault, 1977).

La sexualidad, su control y su regulación permiten que los mecanismos de poder se interioricen y se ejerzan en y sobre el cuerpo de las personas. Estas formas de operación del poder serán denominadas por el autor como el *biopoder* y la *biopolítica*; dichos mecanismos son capaces de transformar la vida humana a partir de las intervenciones, las disciplinas y las regulaciones ejercidas sobre el cuerpo desde un poder trascendente (Foucault, 1977).

La posibilidad de regular la vida a través del cuerpo surge de un proceso en el que se construyen discursos y prácticas respecto a la sexualidad, que se entrelazan y, de alguna manera, perviven hasta nuestros días. Un primer momento en el cual se puede reconocer cómo se inician el control y la regulación de la sexualidad ocurre en el siglo XVI, cuando se da un auge de los procedimientos de dirección y examen de conciencia relacionados con las prácticas de la confesión, que pedían al buen cristiano confesar todo pensamiento y toda acción respecto al sexo. Para el siglo XVII, a estas prácticas de la confesión se articularán, de manera clara, las grandes prohibiciones respecto

a la sexualidad: la prohibición para hablar de sexo y la prohibición de las prácticas sexuales por fuera del dispositivo de la alianza, por cuanto dicha institución sería la única que podría garantizar la vivencia legal y moral de la sexualidad³ (Foucault, 1977).

En el siglo XVIII, se dio una transformación importante sobre el manejo del sexo, el cual se posicionó como un asunto de Estado, que requirió vigilancia y control. Acudiendo a la racionalidad y los estatutos científicos, se institucionalizaron los discursos sobre el sexo, a través de la economía, la medicina, la psicología y la pedagogía. Ya en el siglo XIX, aparecieron de manera manifiesta las tecnologías médicas del sexo orientadas a controlar el capital patológico de la especie, a través del control de la reproducción y de las anomalías. A partir de ese mismo siglo, la homosexualidad se constituye como una naturaleza, una especie singular que es capaz de invertir lo masculino y lo femenino. Esta mecánica del poder, basada en la medicalización del sexo, según dirá Foucault, no pretende suprimir la disparidad: por el contrario, busca darle una realidad analítica, visible y permanente, la cual incorpora en los cuerpos las conductas objeto de clasificación, orden y discriminación (Foucault, 1977).

Gracias a la medicalización del sexo y la sexualidad, en el mundo se histeriza⁴ el cuerpo de la mujer, se pedagogiza la sexualidad de los niños (control de la masturbación); la procreación se convierte en un tema público (control de la natalidad) y se establece lo que sería lo normal/anormal y lo patológico de la sexualidad (Foucault, 1977). Rubyn (1986) explicará que los grupos humanos, a partir de la normativización y regulación de la sexualidad, han establecido unos papeles para hombres y mujeres, así como unas prácticas, unas identidades y unas orientaciones sexuales aceptadas socialmente: la heterosexualidad, la monogamia y las relaciones sexuales con fines procreativos. Dicha normatividad ha sido expresada y construida a través de doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas⁵.

2 La modernidad, como proyecto político, económico, social y cultural, representó y construyó al mundo en dos mitades opuestas: allí se inscribieron los valores de lo bueno y lo malo, lo deseable y lo indeseable. Estas mitades se tradujeron en discursos y prácticas que dieron origen a unas ideas políticas, económicas, sociales y culturales desde Europa a todo el mundo. Los mencionados pares binarios permiten la constitución de identidades homogeneizantes y esenciales, en las que se separa un Yo del otro. En lo referente a la sexualidad, se crearán binarismos que tienen en su base las regulaciones y la normatividad de las identidades y las prácticas sexuales heterosexuales, las "únicas" que, en teoría, pueden dar origen y hacer pervivir el sexo con fines procreativos dentro del marco de la familia nuclear.

3 Al respecto, Rubyn señala que en Occidente, el sexo se ha construido desde la negatividad sexual; partiendo de la tradición cristiana, se concibe al sexo en sí mismo como algo pecaminoso, que solo logra resarcir un poco dicho carácter cuando la relación sexual se da en el matrimonio y con fines procreativos.

4 La medicalización de la sexualidad de las mujeres está relacionada con que la histeria fue considerada una enfermedad asociada a su sexualidad, y vinculada también con la neurosis.

5 El procedimiento mediante el cual se atribuye a un cuerpo un género u otro es un procedimiento obligatorio que se da a través de la repetición de normas, las cuales no se pueden descartar por voluntad propia.

El sistema sexo/género se define como el conjunto de disposiciones a partir de las cuales la materia prima biológica del sexo organiza toda la experiencia sexual. Como parte de estas construcciones convencionales, se identificaron las diferencias anatómicas entre lo femenino y lo masculino; es decir, se equiparó lo biológico: el sexo, con lo social. En cuanto al género, adicionalmente, se definió que el deseo sexual se debía orientar hacia el otro sexo anatómico (Rubyn, 1986). Las personas cuyo deseo sexual, así como sus identidades de género y sus prácticas sexuales no se ajustan a las normas establecidas, enfrentan la exclusión, el estigma y la discriminación social⁶.

Según esta autora, las sociedades occidentales modernas clasifican y jerarquizan los actos sexuales, así: en lo más alto de la pirámide de lo sexualmente correcto, se encuentran los heterosexuales casados, seguidos por los heterosexuales monógamos no casados y agrupados en parejas, seguidos de los heterosexuales que no tienen pareja. Las parejas estables de lesbianas y de *gays* están en el borde de la respetabilidad, pero los homosexuales y las lesbianas que no tienen pareja y quienes tienen encuentros sexuales con diversas personas se ubican hacia la parte baja de la pirámide (Rubyn, 1984).

En la parte más baja se encuentra lo más sancionado y despreciado socialmente: los transexuales, los travestis, los fetichistas, los sadomasoquistas, los trabajadores del sexo y los actores porno, así como quienes tienen prácticas sexuales con personas de generaciones diferentes. Rubyn aclara que a quienes se hallan en la parte alta de la pirámide se les reconoce un estatus de salud, legalidad y respeto, en contraposición con las personas ubicadas en los niveles inferiores, y a los cuales se identifica como sospechosos de enfermedad mental, o se los asocia a lo criminal, y no son respetados socialmente.

Como ya lo había señalado Foucault, esa estructuración social se generó gracias a la religión, pero también, en especial, gracias a la medicina y a la psiquiatría, las cuales han creado la idea de una única sexualidad adecuada, así como una serie de categorías sobre las conductas sexuales erróneas (Rubyn, 1984).

6 Si bien en Colombia se ha dado un avance en el reconocimiento de los derechos de las personas con identidades y orientaciones sexuales diversas, estos siguen siendo objeto de debates legales, fundamentados en juicios morales particulares. Un ejemplo claro de tal situación es el reconocimiento del estatuto de familia y la adopción en parejas del mismo sexo.

Como Rubyn lo plantea, la figura 1 corresponde a un esquema general de la organización de los valores sexuales “buenos”, “normales” y “naturales”, como la heterosexualidad, el matrimonio, la monogamia y la reproducción. Dicha sexualidad debe excluir la pornografía, los objetos fetichistas y los juguetes sexuales, entre otros. El sexo “malo” incluye las relaciones sexuales homosexuales, no monogámicas, comerciales y sin fines procreativos, así como la masturbación, las orgías, el encuentro sexual esporádico, el cruce de fronteras generacionales, el sexo realizado en público, el sexo en el que se usa la pornografía, los objetos fetichistas, los juguetes sexuales, etc.

La figura 2 corresponde a la escala de valor en la cual se ubicarán y se trazarán las fronteras entre el sexo bueno y el sexo malo. La autora plantea que si bien el sexo malo se castiga socialmente con el estigma, la exclusión y a través de la ley, algunas de las prácticas eróticas, como el fetichismo y el sadomasoquismo, causan tanta resistencia que ni siquiera se las incluye en las regulaciones de los sistemas legales, como sí ocurre con otras prácticas menos estigmatizadas, como la homosexualidad (Rubyn, 1984).

Estas formas de construir lo sexual, afirma Rubyn, también han propiciado la expulsión y el confinamiento de las poblaciones de personas *gays*, lesbianas y trabajadoras sexuales, entre otros, a lugares específicos de los territorios⁷; según la autora, estas personas tenderán a organizarse de manera oculta en comunidades eróticas subrepticias, donde se generan y se comparten identidades, y donde las personas pueden ser y vivir su sexualidad (Rubyn, 1984).

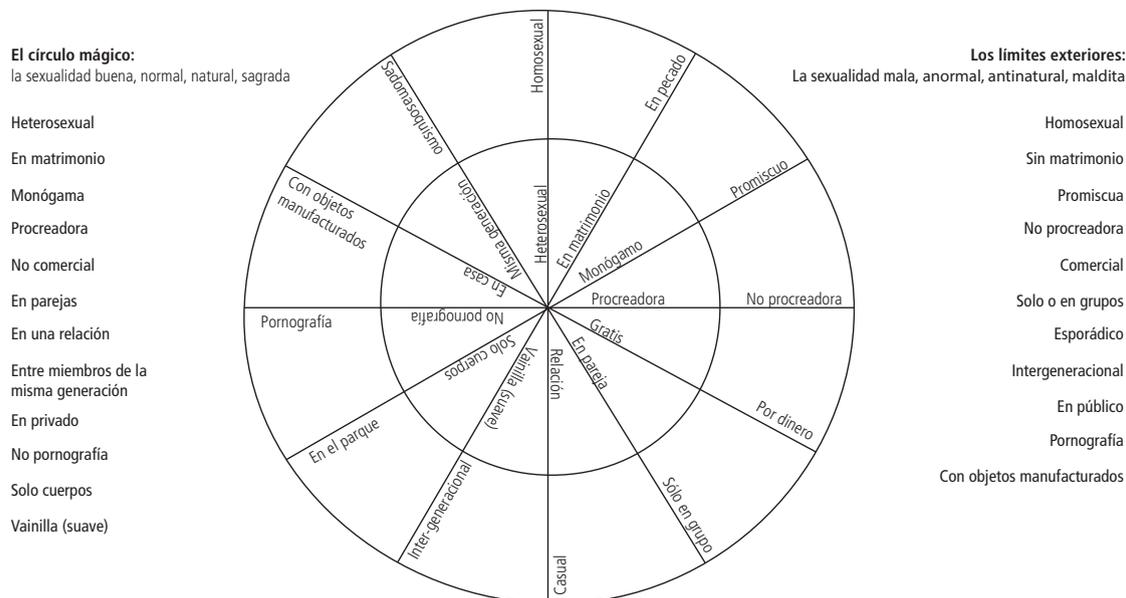
Finalizada la Segunda Guerra Mundial, y en un escenario de cuestionamiento y crítica al proyecto moderno⁸, en un mundo dividido entre centros y periferias, con graves dificultades económicas producto de la crisis del capitalismo⁹, se constata, con el sufrimiento

7 En Bogotá, D.C., las localidades de Chapinero, Los Mártires y Santafé acogen a un número importante de estas poblaciones.

8 Si bien el mundo civilizado, a lo largo de su construcción, había borrado todo lo diferente de sí mismo con el atenuante moral de que estaba llevando a cabo un proceso genuino y libertario de civilización y progreso sobre aquellos sujetos bárbaros (negros, indígenas, homosexuales, lesbianas, trabajadores sexuales, transexuales, etc.), con las bombas sobre Hiroshima y Nagasaki, así como en las acciones en contra de los judíos, no parecía haber una justificación suficiente ante tales actuaciones.

9 En la segunda mitad del siglo xx, la crisis del petróleo será la materialización de una de las crisis del capitalismo. La forma como fue resuelta dicha situación (desmantelamiento del Estado de bienestar y reformas estructurales

Figura 1. La jerarquía sexual: el círculo mágico vs. los límites exteriores



Fuente: Rubyn (1984, p. 139).

y el dolor de miles de personas, que la promesa de la modernidad no podía ser cumplida para todos. Es en este escenario donde la lucha por la reivindicación de identidades diversas, así como de los derechos de los sujetos no varones, blancos y occidentales, empezará a tomar dimensiones importantes.

En lo que atañe a la sexualidad, a partir de los años sesenta del siglo xx, las identidades y las orientaciones sexuales, desde los movimientos feministas, los movimientos gay y las ciencias sociales, se cuestionarán los esencialismos con los que fueron construidos.

Estas movilizaciones han permitido visibilizar que lo femenino y lo masculino son categorías simbólicas¹⁰, socialmente construidas, y, por tanto, *no se nace hombre o mujer, sino que se llega a serlo* (Viveros, 2000). Adicionalmente, estos procesos de cuestionamientos a los esencialismos han posibilitado desnaturalizar y deconstruir las supuestas identidad y subjetividad femeninas universales; también, la “natural” supremacía del hombre respecto a la mujer. Además, se ha avanzado para que, socialmente, se reconozca que

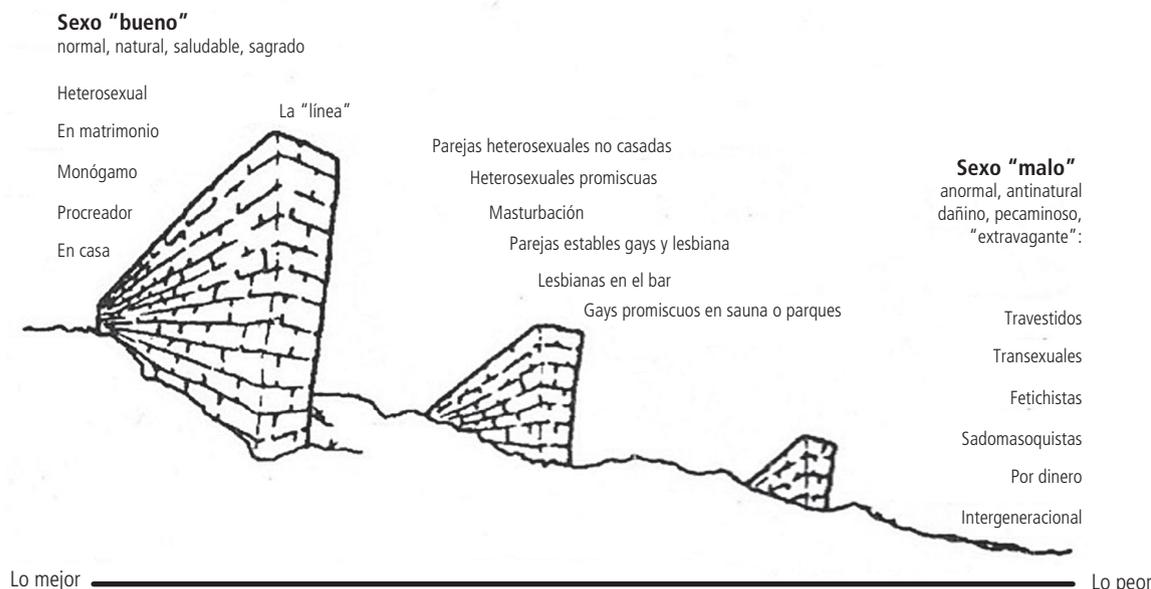
orientaciones sexuales diferentes de la heterosexual no son anormales ni patológicas.

En materia de reconocimiento de las otredades y de la diversidad, vale la pena mencionar que gracias a los procesos de organización y movilización, las personas de la comunidad de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) en Colombia han logrado el reconocimiento de algunos de sus derechos. Ello ha posibilitado que en el país (y, de manera importante, en Bogotá) se hayan abierto escenarios de participación y de esparcimiento; así mismo, que se generen intervenciones específicas a través de la Dirección de Diversidad Sexual, que, a su vez, hace parte de la Secretaría de Planeación Distrital, y de programas específicos de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en pro de la reivindicación, la restitución de derechos y la protección de esa población.

Adicionalmente, la Corte Constitucional poco a poco ha ido reconociendo las uniones entre personas del mismo sexo; sin embargo, persiste el hecho de que a estas parejas no se les reconoce su calidad de familia, así tengan una relación de cohabitabilidad —por no hablar de las constantes afirmaciones y descalificaciones que senadores de la República hacen de personas con orientaciones sexuales distintas de la heterosexual—.

basadas en la lógica neoliberal) son dos elementos centrales de la nueva forma de acumulación capitalista: la globalización.

10 Entendidos estos últimos en términos de las formas como las sociedades representan el género, hacen uso de este para enunciar las normas de las relaciones sociales o para construir el significado de la experiencia (Scoot, 2000).

Figura 2. La jerarquía sexual: la lucha por dónde trazar la línea divisoria

Fuente: Rubyn (1984, p. 140).

3.2. Abordajes para la prevención

Entendiendo que la prevención es una categoría construida a lo largo de la historia, y que incluye (y refleja) las diferentes visiones de la realidad social y la sexualidad (Estrada, 2006b), en la historia occidental reciente, es a partir de la aparición del VIH cuando se desarrolla una serie de mecanismos para regular los comportamientos y las prácticas de las poblaciones a través de los discursos médicos para la prevención y la contención del virus.

El VIH/sida es una enfermedad a la que, dada su relación con la sexualidad, se le ha atribuido una gran carga moral, lo cual ha implicado que quienes viven con el virus sean definidos simbólicamente como personas de conductas licenciosas, y, por tal razón, culpables de su propia enfermedad (Sontang, 1996).

Los primeros casos de personas con el virus correspondieron a norteamericanos homosexuales, lo cual llevó a pensar que la enfermedad era exclusiva de ese grupo de población. A mediados de la década de 1980, el VIH recibió el nombre de la "peste rosa", en alusión a que la enfermedad era "cosa de maricas".

En ese contexto, el discurso epidemiológico vigente, sustentado desde un enfoque conductual, considera-

ba, a partir de una mirada normativa y prescriptiva, que existía una serie de características asociadas a las identidades homosexuales, como el tipo de relaciones sexuales que dicha población presentaba, y el uso de sustancias psicoactivas. Tales *factores* incidían directamente en que fueran los hombres gays la población entre la cual emergía con gran fuerza la epidemia del VIH; por tanto, las acciones desde la salud y la prevención debían estar orientadas a lo que se denominó *los factores de riesgo*.

La prevención se dirigió, entonces, a promover la abstinencia sexual y la pareja estable, y a no usar drogas ni donar sangre, como estrategias para contener la transmisión. Sin embargo, esa forma de afrontar el problema posicionó ideas erradas respecto a la prevención, porque las personas también podrían infectarse con su pareja estable; además, no donar sangre no era un problema en sí: más bien, sí lo era el hecho de no tener el control sobre la idoneidad ni la calidad de los productos donados, a raíz de la falta de medidas sanitarias en los bancos de sangre, de hemoderivados y de órganos.

Tendría que pasar casi un lustro desde 1983, fecha de inicio de la epidemia por VIH, hasta los años noventa para que la epidemiología y las diferentes comunidades científicas tomaran cartas en el asunto

y se reorientara la percepción que se tenía sobre el riesgo, y, por ende, de las medias para prevenir la enfermedad.

Posteriormente, con la aparición de mujeres, niños, niñas y hombres heterosexuales infectados, así como debido al posterior descubrimiento del virus, quedó confirmado que el VIH podría afectar a cualquier persona que tuviera contacto sexual o contacto directo con sangre de una persona infectada, y que también se podría transmitir de forma materno-perinatal. Pese a ello, el VIH/sida permaneció en el imaginario social como una enfermedad de “otros”: aquellos con prácticas reprobadas como la homosexualidad, las relaciones sexuales con varias personas y el uso de drogas (Sontang, 1996).

En el escenario descrito, y con una mirada centrada en los aspectos biológicos de la infección, el primer abordaje que surgió para prevenirlo fue el de los *grupos de riesgo* (Sepúlveda, 2011)¹¹, el cual partió de la idea de que las personas tienen un dominio total de su cuerpo y de sus decisiones; así pues, la posibilidad de infectarse o no recae sobre cada uno de los individuos (Estrada, 2006). A partir de los grupos de riesgo, se desarrollaron estrategias de “reeducación” dirigidas a hombres gays, los HSH, las trabajadoras sexuales y los consumidores de drogas inyectadas, cuyo objetivo era que estas poblaciones tomaran conciencia de los riesgos y que así cambiaran sus comportamientos, para alcanzar unas prácticas “sanas”, que incluían la abstinencia sexual, usar preservativos, tener una sola pareja sexual y evitar el consumo de sustancias inyectadas, entre otras.

El abordaje desde los grupos de riesgo, al considerar que las personas tienen dominio absoluto sobre su cuerpo, su sexualidad y sus emociones, pasa por alto que estas se hallan atravesadas y constituidas por los contextos, las condiciones sociales y las relaciones de poder (Sevilla, 1998; Estrada, 2006), todos los cuales inciden para que las personas quieran y puedan hacer ejercicios para prevenir las ITS, y que requieren algo más que procesos de educación para el “buen” comportamiento.

11 Desde la modernidad y hasta nuestros días, el riesgo es una categoría que se ha usado en distintos escenarios técnicos y académicos para buscar la gestión y el control ante posibles daños. En general, el riesgo tiende a estar asociado al peligro, las amenazas, el daño y la probabilidad de ocurrencia. Eso ha conllevado el desarrollo no solo de unos discursos, sino, también, de unas prácticas de gobierno que tienden a la regulación de los comportamientos para mitigar los riesgos (Sepúlveda, 2011).

De este enfoque, también se cuestiona que en su aplicación se tiende a construir y a reforzar la idea de que existen grupos y personas que ponen en peligro la salud y el bienestar de la sociedad. Eso conlleva por una parte, que se refuercen el estigma y la discriminación hacia las personas con orientaciones sexuales no heterosexuales, las trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas inyectadas; y, por otra, que quienes no se consideran parte de los mencionados grupos creen que no están en riesgo de adquirir una ITS.

Con posterioridad, y para evitar que se construyera el tema del riesgo asociado a unos grupos particulares, se empezó a hablar desde los *comportamientos de riesgo*; sin embargo, tal enfoque seguiría enfatizando en culpabilizar a los sujetos ante la infección (Estrada, 2006). A principios de la década de 1990, gracias a la movilización social (sobre todo, por parte de grupos de hombres gays y de activistas que buscaban el reconocimiento de los derechos de las personas con identidades y orientaciones sexuales no heteronormativas, y a los que se sumaron los aportes de las ciencias sociales), se empezó a reconocer que los contextos en los que crecen y se desarrollan las personas inciden en el curso de la infección.

De estas discusiones surgió la categoría de *vulnerabilidad social*, usada por primera vez para el contexto del VIH/sida por Jonathan Mann, en 1992. Con esta perspectiva, la vulnerabilidad es un elemento que siempre se halla presente en la vida de todas las personas y las comunidades; sin embargo, esta disminuye o aumenta dependiendo de aspectos individuales y contextuales definidos a través de las relaciones de poder (Pérez de Armiño, 2001).

Diferentes análisis sobre las violaciones a los derechos humanos han mostrado que estas ocurren particularmente sobre las personas y los grupos, quienes, por pertenecer a cierta clase social, a cierto género, a cierta etnia, a cierta opción sexual o religiosa, etc., son objeto de estigmatización (Bastos & Landmann, 2000); también, diferentes estudios han mostrado que la posibilidad de enfermarse o no se relaciona con la desigualdad social y las relaciones de poder en las que se hallan inmersos los territorios, los grupos sociales y los individuos (Muñoz & Bertolozzi, 2007).

Según lo anterior, si en un principio, la probabilidad de infección por el VIH era asociada, principalmente, a factores individuales traducidos en los grupos y los

comportamientos de riesgo (Estermann, *et al.*, 2006), desde la década de los años noventa del siglo xx, la vulnerabilidad se constituyó en una posibilidad de interpretación de la epidemia del VIH/sida, que permitió reconceptualizar la tendencia individualizante de la enfermedad (Muñoz & Bertolozzi, 2007), para entender que la posibilidad de infectarse por el VIH es el resultado de un conjunto de aspectos (individuales, colectivos y contextuales) implicados con la mayor susceptibilidad y con la mayor o la menor disponibilidad de recursos para protegerse contra la infección (Pinilla, Ariza, Betancourt, Fiesco, Góngora, Martínez & Ruiz, 2010).

Con esa perspectiva, se avanza en el reconocimiento y el desarrollo de estrategias preventivas, dirigidas a los grupos poblacionales más vulnerables, entre los que se encuentran: las mujeres, los niños, las minorías sexuales, los trabajadores sexuales y las personas que viven en la pobreza.

No obstante lo anterior, autores como Castro, Farmer, Abadía y Hourcade han llamado la atención respecto a que, si bien es importante trabajar con los grupos vulnerables, resulta indispensable revisar y hacer visibles los contextos emocionales, sociales, culturales, políticos y económicos relacionados con el aumento de la vulnerabilidad al VIH y a otras ITS (Abadía, 2004; Hourcade, 1996; Castro & Farmer, 2003). En este escenario, la acción de los gobiernos es fundamental, ya que disminuir la infección por el VIH y otras ITS dependerá de un cambio significativo en las estructuras que las producen.

En Colombia, se han desarrollado diversas estrategias para la prevención del VIH y de otras ITS, que involucran tanto los enfoques del riesgo como los de disminución de las vulnerabilidades de la población, y que se pueden encontrar (incluso, de manera conjunta) en algunas intervenciones. Es pertinente aclarar que en el país, las mencionadas estrategias se han focalizado bien sea en los llamados grupos de riesgo o en las poblaciones definidas como de mayor vulnerabilidad; las intervenciones en la población general han sido incipientes.

Entre las estrategias y los materiales desarrollados por el país para prevenir el VIH y otras ITS se encuentran: el Modelo de Gestión Programático en VIH/sida-Colombia (Estrada, 2006); el Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproducti-

va y Prevención de la infección por VIH - Proyecto INTEGRAL (Minprotección, OPS, UNFPA & Unicef, 2007); la Estrategia de comunicación “Personas distintas, Derechos Iguales” (Minprotección & UNFPA, 2010); las guías de prevención VIH/sida (mujeres en contextos de vulnerabilidad; población privada de la libertad; HSH, jóvenes en contextos de vulnerabilidad; trabajadoras sexuales, mujeres trans) (Minprotección, UNFPA, 2012a); pautas para la asesoría y la prueba voluntaria para el VIH (Minprotección, UNFPA, 2012b); Rotafolio para la asesoría y la prueba voluntaria del VIH (Minprotección, UNFPA, 2012c), y la Campaña “Cuidar de mí es cuidar de ti” (Minprotección, 2013), todas las cuales trabajaron a partir de los eslóganes conmemorativos del primero de diciembre, entre otras.

Al hacer un balance de las diversas estrategias para prevenir el VIH-sida implementadas en América Latina, Estrada (2006) encontró algunos elementos que ponen de manifiesto el reto de la prevención, los cuales vale la pena retomar, dada su aplicabilidad para el país:

- Las estrategias para la prevención no les dan la importancia necesaria a las diversas motivaciones ni a los sentidos que las personas otorgan a las relaciones sexuales.
- La promoción del sexo protegido o del uso del condón tiene una carga de significado que genera dificultades para su uso, entre las que se encuentra su asociación a la infidelidad, a tener ITS y a desconfianza en la pareja.
- El sexo no protegido se relaciona con una cercanía y una intimidad con la pareja “estable” mucho mayores, y se asocia a una práctica normal, libre de riesgo.
- El cálculo del riesgo de los compañeros sexuales se sigue haciendo a partir de su apariencia de persona “sana” o “enferma”, y ello induciría a tener sexo sin protección con muchas de esas personas que lucen aparentemente sanas.
- La baja autoestima, así como la clandestinidad de las experiencias sexuales (facilitadas por el alcohol o las drogas) a las que se enfrentan muchos hombres y mujeres, afectan la capacidad cognitiva y emocional de los sujetos para adoptar conductas preventivas.

- La dificultad de incorporar el uso del condón en muchos de los escenarios de la sexualidad en los cuales otros riesgos están presentes y son valorados como más importantes, tales como la integridad física, el riesgo de ser detenido y encarcelado, el riesgo de perder la oportunidad del encuentro sexual.
- No todas las personas están listas para mensajes directos y contundentes, y, por tanto, muchas requieren mensajes o aproximaciones elípticas.

3.3. Las prácticas sociales

Las teorías de las prácticas han buscado entender el quehacer de los sujetos en el mundo social, bien sea como interacción, transformación o actividad. Según Gómez (2005), el concepto de práctica es fundamental para entender la complejidad del ser y del pensamiento humanos cuando se manifiesta en la vida real en hechos concretos.

Autores como Certau y Bourdieu han hecho aportes importantes para entender las prácticas dentro del marco de las relaciones de poder. De Certau se aproxima a estas desde lo cotidiano entendiéndolas como ámbito de resistencia y de oposición frente a las estructuras hegemónicas (De Certau, citado en Gómez, 2005). Bourdieu (1991), por su parte, expone cómo las prácticas culturales encarnan relaciones de clase, las cuales ayudan en la conformación de diversos capitales simbólicos, económicos y políticos, y, en consecuencia, determinan formas inequitativas de participación.

En su texto *El sentido de lo práctico*, este autor aborda la relación de los sujetos con las estructuras sociales, en la cual no todo lo que sucede en el mundo social está determinado, pero tampoco todo es determinación interior del sujeto. Bourdieu propone que el mundo social, antes que ser un mundo mecánico, es un mundo *sistemático*, que permite la producción libre dentro de unos límites dados por la interacción de unas estructuras-estructurantes en las cuales tienen lugar los *habitus* y las prácticas (Bourdieu, 1991).

Los *habitus* se producen gracias a los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia. Estos *habitus*, dirá Bourdieu, permiten la

existencia de sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como *estructuras estructurantes*; es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta, sin suponer el propósito consiente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlas, objetivamente reguladas y regulares, pero sin ser, para nada, el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por ello, colectivamente orquestadas, sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 1991).

Para Bourdieu, si bien hay estructuras, su operación no se da a través de la acción organizada de unos agentes que dominan la conciencia de las personas. Dichas estructuras pueden operar a través de unos *habitus* que se encuentran institucionalizados y logran su acción en la vida cotidiana sin necesidad de llevar a cabo un ejercicio de alienación de las conciencias. Adicionalmente, como tales estructuras se realizan en la vida cotidiana, será en la vida social donde podrán ajustarse, y, también, cambiar a lo largo de la historia.

Los *habitus* actúan a través de mecanismos objetivos e institucionalizados como la familia, la Iglesia, el sistema de enseñanza y el aparato jurídico, a través de los cuales los órdenes sociales permanecen. Estos originan prácticas individuales y colectivas que aseguran la presencia activa de las experiencias pasadas que se registran como percepciones, pensamientos y acciones.

Bourdieu propone que las prácticas son actuaciones a la vez dialécticas e históricas, que ocurren dentro del marco de los *posibles* que tienen lugar en el interior de las estructuras, guardan coherencia con los principios generadores y constitutivos del *habitus*; es decir, con las estructuras sociales del sexo, la clase y la edad, entre otras. Bourdieu reconocerá que en el interior de las prácticas se hace visible esa capacidad de creación infinita del sujeto dentro del marco de las construcciones históricas y sociales, de manera que la relación de los posibles (que vienen dados por las agencias y las prácticas de los sujetos) siempre será una relación con los poderes (o sea, con las estructuras).

Lo simbólico se propone como un aspecto importante para entender la configuración de los *habitus* y de las prácticas, por cuanto es a través de lo simbólico y en lo simbólico como la diferencia se puede transformar

en diferencia absoluta. A través de diversos mecanismos, se ponen a circular los modos de dominación; por ejemplo, no permitir la entrada de personas de piel negra a un sitio pone a circular el modo de dominación racial de las personas de piel blanca hacia las personas de piel negra. Estas diferencias simbólicas les permiten a las clases dominantes construir la conciencia de sí en la vida cotidiana regulando esos símbolos en los que se sustenta la diferencia, institucionalizando las distinciones y conformando un orden y unos campos particulares (Bourdieu, 1991).

Jairo Gómez explica que la vida social (y, más concretamente, el aprendizaje) ocurre en unas comunidades de práctica, en las que se aprende a través del otro y con el otro. Estas comunidades incluyen lo que las personas hacen y practican conjuntamente, y tienen que ver también con los recursos culturales que dichas prácticas producen. En las comunidades de práctica se encuentran intereses compartidos, fuentes de cohesión, formación y lugares de identidad, representaciones del cuerpo y empleo de marcas de afiliación como los ritos de paso, y categorías sociales acerca del género, la etnia, la edad, la religión y mucho más (Gómez, 2005, p. 54). El autor enfatizará en cómo las prácticas sociales son un requisito imprescindible para la producción de significados.

3.4. Las prácticas sexuales

Como hemos visto hasta ahora, la sexualidad se ha construido cargada de valores sociales, morales, y hasta legales, que definen lo bueno, lo normal y lo sano, todo lo cual, a su vez, impacta en la forma como las personas viven su sexualidad. Las prácticas sexuales se constituyen en un tema del que en el ámbito social las personas evitan hablar, pues hacen parte de la vida privada, y porque, en gran medida, definirán el tipo de persona que se es. Retomando a Rubyn, a escala social existen unas prácticas sexuales, tales como el sexo en grupo, el fetichismo, el sadomasoquismo, la pornografía y el uso de juguetes sexuales, entre otros, que hacen parte de los comportamientos censurados socialmente, y, por tanto, son considerados desviaciones y parafilias.

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10, el fetichismo, el sadismo, el masoquismo, el exhibicionismo, el voyerismo y el froteurismo se in-

cluyen dentro de los trastornos sexuales. En su quinta versión, el manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders —DSM—* (APA, 2013) contiene un apartado sobre los trastornos sexuales, entre los que se cuentan los trastornos del deseo sexual, los de la excitación sexual, los del orgasmo, los trastornos sexuales por dolor, la disfunción sexual debida a una enfermedad médica, la disfunción sexual inducida por sustancias y la disfunción sexual no especificada¹².

En la cuarta versión del mismo documento (1995), el fetichismo, el sadismo, el masoquismo, el exhibicionismo, el voyerismo y el froteurismo se incluían como parafilias, definidas, a su vez, como

[...] impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (Pichot, 1995, p. 520).

En la quinta versión del DSM se hace un ajuste a la forma de entender y clasificar las llamadas parafilias: se hace la distinción de que si bien las personas pueden tener una preferencia sexual atípica, no en todos los casos esta puede ser considerada una enfermedad mental. Solo se clasificaría como tal cuando la persona sienta malestar por su interés sexual, que va más allá de la angustia resultante de la desaprobación de la sociedad, o bien, cuando el deseo sexual o el comportamiento se dirigen hacia una persona con trastornos psicológicos o implica lesiones graves, la muerte o relaciones sexuales obligando a la persona o con personas que no pueden prestar consentimiento legal.

En la quinta versión del DSM, en la clasificación de las parafilias se diferencia lo que sería el comportamiento en sí mismo (por ejemplo, el fetichismo del *trastorno del fetichismo*). Entre los trastornos parafilicos se incluyen ocho condiciones: trastorno del exhibicionismo; trastorno del fetichismo; trastorno del froteurismo; trastorno pedofílico; trastorno del maso-

12 La versión del DSM v aún no está disponible en español ni en versión *online*; sin embargo, para saber cómo se aborda el tema de las parafilias y las modificaciones hechas en su abordaje, en comparación con la versión IV, ver: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf> <http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilic%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>

quismo sexual; trastorno del sadismo sexual; trastorno del voyerismo, y trastorno del travestismo.

Entre los grupos sociales que de forma más abierta han reconocido la diversidad en sus prácticas sexuales se encuentran los HSH. Desde la mítica San Francisco, y atravesando diversas geografías, estos hombres, producto, en primera instancia, de la exclusión y de la persecución, se vieron abocados a vivir su sexualidad —acogiéndose la categoría propuesta por Rubyn— en “comunidades subrepticias”, encontrándose en bares, saunas y videos. Estos lugares se convirtieron en el principal medio para conocer a hombres gays, acceder a material pornográfico y tener encuentros sexuales con hombres conocidos, con desconocidos, en parejas, en grupos, etc.

En el ámbito teórico, una parte importante de la literatura aborda las prácticas sexuales con una perspectiva clínica y psicológica; esto se puede deber a las relaciones entre el poder y el saber, señaladas por Foucault, dentro del marco de las cuales, y en consonancia con el plano social, construyen unos saberes adecuados y autorizados socialmente, y que en el caso de la sexualidad tienen que ver con los saberes psicológicos, psiquiátricos y médicos.

No obstante lo anterior, el abordaje de las prácticas sexuales (y en este caso particular, el de las prácticas sexuales de HSH con otras perspectivas) permite reconocer las formas de ser y de pensar de estas personas, así como las identidades y los significados que han construido de la vida social al participar en una comunidad erótica o una comunidad de práctica, pues a partir de las prácticas sexuales es posible aproximarse a los espacios de fuga, ruptura y resistencia dentro del marco de una estructura social claramente heteronormativa.

3.5. La sexualidad alterna

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) estipula que, en términos de salud sexual, el acercamiento entre individuos requiere un mínimo de respeto como posibilidad de obtener placer; por tanto, se destacan la importancia de la seguridad, la no discriminación, la no coerción y la no violencia en el ejercicio sexual. Dichos elementos, que hacen parte de los sistemas de valores y derechos universales, permiten percibir que las fuerzas sociales tienen un mayor im-

pacto en el comportamiento sexual humano que los sistemas fisiológicos (Ford & Beach, 1951; Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Villanueva, 1997, citados por Cañizo & Salinas, 2010).

En tal sentido, los seres humanos moldeamos nuestra idea, nuestras percepciones, nuestros impulsos y, por tanto, nuestros ejercicios de la sexualidad con el objeto de facilitar la vida en grupo. A dicho fenómeno se le ha llamado *plasticidad erótica* (Baumeister, 2004), y denota que la inmanencia de las perspectivas sociales delimita el contexto que regula la sexualidad marcando los límites de lo permitido y lo prohibido, escenario en el cual van a emerger los conceptos de lo normal y lo anormal, y, como ya se explicó, el de las parafilias.

A medida que la historia y las ideas han cambiado, la sexualidad también lo ha hecho, y entonces son observables ciertos niveles de apertura mental frente a los discursos hegemónicos que la controlan y la ordenan; esa apertura se ha denominado *permisividad* (Cañizo & Salinas 2010), y aunque el término no tiene una definición concluyente, sí se ha hablado de los factores que podrían movilizarla; así, se podría pensar en la autoestima (Herold & Goodwin, 1978; Perlman, 1974), en un mayor interés en el juego sexual más que en la penetración, y en el afecto (Herold y Goodwin, 1978; Perlman, 1974), la religión (Haerich, 1992; Hong, 1983; Jensen, Neweel & Holman, 1990; Whisman, 1996) y la educación (De la Peña, 2001; Whisman, 1996), entre otros.

Dado que el sexo entre hombres no tiene fines ni intenciones reproductivas, para efectos de esta investigación se acoge, entonces, el planteamiento de LaBeff & Dooder (1982), pues en varias de las prácticas sexuales abordadas como alternas no necesariamente tiene lugar la penetración, y el interés de los hombres se halla más centrado en una búsqueda particular del placer, lo cual explica, en gran medida, la emergencia del fetichismo, los juegos de roles o las relaciones sadoomasoquistas.

Lo anterior no quiere decir que el estudio descarte el abordaje de las relaciones sexuales penetrativas entre hombres: al contrario, son parte fundamental del objeto de investigación y la razón por la cual el BB se estudia como fenómeno social, y su relación con la diseminación del VIH y las ITS. En ese mismo sentido, el uso de lo alterno como categoría resulta ser, enton-

ces, una posibilidad de inclusión en el abordaje, en la medida en que permite acercarse, conocer, describir y cuestionar esas otras prácticas que, sin incluir penetraciones, hablan de la búsqueda de un tipo de erotismo particular que se construye en la escena de la sexualidad entre hombres en Bogotá, y que aún no ha sido descrita ni abordada en las investigaciones realizadas hasta la fecha para la ciudad, lo cual resulta imprescindible en la comprensión de los universos que plantea y construye la sexualidad de la mencionada población; en ella permanecen vigentes las preguntas acerca de la concentración del VIH como epidemia, la presencia de las ITS y su relación con los discursos prevalentes de la prevención.

3.6. Explorando algunas prácticas sexuales

Con la perspectiva descrita, existen varias prácticas sexuales, que denominaremos *alternas* para esta investigación, y en el contexto de los hombres gays y los HSH. A continuación se presentan algunas de las que fueron referenciadas por las personas participantes del estudio en la fase exploratoria, bien sea porque las llevaban a cabo, porque sabían de su existencia o porque conocían a alguien que las hacía; sin embargo, en la sección de resultados veremos cómo este panorama inicial comenzará a diversificarse cada vez más, a medida que el estudio profundizaba al respecto. Por esta razón, esas otras prácticas emergentes serán definidas y abordadas en la sección de resultados, con el fin de brindar un contexto más útil y completo al lector, al momento de mencionar la práctica correspondiente y caracterizarla. Para tener una idea de dicho contexto, obsérvese la tabla 1:

3.6.1. La sexualidad virtual

A lo largo de los últimos años, la web se ha convertido en un escenario fundamental para que estilos de sexualidad estigmatizados se posicionen como legítimos y puedan encontrar espacios y personas para llevarlos a cabo. Al respecto, Facchini y Machado (2013) muestran que para el caso brasileiro, las personas que gustaban del BDSM durante los años ochenta y noventa del siglo XX recurrían a los clasificados de la prensa para ponerse en contacto; a partir de 2000, empezaron a usar la Internet como medio de encuentro: primero, a partir de los chats

Tabla 1. Categorías exploratorias y categorías emergentes sobre las prácticas sexuales entre HSH en Bogotá, D. C.

Categorías exploratorias	Categorías emergentes
Prácticas marco	Prácticas asociadas a la categoría
Sexualidad virtual	Contactos: a través de chats en páginas o aplicaciones.
Relaciones sexuales penetrativas	BB: Penetraciones anales sin uso, intencionado o no, de condón.
	Fisting: Introducción de la mano, el puño o el pie en el recto de la pareja. Dildos: Penetración anal con juguetes eróticos fállicos.
Sadomasoquismo; <i>bondage</i> , disciplina, sadomasoquismo (DBSM)	Bondage: Inmovilización con cuerdas; momificación con plástico u otros artefactos.
	Spanking: Golpes con las manos, látigos, fustas, <i>floggers</i> , paletas u otros instrumentos.
	Juegos de roles: Amo-esclavo; padre e hijo; médico-paciente.
	Dog training: Uso de elementos caninos para entrenamiento como perro (cadena, collar, plato para comer).
	Sadomasoquismo clínico: Inyección salina en los testículos; <i>sounding</i> (uso de sonda uretral).
Fetichismo	Golden shower: Orinar sobre el compañero sexual.
	Feminización: Situaciones donde poner a un hombre en papel femenino constituye un elemento de erotización para ambos miembros de la pareja.
	Leather: Uso de ropa de cuero.
	Dress code: Erotismo frente a la apariencia física o el código de vestido: <i>skinhead</i> , <i>leather</i> , botas, <i>sportswear</i> (ropa deportiva, suspensorios).
	Adoración de pies: Erotismo dirigido a los pies como parte del cuerpo que vehicula el deseo sexual.
	Cera caliente sobre la piel: Práctica en la que se estimula el deseo por el contacto con cera caliente sobre el cuerpo.

Fuente: elaboración propia con base en la guía de análisis del estudio.

y el intercambio de mensajes, para luego participar en blogs, redes sociales generales y redes específicas por práctica sexual. En este mundo virtual, las personas, además de conocerse entre sí, pueden acceder a materiales informativos, a manuales sobre las prácticas, a discusiones filosóficas, y a imágenes y textos eróticos, entre otros (Facchini & Machado, 2013).

Rival, Slater & Millar (2003) retoman el intercambio de imágenes eróticas en la *Internet relay chat* (IRC) para discutir cómo en dichos espacios la sexualidad llega a descorporalizarse; tanto así, que parece ocurrir en un sitio que no tiene establecido un espacio físico ni material. Según estos autores, quienes participan de dichos espacios experimentan la transgresión sexual “como un ‘ir más allá’: esto incluye mirar las cosas prohibidas y no experimentadas anteriormente como el sexo en grupo, la bisexualidad y el exhibicionismo, así como manifestar los deseos en relación a las imágenes o a través de la conversación o de las fantasías con los demás” (Rival, Slater & Millar, 2003, p. 32); así, más que buscar una experiencia que conlleve la experimentación del orgasmo, lo que se buscaría en el espacio virtual es poder interactuar en un ambiente sensual.

Los mismos autores resaltan cómo una de las características principales de este tipo de práctica sexual es la separación entre el mundo *online* y el mundo real, los cuales son mundos de puro consumo, en los que las personas pueden ser y acceder a lo que desean, sin que su posición económica o social, ni su físico, sean impedimentos para ello. No obstante, la separación propuesta por los autores se tensiona en el contexto de socialización de gays y de HSH, pues las páginas web, los chats u otro tipo de aplicaciones virtuales son el medio a través del que establecen encuentros sexuales (Fachinni & Machado, 2013).

3.6.2. El BB

La primera vez que el término *barebacking* apareció en la prensa fue en 1997, en *POZ Magazine*, en el artículo titulado “Mi turno: a caballo sin silla”, y en el cual el escritor y activista Stephen Gendin describe la emoción de no usar condones durante el sexo anal con otros hombres VIH-positivos (Shernoff, 2005).

Cómo se entiende y se practica el BB depende de los contextos y del modo como las personas interactúan y significan esta práctica. Respecto a las definiciones del concepto, algunos investigadores han mostrado que el uso social de este ha cambiado a lo largo del tiempo, pues inicialmente estaba asociado de manera exclusiva al no uso intencionado de condón; en la actualidad, dicha categoría también se ha usado en los contextos en los que las personas tienen relaciones sexuales sin condón sin haber de por medio una decisión intencionada (Shernoff, 2005).

Hay diferentes causas para explicar por qué los hombres no usan condón durante las relaciones sexuales, como, por ejemplo: las actitudes negativas hacia el uso del condón, el inicio de una relación afectiva, y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA); todas ellas, situaciones a raíz de las cuales la persona considera que en el contexto de los hombres gay y otros HSH es inevitable infectarse, y el no uso del condón es percibido como un elemento que en los medios virtuales puede ayudar a que se conozca nuevas personas (Shernoff, 2005).

Otros elementos de los cuales se ha identificado que interactúan con el no uso del preservativo son su vinculación con el placer, el erotismo, el afecto, la intimidad y la posibilidad de tener contacto con el semen. Al respecto, el psicólogo Walt Odets explica que desde la década de 1980, cuando emerge la necesidad de usar preservativo, el contacto con el semen se ha restringido, y, posiblemente, las significaciones asociadas a este como un regalo, una expresión de amor, amistad y cercanía, son elementos fundamentales para entender el porqué del no uso del condón (Shernoff, 2005).

A propósito de algunos elementos que interactúan en las prácticas sexuales de los HSH, Crossely reflexiona sobre tres situaciones relacionadas con el fenómeno del BB: 1) la emergencia de los inhibidores de proteasa, los cuales han posibilitado la vivencia del VIH como una enfermedad crónica manejable, y no como una amenaza para la vida; 2) los hombres gay y otros HSH jóvenes acceden con mayor facilidad al sexo sin protección porque no han vivido la experiencia directa del VIH asociada a la muerte, como sí lo hicieron generaciones pasadas; 3) el sexo inseguro es una expresión de amor e intimidad cuando los hombres gay y otros HSH experimentan relaciones afectivas largas, y ello se considera una expresión de afianzamiento de dichas relaciones (Crossely, 2004). Así mismo, Shernoff identifica cómo muchos hombres que llevan usando preservativo durante años en sus relaciones sexuales están experimentando una fatiga de los mismos y están volviendo a tener relaciones sexuales sin condón (Shernoff, 2005).

Por otra parte, Da Silva identifica que el BB es una práctica relacionada con la construcción de las identidades masculinas, la cual vincula al riesgo con una forma de placer. Según este autor, en la actualidad, para los hombres gay y otros HSH, es importante vivir el ma-

por número posible de nuevas experiencias y placeres, como un acto de goce individual característico de las sociedades contemporáneas, y que en algunos casos puede ser entendido como un acto de resistencia a los códigos sexuales establecidos (Da Silva, 2009).

Otros investigadores sociales han mostrado cómo algunos *barebackers* son “tomadores de riesgo racionales”, y, por tanto, sus comportamientos sexuales se basan en la consideración racional del riesgo en una determinada práctica. De este grupo, algunos hombres que no viven con el virus, durante los encuentros sexuales sin condón “juegan” a asumir mayores riesgos al tener relaciones sexuales que las personas que viven con el VIH (Shernoff, 2005).

3.6.3. Sadomasoquismo y BDSM

El sadomasoquismo es una categoría aglutinadora de varias prácticas; su característica fundamental está determinada por las relaciones de los sujetos a partir de los papeles de dominación y subordinación, que se negocian y se construyen en la interacción social, a su vez, mediada por relaciones diferenciales de poder que producen placer sexual (Chancer, 2003).

Una variación del sadomasoquismo es el BDSM, práctica en la que ocurre un intercambio del poder a través del *bondage* (esclavitud)¹³ como restricción del movimiento; también, la dominación-disciplina y sumisión, y así se da una negociación de los grados de control que una persona ejerce sobre otra; y el sadismo-masoquismo, en la cual se usan, entre otros, el dolor y la humillación para sentir placer sexual. En el BDSM, las personas llevan a cabo diversas acciones y papeles, que incluyen los azotes, los amarres, el voyerismo, los fetiches, los juegos de rol, etc. Entre las “reglas” de oro construidas por los practicantes del BDSM, se establece que la realización de prácticas debe hacerse de forma segura, sensata y consensuada (Meeker, 2013).

Chancer distingue dos papeles en la práctica del sadomasoquismo: 1) el del sádico, que es quien domina-somete, y 2) el sadomasoquista, quien es el dominado-sometido. La autora reconoce que en la práctica del sadomasoquismo hay variabilidad entre

los grados de dominación y sometimiento. Según la autora, dentro de la relación existiría un deseo que es irrealizable tanto para el sádico como para el masoquista, y es el hecho de poder experimentar una dominación o una sumisión totales; así mismo, en el interior de la práctica habría un deseo oculto por lograr el intercambio de los papeles. En ese contexto, la capacidad de creación e innovación entre la manera como se ejerce la dominación y el sometimiento será fundamental para mantener el deseo sexual entre ambas partes (Chancer, 2003).

Es evidente que tanto en el sadomasoquismo como en el BDSM el ejercicio del poder tiene un puesto de significación central para la práctica. Al respecto, Matosso resalta que ese poder no solo se referiría al que se ejerce y se negocia entre las personas involucradas en la práctica sexual, sino que va más allá, al extrapolar en las relaciones personales la sujeción a instituciones mitificadas, como la autoridad militar, la hegemonía política, la ascendencia social y la superioridad racial (Matosso, 2006, citado en Fachinni & Machado, 2013).

El sadomasoquismo y el BDSM han sido cuestionados como prácticas por parte de diferentes actores, lo cual ha conllevado el estigma y la discriminación (Meeker, 2013). Por ejemplo, un sector de feministas ha encontrado una relación problemática entre la pornografía y el sadomasoquismo. Para ellas, la pornografía implica la violencia; esta, el sadomasoquismo, y el sadomasoquismo, la violación y la dominación del hombre sobre la mujer (Rubyn, 1984). El BDSM ha sido catalogado por psicólogos, por psiquiatras y por la sociedad como una patología, y, por tal razón, quienes siguen esta práctica han experimentado violencia, burlas y discriminación en su contra, lo cual los ha llevado, en algunos casos, a la pérdida de la custodia de sus hijos y de sus empleos (Meeker, 2013). Tanto en el sadomasoquismo como el BDSM, por tratarse de prácticas rechazadas socialmente, sus practicantes se ven abocados al secreto, para evitar las consecuencias de la discriminación.

Fachinni y Machado (2013) presentan una discusión muy interesante sobre el BDSM en Brasil; se destaca cómo, en medio de esta práctica, se producen subjetividades y agenciamientos colectivos, los cuales se sitúan, a su vez, en un espacio de frontera entre los discursos médicos, el mercado erótico y las comunidades políticas; o sea, a partir de dicha práctica se estaría viviendo y agenciando algo más que

13 El *bondage* incluye la restricción de movimiento, así como los materiales usados para esa restricción durante la relación sexual.

el placer sexual individual. Resulta muy interesante que en el contexto brasilero ha habido producción literaria, páginas de Internet, grupos, organizaciones y locales sobre BDSM, que han permitido no solo el encuentro de las personas en torno a la práctica específica, sino la discusión y la organización frente a esta.

3.6.4. Fetichismo

Para hablar de fetiche en el contexto de las sociedades occidentales, debe hacerse referencia a dos corrientes fundamentales que históricamente lo han abordado desde las ciencias sociales. El concepto inicialmente aparece citado en las teorías del psicoanálisis, y posteriormente, en la teoría marxista; ambos lo asumieron desde las ideas del colonialismo, y luego lo retomarían con una perspectiva antropológica (Weeks, 2012).

Si bien el fetichismo se relaciona, para el psicoanálisis, con el complejo de Edipo y el temor masculino a la castración; para el marxismo, la relación fundamental está dada por la mercantilización. En tal sentido, las observaciones hechas por Freud denotan que para muchos individuos la excitación sexual está asociada a un objeto generador de placer; este puede ser inanimado, o, incluso, una parte del cuerpo; así el interés sexual se desplazaba a objetos, por un proceso en el cual el fetiche se convierte en “el sustituto del falo de la mujer, cuya existencia el niño pequeño creyó era otrora y a la cual no quiere renunciar” (Freud, 1905, citado en: Ávila, 2012). Por su parte, para la teoría marxista, en la lógica capitalista los objetos tienen un valor intrínseco, el cual los reviste de cierto hábito fetichista.

En los imaginarios populares, la referencia que se hace al fetiche concibe como tal cosa cualquier objeto que tenga cierta importancia sexual, y enfatiza más en el enmascaramiento o la sustitución, más que en las estructuras que pueden dar lugar a dicha situación; por tanto, la sublimación que se hace hacia la consecución del placer a través del objeto implica evocar algo que no está presente, pero se emula a través del objeto.

De las exploraciones llevadas a cabo por el psicoanálisis acerca del fetiche¹⁴, resulta pertinente mencionar

que desde esta área del conocimiento, la sexualidad en el ser humano no se encuentra ligada de forma directa a los genitales ni a lo coital; por tanto, esta se entiende como una construcción psíquica, relacionada con la posición del sujeto ante el deseo, que no solo se materializa a través del cuerpo de la persona, y, por tanto, puede estar ligado a objetos externos (Mejía, 2012, p. 311).

La palabra fetiche proviene del portugués *fetico*, que significa “sortilegio” o “artificio”. Fue apropiado por los vocablos francés, inglés y castellano, para referirse a objetos de hechicería como amuletos y talismanes. Desde el psicoanálisis, la relación del sujeto con el objeto es una relación de *exterioridad*: el objeto no está “dentro” del sujeto; sin embargo, desde el mundo exterior participa en la constitución psíquica subjetiva de la persona (Mejía, 2012). En la constitución del deseo sexual, el sujeto experimenta las pulsiones y la libido como elementos que permiten vehicular y operar el deseo y la energía sexual desde el sujeto hacia su contexto.

Según Ávila (2012), el fetichismo en la literatura ha sido referenciado como un comportamiento, principalmente, de los hombres. Por su parte, Silvester y Picano explican que los fetichistas pueden ser divididos en dos grupos: 1) quienes sienten deseo y atracción por una parte específica de otro hombre (como, por ejemplo, en la adoración de los pies) y 2) quienes lo hacen por una prenda de vestir (fetiche con la ropa interior de mujer, con el cuero, con los zapatos, etc.).

Profundizando en la adoración de los pies, Silvester y Picano (2013) explican que ese fetiche ha ido ganando popularidad, pues los “fetichistas de los pies” han empezado a visibilizar esta preferencia sexual. En Estados Unidos, por ejemplo, se han creado clubes, bares y portales de Internet especializados en la adoración de los pies. Entre estos fetichistas hay diferencias, pues a algunos les gusta ver los pies, mientras otros prefieren lamerlos, acariciarlos o besarlos. A algunos hombres les gusta que los pies estén limpios, mientras que para otros el olor a suciedad y el sudor de estos hacen parte fundamental del fetiche (Silvester & Picano, 2013).

¹⁴ Desde la psicología (y, en especial, el psicoanálisis), se tiende a abordar el fetiche como parte de las perversiones sexuales. Para profundizar más en

este tipo de abordajes, se puede consultar a autores como Sigmund Freud, Alfred Binet, Havelock Ellis o Krafft-Ebing, y Moisés Lemjilun.

3.6.5. *Fisting*

Esta práctica se refiere a la inserción del puño, de la mano o del pie por la vagina o por el recto (y hasta el colon) de la pareja. Algunos autores mencionan que si esta práctica no se hace de forma adecuada, puede conllevar desgarros y hemorragias (Silverstein & Picano, 2003; Denman, 2001). Por ello, una tendencia es a hacerla en grupos por personas experimentadas en el tema (Denman, 2001). Es probable que el *fisting* se lleve a cabo usando algunas SPA, las cuales ayudan a inhibir el dolor y favorecen la dilatación del ano; en general, sus practicantes acostumbran usar lubricantes, pues favorecen la realización de la práctica (Silverstein & Picano, 2003).

Denman (2001) explica que si bien son varios los autores que abordan el *fisting* desde el componente psicológico como una desviación relacionada con sentir placer a través del dolor, o en el caso de las mujeres lesbianas, como una práctica en la que se traslapan deseos inconscientes a la penetración, en el *fisting* se hallarían inmersas relaciones complejas sobre las formas como las personas experimentan el erotismo y el placer más allá del dolor y de las relaciones de dominación. Entre ellas se encontraría la capacidad de usar otra parte del cuerpo, además del pene, para brindar y sentir placer, así como los altos niveles de comunicación, habilidad y confianza que deben existir y ser construidos durante la práctica.

4. Métodos

La presente investigación fue desarrollada entre octubre de 2013 y noviembre de 2014, y corresponde a un estudio de tipo descriptivo, con énfasis en información cualitativa y algunos aspectos cuantitativos, en el que se articulan elementos del diseño metodológico mixto (Tashakkori & Teddlie, 2003).

La población participante del estudio consta de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) mayores de edad, residentes en Bogotá, D.C., y que afirman tener prácticas sexuales alternas, incluyendo el *bareback* (BB). Para la búsqueda y el encuentro de los HSH participantes, resultó fundamental hacer contacto con algunos HSH conocidos por miembros del equipo investigador, quienes, a su vez, ayudaron en el proceso de contacto con otros HSH que practicaran BB u otras prácticas sexuales alternas. Adicionalmente, a partir de la exploración de contextos virtuales, se pudo establecer contacto con HSH residentes en Bogotá, D. C. Tras explicar los objetivos del estudio, algunos de los que hacían BB u otras prácticas sexuales alternas decidieron participar.

Para el proceso de recolección de información fueron usadas fuentes primarias y secundarias. Como parte de las fuentes primarias, se hicieron entrevistas semiestructuradas e informales, grupos focales y un proceso de observación participante (Kawulich, 2005) en escenarios de homosocialización y convergencia de HSH.

También se usó un cuestionario de encuesta de tipo cuantitativo para caracterizar la población. El muestreo fue a conveniencia y no representativo para la ciudad; sin embargo, la encuesta brindó un contexto respecto a las características sociodemográficas, así como a aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), uso de preservativo y prácticas sexuales en la población sujeto de estudio, información que ayuda a complementar la información cualitativa y los análisis propuestos por el estudio. Tanto para la construcción de los instrumentos como para el proceso de análisis, se tomaron elementos de la teoría fundamentada, que permitieron orientar exploraciones preliminares sobre categorías de observación, y las cuales, a su vez, fueron complementadas a partir de la lectura de autores que han trabajado sobre prácticas sexuales.

Como parte de las fuentes secundarias, se establecieron como criterios de búsqueda espacios en Internet para HSH, con la participación de personas de Colombia (y, en especial, de Bogotá), en los cuales se abordarán el BB o las demás prácticas sexuales alternas. Para ubicar dichos sitios, se hicieron búsquedas a partir de categorías como: *Bareback* Bogotá, *Barebacking* Bogotá, sexo al pelo+Bogotá, orgías gay Bogotá, *fisting* Bogotá, *Bareback* gay Bogotá, *bondage* Bogotá, *bondage* gay Bogotá y fetiche gay Bogotá. Como resultado, los buscadores arrojaron diferentes sitios web; entre ellos, blogs, páginas pornográficas, noticias, guías gay y redes sociales.

Durante el proceso de revisión, fueron consultados 18 blogs; si bien durante la búsqueda fueron priorizados los que estuvieran orientados a los HSH, algunos tenían información y participación de hombres y mujeres heterosexuales.

También fueron consultadas ocho páginas pornográficas, algunas de las cuales fueron seleccionadas por el número de visitas, y otras fueron referenciadas por HSH como páginas consultadas habitualmente por la población sujeto de estudio y como páginas que tenían un rango importante de visitas. Algunas de ellas contenían material exclusivo para HSH y otras incluían a personas heterosexuales.

Para la búsqueda de noticias, se revisaron materiales en medios de comunicación colombianos en los que se hiciera referencia a prácticas sexuales alternas. Este tipo de material se encontró en periódicos y algunas revistas de circulación nacional, tales como *El Tiempo*, *El Espectador*, revista *Semana*, revista *Fucsia* y revista *Soho*. En cuanto a las guías fueron revisadas un total de ocho, las cuales constituían espacios a través de las cuales los HSH pueden encontrar información sobre lugares de homosocialización (bares, saunas, videos, hospedajes, etc.), así como productos y servicios.

En cuanto a las redes sociales, fueron revisadas redes abiertas para todo público, redes de HSH y redes específicas para el tema de BB y prácticas sexuales alternas.

A continuación se presentan las fases metodológicas seguidas para el desarrollo del estudio; es pertinente señalar que estas se retroalimentaron entre sí, y fueron dando lugar al proceso de triangulación entre los diferentes tipos de información recolectada, lo cual garantizó la validez de esta (Maxwell, 1996; Tashakkori & Teddlie, 2003).

4.1. Limitantes y retos metodológicos al hablar de sexualidad

Aunque la mayoría de los trabajos e investigaciones hechos sobre el BB se han llevado a cabo usando estrategias metodológicas como la indagación a través de Internet, en tanto herramienta que posibilita el anonimato, el presente estudio se propuso hacer indagaciones cara a cara con los participantes; dicha al-

ternativa tiene algunas implicaciones metodológicas importantes que deben ser tenidas en cuenta:

- Por tratarse de situaciones relacionadas con la sexualidad y la intimidad de las personas, el BB puede constituirse en un tema de abordaje, reconocimiento y verbalización difíciles, en la medida en que el discurso epidemiológico global, desde la aparición del VIH en el mundo, ha hegemonizado el uso del condón como el deber ser de los comportamientos sexuales; por tanto, oponerse a este discurso pone a los individuos en una situación de vulnerabilidad social que fácilmente puede generar estigmas.
- La anterior situación, sin embargo, se hace más crítica en otras prácticas sexuales, y así fue muy difícil lograr que los participantes hablaran tranquila y ampliamente al respecto. Una posible explicación a tal situación son los significados sociales asignados a varias de esas prácticas como comportamientos desviados de la conducta humana. Estas restricciones en la información se verán reflejadas en el cuerpo del informe, en el cual hay mucha más información sobre BB que sobre otras prácticas sexuales.
- Los miedos y las limitaciones para hablar públicamente de ciertos temas pueden extenderse al uso de sustancias, en la medida en que en los contextos más conservadores quien consume podría llegar a ser considerado un inadaptado social, un delincuente, una persona con problemas, o, incluso, un violento o un enfermo.
- Así mismo, algunos hombres abordados durante los procesos de recolección de información y de observación, se hallaban inmersos en interacciones relacionadas con comercio sexual; sin embargo, debido al estigma social que pesa sobre tal actividad, decidieron no reportarla en las encuesta de caracterización, y, más bien, hacer las referencias pertinentes en las interacciones dialógicas con los investigadores; solicitaron, además, la conservación de la confidencialidad a toda costa.

Hablar sobre los mencionados temas representó para el estudio un reto metodológico, en la medida en que se buscó, a través de estrategias comunicativas, hacer acercamientos dialógicos con los participantes en torno a aspectos de sus vidas que muy pocas veces han sido verbalizados o, incluso, reflexionados; se tra-

ta, entonces, de un ejercicio que intenta materializar en la palabra experiencias, sensaciones, significados, construcciones y reflexiones que den forma a un cuerpo tangible de la sexualidad entre hombres, como experiencia primigenia no solo para quien habla, sino también, para quien escucha.

Intentando responder a estos retos metodológicos y a las dificultades para hablar de temas tan comprometedores para muchos HSH, la observación participante y directa, lograda en algunos espacios de encuentro sexual de los HSH, como grupos, saunas y clubes de sexo, permitió dar razón de esos otros elementos que escapaban de la verbalización de las acciones en las interacciones dialógicas con los participantes.

4.2. Fases metodológicas

4.2.1. Fase de alistamiento

4.2.1.1. Revisión documental

En esta fase se hicieron diferentes acercamientos teóricos acerca del BB, así como a prácticas sexuales alternas y el uso de SPA en contextos de encuentro sexual entre hombres.

Se hizo también una revisión de páginas web pertinentes a dichos temas, por considerarse que estas se constituyen en espacios de promoción y encuentro de hombres que tienen prácticas sexuales en las que se hallan presentes el BB u otras alternas y asociadas. Adicionalmente, dichos espacios virtuales ayudan a conformar los significados sociales que tienen estas prácticas en los HSH. La revisión permitió recopilar elementos para ser incluidos como categorías de indagación y análisis, e incluyó algunas aplicaciones para *smartphones* locales, nacionales e internacionales donde se identificó la participación de HSH bogotanos, así como la promoción de las prácticas de interés del estudio.

4.2.1.2. Exploración directa preliminar

Se hicieron dos tipos de entrevistas a HSH, y quienes dentro de sus prácticas sexuales incluyeran el BB o llevaran a cabo otras prácticas alternas. La aproximación buscó desarrollar categorías de indagación¹⁵ de

manera mucho más profunda a partir de los siguientes temas básicos:

- Sexualidad.
- Placer.
- Prevención.
- Prácticas sexuales.
- Uso del condón.
- Conocimiento y opiniones respecto al BB.
- Algunas dinámicas del BB: indagando, sobre las prácticas, por quiénes, cómo, cuándo y por qué participan en ellas.

4.2.1.3. Diseño de Instrumentos

A partir de la información recabada durante la primera fase, y articulando las categorías identificadas, se procedió a diseñar una guía para grupos focales, el instrumento de caracterización de la población participante y los consentimientos informados. Con dichos instrumentos, se llevó a cabo el pilotaje con HSH de características similares a las de quienes harían parte del estudio. El pilotaje permitiría establecer la duración aproximada de los grupos focales, así como la claridad, la especificidad y la pertinencia de las preguntas incluidas tanto en la ficha de caracterización como en la guía de grupos focales.

A partir de la prueba piloto, se verificó que los instrumentos fueran claros y pertinentes, para así cumplir el objetivo para el cual fueron diseñados; sin embargo, se identificaron preguntas ambiguas y otras que no eran entendidas fácilmente. Así mismo, se identificó la necesidad de ajustar el orden de algunas preguntas, con el fin de facilitar el desarrollo de la guía durante el grupo focal. Por tanto, el instrumento tuvo ajustes de forma y de contenido. La ficha de caracterización, o demográfica, también fue ajustada, pues se identificaron secciones ambiguas y confusas. En dicho instrumento, se modificaron el lenguaje y las opciones de respuesta, para facilitar su diligenciamiento.

Posterior al inicio del desarrollo de los grupos focales, se identificó que algunos elementos de los significados y las prácticas sexuales eran difíciles de abordar de forma grupal; por tal razón, se decidió entrevistar a HSH practicantes del BB u otras prácticas sexuales con quienes abordar el tema en un ambiente privado y más personal.

¹⁵ La teoría fundamentada propone que para comprender por qué suceden los acontecimientos sociales, se debe partir de la perspectiva de las personas involucradas en dicha situación. A partir de estas, se generan categorías de análisis y se proponen teorías que permiten explicar y entender los fenómenos.

4.2.1.3.1. *Consentimiento informado*

Teniendo en cuenta las distintas consideraciones respecto a la participación en la presente investigación (tales como la confidencialidad, la libertad de participar y retirarse cuando se considerara apropiado hacerlo, el respeto por los derechos de los participantes, la libertad de expresión, etc.), se diseñó, se validó y se aplicó un formato de consentimiento informado (anexo 1).

4.2.1.3.2. *Guía de entrevista semiestructurada*

Permitió disponer de una guía de preguntas que hicieron énfasis en el tema de las prácticas sexuales. Dependiendo de la persona entrevistada, esta guía se ajustó para hacer énfasis en la práctica o las prácticas sexuales conocidas y practicadas por el entrevistado. Tal semiestructura posibilitaría a cada entrevistado moverse a su propio ritmo en la interacción dialógica, y al entrevistador, enfatizar el nivel de profundización que fuera necesario (anexo 2).

Con base en la propuesta de Guber, el diseño de la entrevista se caracterizó por la no directividad de esta, tomando en cuenta lo siguiente (Guber, 1990, p. 210):

1. Para conocer una unidad sociocultural, se puede recurrir a interrogar a los miembros de un grupo dentro de las características que se busca indagar.
2. Cada miembro es una síntesis global portadora de los hechos y las normas dominantes de esa unidad social.
3. Las posibilidades de expresión discursiva son, básicamente, las mismas para todos los miembros de una sociedad (o de la unidad sociocultural).
4. La respuesta a una pregunta expresa, directamente, los hechos y las normas dominantes.
5. La respuesta es sustentada individualmente por cada persona, y revela su propia opinión.
6. Cada individuo puede proveer esa respuesta cuando le sea solicitada.

4.2.1.3.3. *Matriz para observación estructurada y sistematización de información recabada*

Permitió tomar nota de observaciones, percepciones y preguntas, entre otros, por parte del equipo inves-

tigador, respecto a las categorías macro y micro en las entrevistas y los grupos focales. Posibilitó también anotaciones respecto a elementos subjetivos como el lenguaje no verbal, y comentarios y reflexiones que enriquecieran las descripciones, para así nutrir la creación de significados y de sentidos (anexo 3).

Dadas la amplitud y la integralidad de esta matriz y su versatilidad para el desarrollo de contenidos en su interior, su aplicabilidad posibilitó el desarrollo de la unidad hermenéutica para el análisis textual en el software Nvivo versión 8; en ese ejercicio, la matriz se convirtió en unidad básica, la cual se fue enriqueciendo a medida que avanzaba el proceso de codificar la información (anexo 3).

4.2.1.3.4. *Guía para grupos focales*

Permitió contar con una guía de preguntas neutrales y no direccionadas sobre los temas objeto de indagación, y así incentivar la participación de todos los invitados y sugerir elementos para mantener un ritmo hilado de los temas por abordar. Permitió también el desarrollo de un proceso comunicativo planificado y armónico que llevara a los participantes a diversos ritmos, según el nivel de complejidad de los temas, hasta cerrar la interacción y distender enfrentamientos ideológicos y posturas incómodas (anexo 4).

Categorías y unidad hermenéutica de análisis textual

Como ya se mencionó, la unidad hermenéutica partió de la aplicación de la matriz de observación estructurada como rejilla base. A partir de esta, se llevó a cabo un proceso de operacionalización de categorías, a la luz de las teorías y los autores abordados; es decir, un proceso de definición sobre a qué haría referencia cada una de las categorías por trabajar. La unidad fue nutrida a medida que avanzaba el proceso de codificación y emergían nuevas categorías; en este proceso se tuvo especial cuidado de no generar, en lo posible, nodos no ramificados, y, más bien, crear estructuras de árbol, que permitieran abrir redes nodales descriptivas, susceptibles de cerrarse al momento del análisis, para así minimizar el número de temas al momento de la triangulación.

Tabla 2. Unidad hermenéutica de análisis. Operacionalización de categorías

Categoría	Definición y referencia específica	
Sexo	Razones	Se refiere las motivaciones que las personas expresan para tener relaciones sexuales.
	Gustos	Se refiere a las expresiones subjetivas relacionadas con personas, prácticas, lugares y situaciones con las que se siente agrado en las relaciones sexuales.
	Contactos	Hace referencia al modo y las personas con las cuales se establece algún tipo de encuentro, o un vínculo de carácter sexual.
	Lugares	Se refiere a las locaciones físicas donde ocurren las interacciones sexuales.
	Significados	Hace referencia a las ideas y las construcciones que las personas hacen respecto a las relaciones sexuales.
Cuerpo placer	Relaciones	Relaciones entre el cuerpo, como elemento físico, y las situaciones que a través de este les generan placer.
	Prácticas	Se refiere al “hacer” y a todas aquellas situaciones vinculadas con el encuentro sexual. Aunque el móvil puede ser el placer o la curiosidad, no necesariamente están atravesadas solo por el cuerpo.
Prevención	Significados	Se refiere a las construcciones sociales e individuales, a los conceptos que las personas manejan respecto a la prevención.
	Información	Se refiere a los conocimientos y los referentes que las personas manejan respecto a la prevención, y discursos relacionados con esta.
	Prevención-prácticas sexuales	Se refiere a las situaciones y las prácticas usadas para la prevención. Es importante incluir aquí las experiencias y las narraciones respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
	Prevención-lugares	Se refiere a las narraciones donde se evidencia una relación entre prácticas preventivas en un espacio concreto (por ejemplo, saunas y videos; “Uso condón, pero en mi casa no lo uso porque conozco a las personas que van allí”).
	Razones de uso	Se refiere a las motivaciones para el uso del condón.
Condón	Razones para no usarlo	Se refiere a las motivaciones para no usar el condón.
	Personas	Se refiere a las narraciones en las que se expresa con quién se usa o no se usa el condón.
	Situaciones	Se refiere a las narraciones donde se mencionan experiencias concretas asociadas al uso o no del condón.
BB	Concepto	Se refiere a las informaciones relacionadas con la definición del BB.
	Prácticas	Se refiere al ejercicio en relaciones sexuales penetrativas sin uso intencionado de condón.
	Significados	Se refiere a las construcciones, las valoraciones y las percepciones que los participantes atribuyen al BB.
	Relaciones con semen	Se refiere a los significados, los atributos y las prácticas concretas que involucran la presencia de semen en las relaciones sexuales de los HSH abordados.
	Relaciones con la masculinidad	Se refiere a los elementos que definen el hecho de ser hombre en términos de género.
ITS	Información	Se refiere al conocimiento respecto a las ITS y su panorama en el país o en Bogotá, D. C.
	Experiencias	Se refiere a narraciones en las se afirma haber adquirido una ITS.
	Tratamiento	Se refiere a las acciones implementadas por las personas cuando han adquirido una ITS, ya sea acudir al médico, a amigos, a droguistas o a tratamientos alternativos.
VIH	Relación VIH/prácticas / serosorting	Se refiere a la relación entre el VIH y la posibilidad de definir papeles y prácticas sexuales a partir del diagnóstico.
	Significados	Se refiere a las ideas, las valoraciones y las construcciones de los HSH abordados respecto al VIH.
	VIH experiencias	Se refiere a la narración de situaciones en las que emerge el VIH como relevante en la interacción sexual.
	Relación VIH-BB	Se refiere a las posibles relaciones entre la presencia del VIH a partir del no uso intencionado del condón.

Fuente: Elaboración de los autores.

4.2.1.3.5. Encuesta de caracterización

Este instrumento indagó acerca de una serie de datos y características de los participantes dentro de las categorías diseñadas y otras complementarias, con el fin de lograr una descripción mucho más completa y tener elementos de profundización frente a las informaciones obtenidas en las interacciones comunicacionales directas. Su aplicación fue autoadministrada y apoyada por los investigadores justo antes de participar en las entrevistas o los grupos focales (anexo 5).

4.2.2. Fase de recolección de información

Previamente al proceso de recolección, de cada uno de los instrumentos fue piloteado y ajustado. Los investigadores encargados de recolectar la información participaron en la construcción de instrumentos y en su pilotaje, todo lo cual favoreció el proceso de estandarización requerido para el levantamiento de información.

Durante esta fase, se procedió a recabar informaciones a través de las entrevistas y los grupos focales; para tal fin, las guías diseñadas se concibieron como semiestructuras que funcionaran a manera de listas de chequeo, y así le permitieran al investigador la indagación sobre las categorías concebidas con anterioridad, y al entrevistado, la libre movilidad por los temas, como su ritmo se lo indicara y como se sintiera a gusto.

El diseño original para recolectar la información había concebido que las personas hablarían de manera cada vez más profunda sobre sus prácticas sexuales, sus significados y sus sentidos; no obstante, debido a los limitantes metodológicos ya expresados, la profundidad sobre temas como el *BB*, las prácticas sexuales o el uso de sustancias no se lograba al ir avanzando; por eso, fue de vital importancia hacer, adicionalmente, entrevistas de profundización con ejes y temas muy específicos. Ello planteó la necesidad de contar con estructuras dialógicas mucho menos rígidas y un fuerte ejercicio de comprensión de las ideas, las razones y las argumentaciones que los entrevistados comenzaron a esgrimir. En dicho contexto, fue de vital importancia hallar a hombres cuya experiencia fuera más larga; la edad se constituyó, entonces, en un elemento prometedor, si se la equiparaba con la experiencia, para hablar de manera más abierta que cuando se trataba de jóvenes, quienes, no obstante hacer *barebacking* o tener prácticas alternas, apenas si

empezaban a pensar en el asunto o a cuestionar sus sentidos.

Dentro del proceso de observación estructurada, se visitaron algunos lugares de homosocialización, tales como videos, clubes de sexo y saunas, con el fin de observar las dinámicas de interacción y los lenguajes de algunos miembros de la población sujeto del estudio; así mismo, se recabó información en páginas web, foros, redes sociales, guías, periódicos y revistas, para reconocer las dinámicas virtuales del *BB* y las prácticas sexuales con las que interactúan los *HSB* en Bogotá, D. C.

4.2.3. Fase de sistematización de información

Dentro de esta fase, se desarrollaron dos procesos fundamentales:

4.2.3.1. Transcripción

Todas las entrevistas y los grupos focales fueron grabados en audio, y luego transcritos por una persona especializada, y quien fue acompañada durante el proceso y retroalimentada, buscando que el ejercicio generara documentos altamente fehacientes y aprovechables para el análisis de la información.

4.2.3.2. Codificación

Haciendo uso del software Nvivo Versión 8, uno de los investigadores procedió a hacer el análisis textual de cada una de las entrevistas y los grupos focales a la luz de la unidad hermenéutica diseñada y operacionalizada. Una vez terminado este proceso, se filtraron los nodos respectivos, y se obtuvo así un texto articulador de todas las intervenciones sobre una misma categoría, lo cual posibilitaría posteriormente el análisis.

4.2.4. Fase de análisis de la información

Esta fase partió con un ejercicio de lectura crítica de los textos filtrados por nodo que se generaron a lo largo del proceso de codificación; en tal sentido, cada uno de los investigadores procedió a hacer un análisis de dichos insumos articulando la teoría consultada y generando nuevos textos descriptivos, los cuales enfatizaron la búsqueda de los significados que los participantes les dan a las prácticas sexuales durante sus

experiencias, así como informaciones relacionadas con todas y cada una de las categorías de interés.

Por otro lado, la información cuantitativa recopilada mediante la encuesta de caracterización fue analizada por expertos y el grupo investigador, lo cual permitió dar un nuevo cuerpo a los datos y articularlos a través del proceso de triangulación de información posterior.

Para el análisis de la información secundaria, se usó una matriz de categorías que permitieran dar cuenta, hasta donde fuese posible, de las características, de la información disponible, de las interacciones entre HSH, de las percepciones de los participantes sobre el BB y sobre otras prácticas sexuales alternas, de las páginas web, las guías, los blogs, las páginas pornográficas, las redes sociales, las noticias en revistas y los periódicos analizados.

4.2.4.1. Proceso de triangulación de la información

Este proceso se llevó a cabo articulando, particularmente, la información obtenida en los grupos foca-

les, las entrevistas y las observaciones realizadas; una vez transcritos dichos elementos y codificados en Nvivo versión 8, se hizo un análisis comparativo y se llevaron a cabo procesos de discusión entre los investigadores, sobre las categorías de análisis. Tales discusiones fueron plasmadas en textos de carácter crítico que hacen parte del presente informe.

Adicionalmente, la información cuantitativa recabada mediante la encuesta de caracterización arrojó informaciones relevantes de carácter descriptivo; dicho instrumento fue procesado por un epidemiólogo, y los resultados obtenidos permitieron matizar la información cualitativa y darles un peso adicional a las percepciones y las inferencias.

A partir del análisis de la información secundaria, fue posible construir un contexto general sobre los contextos virtuales en los que interactúan los HSH de Bogotá en relación con el BB y las prácticas sexuales alternas.

5. El VIH y las ITS, percepciones y significados relacionados con la salud y la salud sexual

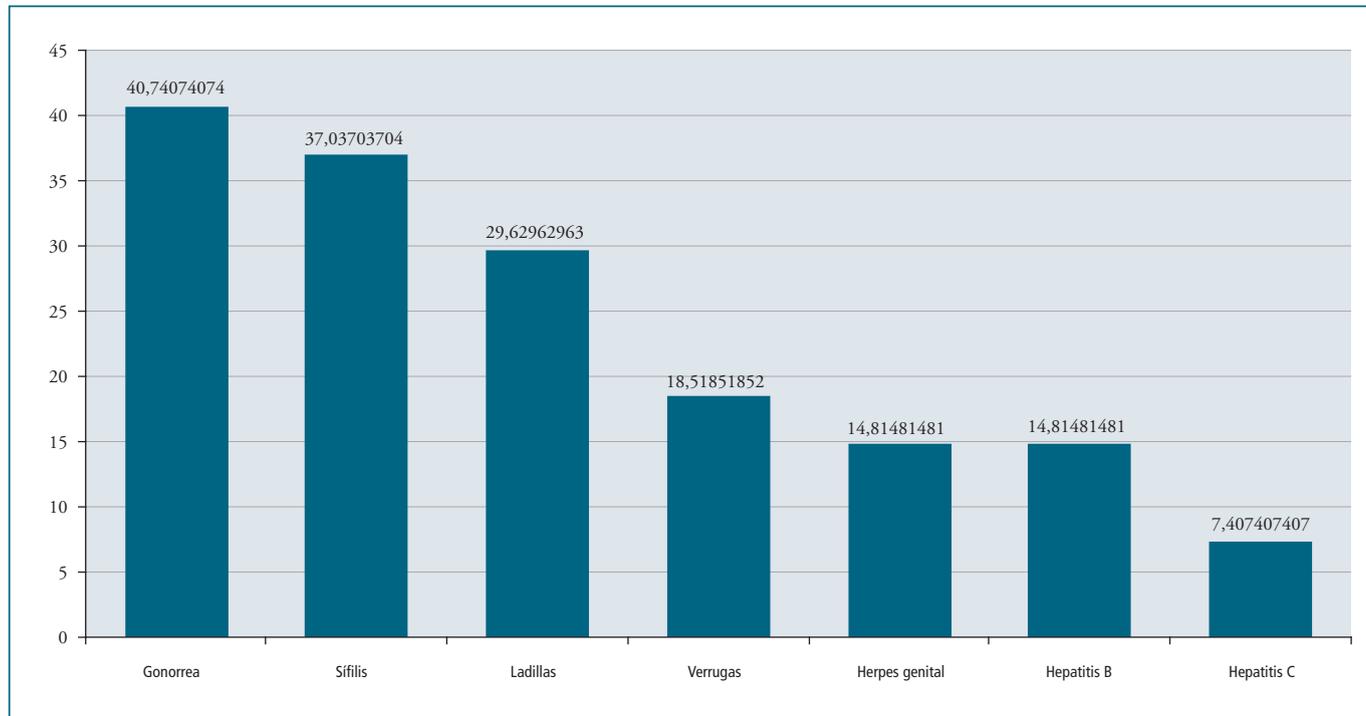
Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se transmiten de persona a persona, por medio de las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. Pueden ser ocasionadas por diversos microorganismos como virus, parásitos, hongos o bacterias; algunas son curables, y otras, crónicas, pero tratables; por tal motivo, las intervenciones y los tratamientos son diferentes y requieren intervención médica para su diagnóstico, su abordaje y su seguimiento.

Dadas las características de la presente investigación, la cual enfatiza aspectos relacionados con la sexualidad, la prevención y las prácticas sexuales de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las percepciones y los significados sobre la salud y la salud sexual, emergió lo siguiente en relación con el BB y las prácticas sexuales alternas como el BDSM, *fisting*, etc., el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las ITS:

El 71% de los participantes informaron haber tenido en algún momento una ITS; el 100% de ellos reportan haber recibido tratamiento frente a dicha situación, y haberlo completado. Las ITS que reportaron haber adquirido incluyeron gonorrea, sífilis, herpes genital, verrugas genitales, hepatitis B y C y ladillas. Algunos de los participantes viven con el VIH, y casi todos reconocieron que este tipo de infecciones es más común entre los HSH más jóvenes.

Las personas participantes del estudio reportaron que en caso de tener una ITS, prefieren ir a la droguería, y no al médico de su entidad promotora de salud (EPS) a buscar un tratamiento, debido a factores como la confidencialidad y la cantidad de itinerarios que deben llevar a cabo para solicitar cita médica, hacer autorizaciones, conseguir medicamentos y aplicárselos.

Es importante tomar en cuenta que el concepto de ITS no es muy usado por la población participante del

Figura 3. Frecuencia de ITS reportadas por los participantes

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D.C., 2013.

estudio; más bien, es frecuente que se haga referencia a dichas infecciones como “venéreas” o “enfermedades de transmisión sexual (ETS)”, lo cual puede relacionarse con el hecho de que estos han sido términos usados por muchos años en medios de comunicación y otros espacios para referirse a dichas situaciones de salud.

En general, los participantes del estudio consideran que las ITS han aumentado entre los HSH; otros consideran que el fenómeno no ha crecido, sino que, más bien, hoy día tiene mayor visibilización, pues a lo largo de los últimos años ha aumentado el número de estudios sobre la temática en el país.

Por otra parte, entre los hombres abordados se encontraron algunas situaciones que reflejan prácticas y actitudes que pueden aumentar su vulnerabilidad frente a las ITS, tales como:

- Tener relaciones penetrativas, anales u orales sin protección.
- Usar alcohol, sustancias psicoactivas, e, incluso, sustancias inyectables, antes de las relaciones sexuales y durante estas.

- Relaciones sexuales en lugares como parques, baños públicos, videos y cuartos oscuros, en los cuales no se tiene acceso al preservativo, o bien, este no se usa, o no se puede observar con claridad si la persona o las personas con quienes se mantiene el encuentro sexual presentan signos de alguna ITS.

Para varios participantes, es claro que tener relaciones sexuales sin condón aumenta su vulnerabilidad a las ITS.

“He escuchado muchos casos de sífilis últimamente, de hepatitis A también, bueno y todas yo creo que son consecuencia de las prácticas que uno tenga, uno sabe a qué se atiene si se pone a hacer las cosas así.”

(Participante Grupo Focal)

Por ello, algunos optan por usar condón, no obstante reconocer que no todas las ITS se previenen con su uso.

“Lo que es inevitable que uno se proteja es del piojo público porque obvio... es una enfermedad, así usted use condón es una enfermedad que se le puede prender”.

(Participante Grupo Focal)

No obstante lo anterior, y como se abordará con detalle en el apartado sobre *Significados asociados a la prevención y el uso del condón*, este se negocia en múltiples circunstancias, dependiendo del grado de excitación, el lugar donde ocurre la práctica, de la persona con quien se tiene la relación sexual, de las mediaciones afectivas y del grado de confianza, entre otras variables.

Además de la relación no uso del condón-aumento de la vulnerabilidad a las ITS, los HSH aseguran saber que la falta de información incrementa su vulnerabilidad a estas infecciones; al respecto, señalan que la información disponible no es suficiente, ni se adecua a sus necesidades. Destacan, así mismo, que la población de HSH jóvenes es la más afectada por tal situación.

“...yo pienso que de pronto entre jóvenes, hay muchos más casos de enfermedades de transmisión sexual, por aquello de la desinformación. Mire lo que me pasó; cuando yo era chico, como a los 17 años tuve una enfermedad de transmisión sexual, fue por pura desinformación. Yo creo que hoy en día hay campañas de prevención, pero no que informan abiertamente a los chicos. Pienso que entre los jóvenes debe ser muy normal y frecuente que haya enfermedades de transmisión sexual.”

(Participante entrevistado)

Sobre el particular, varios participantes, en sus interacciones, hablaron de información poco clara alusiva a las ITS y a sus formas de transmisión

Yo no pensaba que así se prendía.... Le hizo el amor a un hetero y resultó él con la infección de gonorrea en la garganta ¡qué barbaridad! Entonces se prende así y yo no pensaba que la gonorrea se prendía por mamar.

-Y al contrario, si yo tengo en la garganta y te lo mamo, te la paso y también te la puedo pasar.

-En el culo también, si hago sexo oral desde la garganta se puede pasar, porque es una bacteria y los medios bacterianos en mucosas, tejidos húmedos se pega fácil”

(Participantes Grupo Focal)

Otros participantes del estudio refrieron como síntomas asociados a las ITS los ardores, las piquiñas, las erupciones y las secreciones; sin embargo, desconocían los signos y los síntomas de las diferentes ITS.

“... Las manchas de la sífilis son diferentes ...

¿Cómo son?

-Haz de cuenta como manchitas blancas o rosaditas...

¿Las de sífilis?

-Sí, sí, sí.

Yo le vi todo a ese man, seguramente era sida, porque tenía mucha mancha

(Participantes Grupo focal)

Resulta interesante que para algunos HSH, la preocupación de adquirir una ITS, antes que relacionarse con los daños a la salud, en un sentido amplio, se relaciona únicamente con las afectaciones que puedan ocasionarse en el pene, lo cual los limita para tener encuentros sexuales; así, varios de los hombres abordados expresaron inquietud por que una ITS pudiera afectarles este órgano y no poder “usarlo” en sus relaciones, o que fueran evidentes en él marcas o signos de enfermedad y dejar al descubierto que tenían o habían padecido una ITS. Dicha situación también se relaciona con elementos de estigma entre los HSH frente a quien padece o ha padecido tal tipo de infecciones.

Entre los significados asociados a las ITS, los participantes expresaron que en la sociedad se tiende a pensar que estas son un problema de los HSH, lo cual, por una parte, genera y reproduce el estigma y la discriminación hacia esa población; y, por otra, conlleva que las personas que se definen a sí mismas como heterosexuales no se sientan vulnerables a las infecciones, y así sea habitual mantener relaciones sexuales sin protección con esta población. En palabras de un participante:

“Hay estudios que dicen que hay muchos heterosexuales, digo entre comillas, que van a la calle y no saben que están infectados, entonces ellos asumen que no tienen VIH o una ITS”.

(Participante entrevistado)

5.1. Atención y tratamiento de las ITS.

Los participantes en el estudio comentaron que los servicios de salud no son espacios amigables para que un HSH se acerque en busca de atención para una ITS, dadas las características con las cuales esta se presta, las barreras de acceso y la oportunidad ofrecida por dichos servicios. También se identifica que la pena y el miedo a evidenciar que se tiene una ITS

constituyen barreras para consultar en los servicios de salud. Ante estas situaciones, las personas retrasan la búsqueda de atención, buscan en Internet información sobre tratamientos, recurren a personas conocidas, usan remedios caseros, se automedican o buscan atención en las droguerías; este último espacio es definido por los participantes como un lugar en el que se les brinda atención de forma rápida, discreta y sin cuestionamientos.

“Me ardía mucho allá, entonces busqué por internet, , como que tal tratamiento, la amoxicilina, me la tomé y me pasó, sí, y con el piojo eso fue muy chistoso porque...ya un amigo mío había tenido, yo le dije “parce tengo eso ¿qué hago? porque yo tenía pareja en ese momento y obviamente yo estaba asustado, y entonces el man me dijo: parce, afeítate todo, todo, todo y échese alcohol y eso los mata pero cambie las sábanas. Y lo hice, obviamente la vaina que uno se afeite y echarse ese coso, me pasó, esos sí se me quitaron de una... pues a mí me daba como pena decirle a los médicos, oiga tengo esta vaina”.

(Participante Grupo Focal)

“Para uno evitarse todo ese proceso y demora y sabiendo que hay algo que no está normal en nuestro cuerpo, lo primero que uno corre es a una droguería. A mí me pasó una vez, me dejé llevar de una cara bonita y me salió algo, entonces yo corrí donde un amigo, me pasa esto ¿qué hago? pues obviamente ignorante en el asunto, pues dijo, “vamos a la droguería”, la doctora de una vez inyección y ya, no fue más el escándalo, nadie supo, todo quedó ahí, pero fue rápido, fue la solución a esa incomodidad que estaba teniendo casi que de inmediato, pero irse, madrugarse, sacar una cita prioritaria, que le indaguen y espere no sé cuánto, ¡ay Sí!, espere que le den la droga y luego que vaya al otro lado y espere que lo inyecten, eso es un tiempo muy largo y obviamente sí uno se preocupa y uno quiere ya estar es bien”.

(Participante Grupo Focal)

Cuando se presentan síntomas asociados a una ITS, los HSH declaran que es usual tomar antibióticos, pues son los medicamentos que consideran adecuados para el tratamiento de estas infecciones. Frente a tal situación, es posible evidenciar que no se tienen en cuenta posibles efectos o resistencias al consumo de esos medicamentos. Algunos HSH optan por probar con productos naturales que, según diversas fuentes de información, aumentan las defensas, mientras otros esperan a que pase la sintomatología por sí misma.

En el caso de las verrugas o de los condilomas, se hace caso omiso a estos; algunas veces, porque se considera que son verrugas o lunares de carne no asociados a las ITS. Las situaciones descritas alertan sobre el desconocimiento existente en la población sobre los tratamientos adecuados y los efectos que se producen cuando no se busca atención, o se lleva a cabo un tratamiento inadecuado de las ITS.

5.2. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

En el país, la epidemia por el VIH se clasifica como *concentrada*, lo cual hace referencia a que solo en algunas poblaciones el virus afecta al 5% o más de sus miembros. En Colombia y Bogotá, la población HSH es una de las más afectadas por la infección, pues muestra prevalencias que sobrepasan sensiblemente la media nacional: la prevalencia en esta población es del 15%, mientras el Ministerio de Salud y Protección Social estima una prevalencia del 0,50% en la población general (Ministerio de la Protección, 2013).

Como se presentó en el marco teórico, la forma como las personas se relacionan con la infección está asociada a las construcciones sociales; particularmente, a las que los discursos médicos y mediáticos han generado sobre el VIH. Desde estos discursos, se ha construido una relación entre el VIH y orientaciones y comportamientos sexuales calificados como inadecuados, y con unos grupos poblacionales específicos. A partir de los discursos religiosos, los cuales introdujeron las ideas de castigo y de culpa, se ha tendido a relacionar el VIH con un castigo que Dios les hace a las personas por sus conductas licenciosas.

Aparte de esos significados asociados a la infección como consecuencia de la historia social del VIH, se pueden reconocer tres etapas relacionadas con la forma como este afectó a las poblaciones y las respuestas generadas para contrarrestar la infección. En la primera, o “etapa de terror” (década de 1980 y comienzos de la de 1990), no había medicamentos antirretrovirales, y la esperanza de vida para quienes vivían con el virus era corta; por tanto, el VIH se asoció a la muerte. Durante este periodo, se produjeron la mayor segregación y la mayor vulneración de derechos; en especial, hacia los HSH y las trabajadoras sexuales, poblaciones que emergieron como las que

“portaban” la infección. En esta misma época se produjeron las campañas masivas sobre el uso del condón, la abstinencia y los peligros que implican ciertos comportamientos sexuales.

Durante la segunda etapa, o “etapa de la esperanza” (mediados de los años noventa del siglo xx e inicios de la década de 2000), apareció en la escena la terapia antirretroviral (TAR). Durante este periodo tuvo lugar una fuerte movilización social que conllevó que los Estados pusieran en marcha respuestas para prevenir nuevos casos y la atención de las personas viviendo con el virus.

Durante la tercera etapa, o “de naturalización”, ocurrieron avances importantes en la investigación sobre el virus y su tratamiento, se generaron terapias antirretrovirales cada vez más efectivas. Durante el mismo periodo, el VIH empezó a ser significado como una infección crónica tratable, y no como una enfermedad mortal, y eso la llevó a un proceso de resignificación, el cual todavía está en curso por fuera de los discursos del miedo y el terror.

Al analizar los significados y las construcciones llevadas a cabo por los participantes, se pudieron identificar ideas asociadas a estas etapas. Puede decirse, aunque de una manera atemporal, que las percepciones que hoy se tienen sobre la vivencia con el VIH están fuertemente influenciadas por las percepciones que circularon en los discursos explicativos de la época durante la cual crecieron y se educaron; sin embargo, hay una constante emanada del último periodo, en la cual gana relevancia el concepto de la responsabilidad individual, en la que cada individuo es artífice de su propio destino; por tanto, contraer el VIH implicaba, en alguna medida, una porción importante de voluntad particular.

Con la perspectiva descrita, se da por supuesto que la información sobre formas de infección y prevención del VIH ya ha circulado, y que la gente ya está sensibilizada acerca del riesgo y de las implicaciones de la infección.

En general, los participantes siguen denotando al VIH como algo malo, que les produce miedo. Lo anterior tiene implicaciones muy importantes; más, si se piensa en que, por extensión, “si el VIH es malo, quien lo porta, también”, relación que daría sentido a los contenidos de fuerte estigma social que han acompañado históricamente la epidemia.

“No estoy diciendo que el tener VIH sea algo malo, porque ya con los tratamientos que hay es probable que uno viva muchísimos años y que probablemente las personas se mueran de otras cosas, que no sean del VIH, uno puede salir a la vuelta de la esquina y lo puede coger un bus, un carro y se puede morir, entonces no..., hay que quitar ese estigma, desde la sociedad porque la gente, he notado mucho entre mis amigos, personas cercanas que prefieren decir que tienen cáncer a decir que tienen VIH...”

(Participante Grupo Focal)

Existen percepciones relacionadas con el miedo y el temor; para algunos participantes, siempre existe la posibilidad latente de infectarse, así se use el preservativo.

“He conocido casos, que por ejemplo hay personas que usan hasta guantes para coger un pene, por motivos de la vida salió VIH positivo, entonces uno dice: en qué momento si era de los tipos que tenía sus prácticas, muy cuidadoso en sus prácticas sexuales, entonces siempre he dicho eso es una ruleta, al que le toca le toca... para uno no “contagiarse”, simplemente no debe tener sexo con otra persona...”

(Participante entrevistado)

Por otro lado, la presencia de los antirretrovirales y la realidad de la epidemia entre los HSH en Bogotá han posibilitado la emergencia del VIH como una enfermedad crónica tratable. Este hecho plantea un giro radical en la forma como se asume la vivencia, pues, a pesar del estigma que pueda haber, se contempla más fácilmente la posibilidad de contraer la infección sin que ello implique ciertos costes para la vida personal.

“Pero entonces hablando de la enfermedad como tal o del virus, casi todos tenemos la perspectiva de que es muerte y cuando yo iba a hacerme la prueba, me decían: bueno si llegas a salir positivo igual eso no significa muerte... eso es de que se cuide, que tome sus antivirales, entonces como que vendió la idea de,- bueno si llegado el caso ahí no se acaba mi vida, y además yo conozco gente que hace muchísimo tiempo lo tiene y se ve súper bien.

(Participantes Grupo Focal)

Posiblemente como consecuencia de la naturalización de la enfermedad, los participantes reconocen también que para algunos HSH ya no es tan relevante prevenir la infección:

Creo que en cuanto a la transmisión como tal, es que antes se hacía mucho énfasis en mostrarle a la gente que no se iba a morir, que VIH era diferente a muerte y ahora como... a pues si me infecto pues me dan los medicamentos y ya, como que ya pasamos de un extremo a otro ¿no?, de temerle y que la gente le temía y era el coco, que hay que tenerlo por allá lejos y ahora como que se exponen más también por lo mismo, como no me voy a morir, como me dan los medicamentos entonces pues hagámosle.

(Participante entrevistado)

Otros estudios que han abordado las construcciones sobre el VIH y su relación con la prevención han reportado hallazgos similares, pues identificaron también que la aparición de la terapia antirretroviral y el cambio del VIH de una enfermedad mortal a una enfermedad crónica inciden en la decisión de no usar preservativo durante las relaciones sexuales (Crossely, 2004).

En relación con la naturalización de la epidemia, los hombres abordados expresan que el miedo, en tanto elemento motivador de la prevención, además de generar estigma, ha perdido validez, pues varias ITS son curables o tienen tratamiento.

En el contexto escrito, cobra relevancia generar nuevos discursos no estigmatizadores, que les permitan a las personas tener información adecuada para tomar decisiones sobre sus prácticas sexuales y la forma como previenen o no las ITS; en palabras de un participante:

Desestigmatizar las vainas, no decir no haga esto, porque le va a pasar esto; sino si le pasa esto usted puede hacer esto, puede acudir a tal parte; es decir, dejar de ver el VIH, la gonorrea, la sífilis como el ¡Oh Dios mío la hecatombe, se murió, el apocalipsis! Porque por eso es que nadie en la vida va a mirar un folleto de enfermedades de transmisión sexual o de VIH, porque lo primero que le dicen es cualquier cosa que lo asusta a uno y uno lo primero que piensa es no, que asco, terrible. Cuando sería mejor que a uno le dijeran si le pasó esto, haga esto.

(Participantes Grupo Focal)

Es probable que algunos HSH no evalúen a profundidad otros elementos asociados a las ITS (ni, en particular, al VIH), tales como las limitaciones existentes en el acceso a la atención integral en un sistema de salud como el colombiano, el cual presenta difi-

cultades en cuanto a la calidad de la atención a las personas viviendo con el VIH (SDS, LigaSida, 2012); también, las implicaciones del tratamiento, las dificultades para alcanzar la adherencia, el estigma y la discriminación, entre otras, al momento de considerar que en la actualidad vivir con el VIH es algo relativamente sencillo.

Tanto las ideas del riesgo latente como las del miedo, en su calidad de herramientas para la prevención, se abordarán con detalle en el apartado “Significados asociados a la prevención y el uso del condón”.

5.3. El VIH y las prácticas sexuales

Dentro de las prácticas sexuales, se identifica que el estatus frente al VIH cobra relevancia tanto para establecer encuentros sexuales como para el tipo de prácticas que se llevan a cabo; en especial, para decidir si se usa condón y si habrá prácticas penetrativas.

...Ya ahora la gente es mucho más abierta a decir en su momento soy seropositivo, entonces uno toma la decisión si se ve o no con la persona. O sea, si yo digo, tal persona parece que tuviera VIH, mejor le hago tal cosa. O yo tengo VIH y mejor lo hacemos así...

(Participante Grupo Focal)

Estas ideas se abordarán con más detalle en el siguiente apartado.

5.4. Atención y tratamiento del VIH

Respecto a los servicios de salud, de este estudio emerge información relacionada con la atención discriminatoria hacia los HSH, al hacer señalamientos sobre el deber de hacerse la prueba de VIH, la reprochación de sus prácticas sexuales o el maltrato que pueden recibir durante la asesoría pretest y postest para VIH. Esta situación también se relaciona con el hecho de que las políticas de focalización han impactado negativamente la oferta de la prueba de VIH, y han llevado a que el personal de la salud haga este tipo de ofrecimiento únicamente a las llamadas poblaciones vulnerables, los HSH, las mujeres trans y las trabajadoras sexuales.

Pues es que mire; cuando yo me hice la prueba la primera vez -porque yo tenía miedo y todo el cuento-, la vieja que me tocó me dijo: usted tiene tal cosa y ya es hora que se haga una prueba de VIH... una porquería.

(Participante Grupo Focal)

5.5. Caracterización del *bareback* (BB) y las prácticas sexuales alternas

5.5.1. Cuerpo-objeto y placer

En el recorrido dialógico con los participantes, la taxonomía de las categorías cuerpo-objeto y placer resulta un poco difícil de desarrollar, ya que, en la práctica, estas se encuentran profundamente articuladas; por ello, es mucho más ilustrador y útil mostrar cómo las perciben y cómo el placer se constituye en motor de las acciones y en punto de llegada a través de diferentes vehículos objetuales y corporales.

En tal sentido, los acercamientos hechos en el proceso investigativo mostraron que para algunos participantes hay construcciones del placer cuyo vehículo fundamental son los objetos o algunos fragmentos del cuerpo de los otros; así se hace evidente que, para algunos, elementos como las prendas de vestir (entre las cuales se mencionaron el cuero y el látex, el calzado, o, incluso, los *dildos* [consoladores]) son artefactos a través de los que se lleva a cabo la sublimación hacia la consecución del placer.

Solo una persona muy especializada en el tema del fetiche aludió con claridad a la diferenciación entre objeto y sujeto en el ámbito del fetichismo, y así ratificó cómo, a pesar de que la discusión a este respecto es de vieja data entre las corrientes psicoanalítica y marxista, sus practicantes han hecho una construcción más integradora, en la cual incluyen no solo los objetos inanimados, sino, también, partes del cuerpo, como generadores de placer.

Así, encontramos a fetichistas de pies; y, en el caso de prácticas como el *fisting*, las manos y los pies cobran connotaciones especiales de acuerdo con el tamaño, lo cual, a su vez, interroga la acepción marxista del concepto, en la medida en que incluir fragmentos del

cuerpo implica otro tipo de evocación del sujeto, más relacionada con el deseo, y menos, con el objeto o la mercancía. Parecen existir, entonces, dos posturas diferentes frente al fetiche. Respecto a lo anterior, uno de los participantes nos ilustra lo siguiente:

...Freud fue el que más habló, no de una perspectiva humanista sino como desde la erotización del mundo, que es lo que él más miraba, porque él pensaba que todo era sexo, entonces la construcción que usted como un fetichista de calzado hace la construcción erótica a través de un objeto que le representa la vulva de una mujer, porque es un lugar oscuro, húmedo y misterioso, cuando usted se calza las botas usted no sabe qué hay adentro, es confortable, es cálido y oscuro, y podríamos buscar un montón de explicaciones y de construcciones de lenguaje alrededor del fetichismo, pero lo que nos importa en este momento es entender que la construcción erótica se hace a través del objeto, que el objeto de la pasión es un objeto que lo lleva al orgasmo, una cosa inanimada. Las tetas desde la perspectiva que yo entiendo como fetiche no son un fetiche, ¿por qué? porque eso hace parte de un ser humano. Cuando la trenza se corta, o una cola de cabello, se corta de su poseedor o poseedora deja de ser un sujeto para ser un objeto, que es lo que está buscando el fetichista, entonces como la satisfacción erótica se logra a través del objeto usted no necesita penetrar a nadie, usted se puede meter las botas por el culo si quiere o puede meter la verga en las botas y masturbarse como si se estuviera comiendo una vulva o un culo, y usted se bota y sale el río de leche y usted se siente feliz. ¿Dónde está el sujeto? en ninguna parte, puede ser que usted al fetiche le ponga nombre y apellido si quiere y duerma con él en una cama, pero eso no deja de ser un objeto.

(Participante entrevistado)

Por otro lado, al preguntar a los participantes respecto a lo que les genera placer o erotismo hacia otros hombres, muchos de ellos hablaron de partes del cuerpo como las piernas, los glúteos, las manos, los genitales y el vello; el cuerpo, entonces, se ve aquí desde una percepción fragmentada, en la cual sus partes se constituyen en piezas generadoras de deseo. Ese otro generador de deseo parece no percibirse, pues, como un todo, sino que son sus fragmentos los que erotizan (al menos, en una primera instancia) en la construcción del deseo.

¿Cómo empezaste la exploración de tu cuerpo, en qué momento, lo recuerdas?

Siempre me ha gustado como explorar todo el cuerpo, y como que no lo normal, lo clásico, no, entonces llega uno a experimentar otras zonas del cuerpo, no solamente los genitales sino también los pies, los tobillos, el cuello, las orejas, los brazos, las axilas, las tetillas, la espalda, entonces en esa exploración uno no es prácticamente para contraer placer con la penetración y listo, sino que hay otras diferentes formas de llegar a ese placer, a veces sin necesidad de una penetración.

(Participante entrevistado)

En algunas prácticas, como la penetración con *dildos*, el uso de sondas uretrales o el sadomasoquismo clínico, por citar solo algunos ejemplos, los objetos, su tamaño, sus materiales y sus características resultan muy importantes, en la medida en que pueden hacer variar las sensaciones; los participantes relacionan abiertamente esto con el grado de placer que se puede obtener al usarlos, y ello hace que se tenga preferencia por diferentes elementos también en diferentes momentos de la exploración de la práctica.

“¿Qué es lo que lo hace como placentero?”

Es algo que, no se encuentra muy frecuente en la vida sexual que pueda tener uno con sus parejas. Por ejemplo un dildo tiene unas dimensiones que normalmente no tendría un pene, sí, entonces pues eso como que lo hace placentero.”

(Participante entrevistado)

5.5.2. Prácticas sexuales alternas

En la exploración realizada, se halló que, en cuanto a las prácticas sexuales que los hombres abordados llevan a cabo, el sexo oral pene-boca y boca-ano son las más reportadas; sin embargo, hay otras que gozan de preferencia entre la población: por ejemplo, el uso de *dildos*, el juego de pezones, el juego de papeles, el *fisting*, las relaciones sadomasoquistas y el *bondage*.

Vale la pena aclarar que esta categoría, la de las prácticas sexuales, fue abordada con mayor profundidad en las entrevistas y los grupos focales, en las que se enfatizó su relación con el uso del condón y la presencia del VIH. A este respecto, se incluyó también una pregunta sobre el uso de lubricantes, pues se considera que este tipo de productos puede contribuir sensiblemente a disminuir la transmisión de las ITS y del VIH, al reducir la posibilidad de laceraciones durante

Tabla 3. Prácticas sexuales llevadas a cabo por los participantes

Tipo de práctica	Frecuencia	%
Sexo oral pene/boca	37	97,4
Sexo oral pene/ano	22	57,9
Uso de <i>dildos</i>	13	34,2
Juego de pezones	13	34,2
Juego de papeles	11	28,9
<i>Fisting</i>	10	26,3
Sadomasoquismo	7	18,4
<i>Bondage</i>	6	15,8
Juego de pies	6	15,8
<i>Dog training</i>	3	7,9
Lluvia dorada	2	5,3
<i>Sounding</i>	1	2,6
Sexo virtual (web)	1	2,6

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

las penetraciones; además, puede hacer más placentera la relación sexual. En ese sentido, se halló que el 86,8% de los hombres abordados reportaron usar lubricantes, dato interesante si se considera que en Colombia no es habitual que los lubricantes sean incluidos en los consumos cotidianos, y que, además, la oferta es restringida en almacenes y droguerías. Valdría la pena, también, indagar acerca del tipo de productos lubricantes usados según las prácticas sexuales que se llevan a cabo, pues la mayoría de dichos productos están orientados a la penetración pene-vagina, pero no necesariamente son funcionales para las penetraciones pene-ano o para hacer *fisting*, prácticas frente a las que se recomienda el uso de lubricantes con texturas y consistencias diferentes.

La exploración sobre prácticas sexuales alternas se constituye en un panorama muy interesante, el cual está mostrando que la sexualidad de los hombres en Bogotá, D. C., no se limita exclusivamente al sexo penetrativo, y que existen otras prácticas, las cuales, en la mayoría de estudios sobre esa población, no se han explorado; ello puede deberse a que el paradigma biomédico, basado en los enfoques epidemiológicos clínico y conductual, centró su eje de observación en el riesgo que implicaba la exposición al VIH a lo largo de las últimas tres décadas, y dejó de lado la posibilidad de concebir la sexualidad masculina como un ámbito complejo, dinámico y multifacético.

En esa apreciación de la sexualidad desde el poder biomédico, es usual que el placer no se incluya como categoría de observación ni análisis, por lo que las prácticas alternas no emergen con facilidad en los estudios ni en los modelos de prevención. Resulta importante, entonces, comprender y documentar un poco los hallazgos de esta investigación, los cuales intentan brindar elementos de caracterización de la sexualidad de los HSH bogotanos hacia una comprensión más holística e integral.

5.5.2.1. Sadomasoquismo, fetiche y feminización

Dentro del sadomasoquismo, en algunos casos los participantes en el estudio hacen referencia a situaciones en las que poner a un hombre en papel femenino se constituye en un elemento de erotización para ambos miembros de la pareja, cuando desde la masculinidad se decide acceder a ciertos elementos femeninos, como ropa interior, zapatos o aditamentos que culturalmente corresponden al género femenino; esta objetivación en la búsqueda del placer incluye, entonces, elementos fetichistas en los que jugar a asumir características del otro género se convierte en génesis de placer.

Este tipo de prácticas se identificó en algunos participantes (18%), así como en algunos miembros de páginas web en cuyos perfiles se exhibían fotografías con esa caracterización de atuendo y se aludía a sus gustos por lo femenino como elementos altamente erotizantes. Es llamativo el hecho de que en varios casos se expresaba con claridad una aporía entre los extremos masculinos y femeninos como sugerentes de erotismo; así, se encontraron *nicknames* como “soldado en liguero” y “maduro en tanguas”.

“...cuando la gente ve una práctica que no es lo común, te dicen perverso. Por ejemplo acá cuando es día bóxer, ver a un man que tenga tanguas de nena o que use un brasier, como que se sale de lo común y como que todos lo miran como que ¿esta nena qué? pero la mayoría, si uno hace un censo, dice que le gustaría experimentar”.

(Participante entrevistado)

Es importante resaltar cómo esta situación, posiblemente, lleva implícita un profundo componente de estigma, al considerar degradante lo femenino, y en ese proceso se genera erotismo, al permitirse en el juego hacer el tránsito hacia una figura cultural a la que se considera por debajo de lo masculino.

5.5.2.2. Sadomasoquismo

En una acepción muy básica, puede decirse que el sadomasoquismo habla de una relación entre dos personas: una a la que le gusta infligir dolor o ejercer relaciones de dominio, y otra a quien le gusta experimentar ese dolor o ser objeto de dominio; por ello, ambas personas resultan complementarias. El término hace referencia al Marqués de Sade, escritor francés autor de varias novelas en las que explotó el tema; también, al escritor austriaco Sacher-Masoch, quien imprimió en algunas de sus novelas un carácter victimizante, con tono sexual, a sus personajes.

Si bien el referente general que se tiene de dicho tipo de prácticas está, generalmente, relacionado con el dolor, ya sea infligido o recibido, lo cierto es que el sadomasoquismo incluye diversos tipos de prácticas de dominación en las que el dolor no necesariamente hace acto de presencia, sino que, más bien, los ejercicios de poder hacen parte fundamental en la búsqueda del placer. Por tal razón, se habla de los juegos de papeles y se incluye una serie de situaciones dentro de esta particular forma de deseo. Así lo expresó un participante:

“Dentro del sadomasoquismo tenemos los juegos de roles, donde alguien asume el rol de dominante o el papel de dominante y otra persona que asume el rol de sumiso o pasivo; tenemos dog training que es el entrenamiento como perro o como mascota del sujeto sometido, el pony training está orientado a usar al otro como caballo, y se puede usar vestimenta fetichista para ensalzar o realzar el fenómeno del caballo o de la mascota, entonces se pueden usar máscaras, botas especiales, trajes de cuero de látex, a fin de despersonalizar al sujeto sometido y adentrarlo más y fingir de mejor manera ese rol como mascota. Entonces mira que el fetichismo puede entrar y salir sin que el sadomasoquismo exija que sea fetichista, pero todo esto se interrelaciona”.

(Participante entrevistado)

Entre los participantes en la investigación, aparecen mencionadas este tipo de relaciones; y aunque no es una práctica generalizada, sí se mencionaron relaciones de maestro y esclavo, o, incluso, denotaciones sobre sumisión, como elementos que generan placer a los hombres abordados.

Existe también una relación importante entre el sadomasoquismo y el fetiche, como ya se mencionó, pues

las relaciones sadomasoquistas implican una serie de lenguajes y de desarrollos icónicos en los que elementos como el vestido y diversos aditamentos acentúan las prácticas e imprimen parte del carácter de sus practicantes; así, aparecen mencionados elementos como el cuero y el látex en las prendas de vestir, pero también, otros como cadenas, collares, arneses, manillas, fustas, etc. Es importante resaltar que este tipo de elementos solo se reportó en las personas más avezadas en el tema, mientras quienes se inician en él, por lo general, hacían vagas referencias al respecto, no tenían dichos materiales o hasta ahora pensaban en conseguirlos.

Es importante recalcar que el sadomasoquismo ha cobrado gran vigencia desde hace varias décadas en diferentes comunidades de hombres homosexuales en el mundo, y, al presentar una gran relación con el fetiche, su indumentaria ha llegado a permear diferentes contextos de la moda, hasta el punto de convertirse en una industria, y hacer que la posibilidad de adquirir los aditamentos necesarios y convencionales exija cierto poder adquisitivo. Todo eso puede ayudar a explicar por qué solo quienes tienen más estabilidad económica, o los hombres mayores o quienes han tenido la oportunidad de viajar aparecieron en la investigación como poseedores de tal tipo de elementos.

La siguiente intervención de un participante nos ilustra sobre las anteriores afirmaciones:

“Bueno hablando de las minorías o subgrupos sexuales, inmiscuidos en sexualidad alternativa como es el fetichismo o el sadomasoquismo, hay un interés, es evidente el interés de mucha gente, pero a la hora de la verdad no son muchos los que participan. Hablando del fetichismo, la mayoría de la gente se puede interesar por la apariencia de un hombre de cuero, pero poca gente tiene los artículos que hacen un sujeto de cuero, botas, chamarras, chaquetas de cuero, pantalones de cuero, porque hay una barrera cultural muy grande, se lo digo yo, porque de alguna manera yo vendo prendas de cuero, pues dada la dificultad para conseguir ropa fetish, yo decidí hacer la mía propia, y la gente que me ha preguntado y algunos que han querido adquirir yo les he vendido, pero siempre me encuentro con esa barrera, entonces mucha gente se ha interesado en el cuento fetish, le llama la atención, le es atractivo como una práctica de sexualidad, que no es lo mismo que la sexualidad alternativa de la que venimos hablando, pero hay ese componente, de entrada podemos diferenciar la sexualidad alternativa como parte o componente de una sexualidad

más común, por ejemplo el comportamiento homosexual, o el comportamiento de la sexualidad del grupo LGTBI, puede ser que se ensalce o se le meta digamos ese sabor fetish, sin que eso sea otra práctica diferente, y tenemos muy pocos participantes, pero los hay y cada vez aparecen más, cuyo comportamiento sexual sí es diferente. O sea, es un comportamiento alternativo orientado para el caso de la conversación en un tema fetichista, o sadomasoquista”.

(Participante entrevistado)

Otro elemento de realce lo constituye la discursiva de la escena sadomasoquista, por cuanto es a través de la oralidad como, en gran medida, se materializan las situaciones de dominación y como tienen lugar los llamados juegos de papeles; cabe aclarar, también, cómo estos no solo aluden a las relaciones amo-esclavo, sino que hay otros en los cuales tienen lugar prácticas de dominación y de subordinación, tales como padre-hijo, profesor-estudiante, médico-paciente, etc. En dicho contexto, emergen categorías importantes como “el señor”, “el dominador”, “el amo y el dominado”, “el esclavo”, “el sumiso” y “el sum (sumiso)”, entre otras.

Por tratarse de relaciones en las que, en muchas oportunidades, la integridad de quien se entrega como sumiso está supeditada (e, incluso, puede estar inmovilizado a manos del dominador), las prácticas deben incluir palabras o simbologías acordadas con anterioridad para indicar que se puede seguir intensificando la actividad o que se debe parar de inmediato, porque se ha llegado al límite soportable; esto es fundamental, pues se considera que el sadomasoquismo en cualquiera de sus formas debe ser sano, consensuado, seguro y placentero. En tal sentido, pueden aparecer convenciones como: “pare”, “siga”, “no más”; o “verde”, “amarillo”, “rojo”; también, señas o gestos acordados con las manos, los ojos u otras partes del cuerpo cuando se está inmovilizado. Este tipo de discursos también fue mencionado únicamente por los practicantes más avanzados.

“Todas estas prácticas cuando son realizadas de manera consciente y coherente, están sometidas a un código específico, que es “las prácticas, sanas, seguras y consensuadas o con permiso” eso quiere decir que previamente a la práctica hay un diálogo en el cuál usted dice qué quiere, cómo lo quiere y hasta dónde lo quiere, y cuáles son sus límites, y en algunos casos el manejo de ciertas palabras o gestos de seguridad, que permiten avisarle al otro que está yendo

más allá, o que la persona que se encuentra inmovilizada se encuentra en problemas, eso es el ideal de toda práctica sadomasoquista”.

(Participante entrevistado)

5.5.2.3. Sadomasoquismo clínico

En el contexto de la presente investigación el sadomasoquismo clínico no hace referencia al análisis del sadomasoquismo en calidad de una patología, como fue propuesto, en un momento histórico, por parte de la psicología clínica. El término, más bien, alude al uso de instrumental y de elementos clínicos en las prácticas sexuales, en búsqueda de placer. En tal sentido, en el estudio se pudieron obtener percepciones acerca de dos tipos de prácticas: el *sounding* y la inyección salina en el escroto.

Respecto al *sounding*, este se refiere al uso de sondas uretrales en el pene, con el fin de incentivar el alcance del orgasmo; para lograrlo, se usan diferentes tipos de sondas, de acuerdo con el grado de experimentación del individuo. Existen para ello sondas de materiales que van desde la silicona hasta las metálicas. Para llevar a cabo el *sounding*, se requieren experticia y gran cuidado para no generar traumas en el conducto interesado, que, además, es muy sensible.

El *sounding* fue mencionado por un participante en el estudio, pero ninguno de los abordados reportó ser practicante de tal práctica; sin embargo, varios sí mencionaron conocer a alguien que lo llevaba a cabo, por lo cual se infiere que, posiblemente, sí hay practicantes de esta modalidad en Bogotá.

Por su parte, la inyección salina en el escroto fue reportada como una práctica muy singular en solo un participante, quien al momento del abordaje se iniciaba en ella y no tenía conocimiento profundo sobre las condiciones higiénico-sanitarias en las que se debía llevar a cabo, como disponer de medios asépticos, usar catéteres adecuados, saber la cantidad para inyectar o en qué zona se debía hacer la inserción. Al respecto, se pudo, desde la investigación, hacer un acompañamiento brindando informaciones sobre las condiciones óptimas en las que se debía llevar a cabo la práctica, con el fin de minimizar riesgos biológicos, así como posibles traumas e impactos negativos sobre la salud del participante. Esta es, entonces, una práctica que apenas si comienza a emerger en Bogotá. Vale la pena mencionar que al momento de cierre

del estudio ya se contaba con cuatro hombres que se iniciaban en dicho ejercicio.

5.5.2.3.1. Spanking

Consiste en golpear ciertas partes del cuerpo en búsqueda de placer. Sobre ello, varios de los participantes aseguraron incluir de manera casual golpes y palmadas en zonas como la cara, la espalda, el pecho y los glúteos; sin embargo, ninguno afirmó hacer el *spanking* de manera constante, como vehículo fundamental para obtener placer. Cuando se indagó acerca de golpes, la mayoría de los participantes desaprobaron los demasiado fuertes, que generaran dolor extremo o que dejaran marcas; más bien, aseguraron que un golpe “bien dado, bien puesto y en su momento” (Participante de Grupo Focal) podía generar un gran placer.

Otros elementos usados en el *spanking*, tales como fustas, paletas, *floggers*, látigos, etc., fueron mencionados solo por los participantes más experimentados, pero ninguno declaró usarlos; no obstante, se supo de personas que en Bogotá sí llevan a cabo este tipo de práctica, y de un mercado creciente de dichos productos en la ciudad.

Cabe mencionar que dentro del marco del Festival BDSM (de *bondage*, disciplina, sadismo y masoquismo) llevado a cabo en Bogotá el 31 de mayo de 2013, se observaron estantes de tiendas que ofertaban esos productos, y personas interesadas en su compra, así como pequeños talleres sobre su uso adecuado, lo que se constituye en un escenario educativo importante, en la medida en que infligir golpes sobre el cuerpo implica un nivel de conocimiento de la anatomía y de la fisiología humanas que puede contribuir a llevar a cabo prácticas seguras.

5.5.2.4. Fisting

En el contexto de los HSH, esta práctica se refiere a la introducción de la mano o el pie dentro del recto. Fue descrita por diez participantes como una práctica altamente erotizante. Respecto a ella, para quienes no la practican, pero saben que se hace, la idea que mencionaron fue que “fistear” les parecía terrible, pues debía de generar mucho dolor, mientras que quienes aseguraron llevarla a cabo hablaron de un intenso placer, derivado de un dolor con unas características especiales.

“¿Es diferente, por ejemplo, el dolor del Fisting al dolor de la penetración?”

Figura 4. Exhibición, uso de *floggers* y de artefactos para *spanking* dentro del marco del Festival BDSM en Bogotá



Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

Claro, claro porque además que, digamos que uno con el pene como que siente ese dolor que es placentero también, para mí el dolor si no es placentero no es chévere, entonces, el roce, sentir la penetración con el fisting, llega el momento cuando entra el puño que es cuando más duele, entonces ya uno ahí como que siente Uich, eso es un placer momentáneo, es un segundito pero pues es como lo más chévere, entonces claro duele”.

“¿Qué piensas que pasa ahí?

Pues me gusta mucho porque, primero es como uy que verraquera! Aguantarse todo eso ¿no? y sí, para mí es más placer, como más fuerte y también me gusta sentir que puedo con todo, es como una cosa como de que juy que verraquera!, es más eso. El dolor que experimento en el Fisting es un dolor que a mí me produce mucho placer y digamos me gusta cuando siente ese dolor... entonces obviamente si me gusta que vaya con todo, o sea, que vaya con penetración, que vaya con sexo oral, todo, pero y después ya Fisting, pero sí es una cosa más fuerte”.

El *fisting* implica un entrenamiento constante del recto, al ser el esfínter un músculo que debe ir acomodándose paulatinamente a los juegos penetrativos; para tal fin, es importante contar, además de la técnica para hacerlo, con lubricantes adecuados que permitan el juego por periodos largos y no se sequen, y,

por tanto, se vuelvan demasiado pastosos o sólidos, lo cual puede incrementar el riesgo de rupturas de la mucosa anal.

Respecto a lo anterior, los participantes reportaron que en Colombia no se comercializan lubricantes adecuados para *fisting*, y en muchos casos deben importarlos, encargarlos a alguien que viaje al extranjero o, incluso, en algunas circunstancias, recurren a soluciones caseras, como la preparación de agua de linaza, pues el preparado de la infusión con esta semilla genera una sustancia altamente viscosa que puede funcionar como lubricante.

Por otro lado, el 23,7% de los hombres abordados en el estudio dijeron usar guantes de látex como protector en este tipo de prácticas; dicho elemento es importante a la hora de prevenir la transmisión de la hepatitis y como una alternativa de higiene durante tal tipo de penetración, al aislar el contacto de la piel de las manos y los intersticios de las uñas, con la mucosa y la cavidad anales, donde puede haber gérmenes y residuos de materia fecal.

5.5.2.5. Lluvia dorada

Esta metáfora es el nombre de una práctica llevada a cabo mediante el uso de la orina como elemento erótico para “bañar” diferentes zonas del cuerpo de la pareja, o, incluso, depositarla en la boca o en el recto.

Esta práctica fue reportada por dos participantes en el estudio. Algunos elementos que refirieron como generadores de placer en tal tipo de juegos fueron la temperatura de la orina, la sensación de tener la micción del otro como un producto que se da y se recibe, y la relación de dominación que implica el hecho de haber un miembro de la pareja que la brinda y otro que la recibe.

La lluvia dorada, o *golden shower*, también fue referida como una práctica que no se da en todos los espacios, dadas las condiciones de higiene que esta requiere, pues para muchos, no se puede hacer en la cama o en la habitación con la pareja; por ello, muchas veces se realiza, más bien, en sitios como videos y saunas, donde quienes la practican no tienen el compromiso de tener que asear las zonas donde la llevan a cabo, sino que esa labor queda en manos del dueño del establecimiento.

“Digamos acá en tu establecimiento ¿cómo fuiste abriendo esos otros espacios? ¿Por qué los fuiste abriendo?

Porque en la misma exploración de algunos clientes llegan y empieza uno a ver que es común encontrar orines en el piso o la camilla mojada, entonces uno mira que hay otras prácticas sexuales diferentes, que la gente está atenta y que hay otros que llegan y le dicen, no es que me gusta orinar entonces la misma gente que a veces le va preguntando, ellos mismos como que va abriendo esa necesidad.”

(Participante entrevistado)

Me gusta que me orinen encima y él me orina encima y obtengo el mejor placer que puedo sentir”.

(Participante entrevistado)

5.5.2.6. Bondage

Tal como se mencionó en el apartado de sadomasoquismo, el *bondage* alude a cualquier tipo de práctica sexual que implique inmovilización de la persona a través de cuerdas, o de la momificación con diferentes elementos, como plástico, yeso u otro tipo de dispositivos, elaborados, a su vez, con materiales como cuero, vinilo, tela, etc.

En el abordaje a los participantes, si bien dicha práctica solo fue mencionada por algunos, en general, se reportó que despierta mucha curiosidad, por cuanto implica cierto nivel de “adrenalina” y no conlleva —con la perspectiva de los hombres abordados— riesgos más allá de la incomodidad que pueda generar el hecho de estar quieto.

El *bondage* lleva consigo una situación de entrega de la voluntad en manos de uno de los miembros de la pareja, quien puede disponer del otro, lo cual genera una situación de dependencia y de sumisión. Presenta también un tipo de riesgo relacionado con traumas y lesiones cuando no se lleva a cabo de la manera adecuada y cuando no se tiene información acerca de cuáles zonas del cuerpo pueden ser amarradas o neutralizadas y cuáles no. Implica también un manejo del estrés y de la angustia que puede generar la incapacidad de moverse, e, incluso, en algunos casos puede ser dramática.

“¿Juegos de amarrar?”

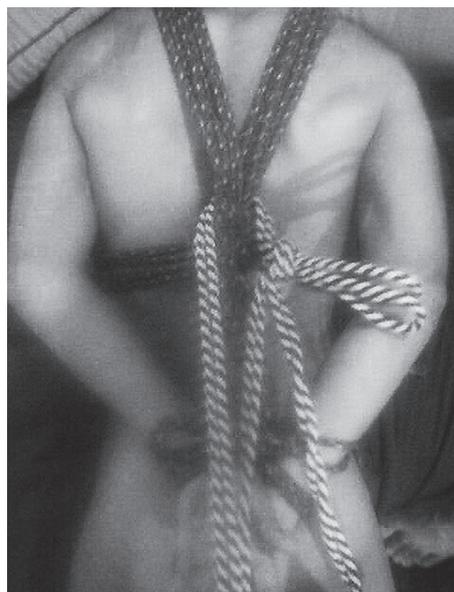
Las amarradas sí pero muy inocentes, con las medias, de pronto con una sábana, no he utilizado cuerdas aún. La gente dice que es diferente con cuerdas”.

“¿Qué te venden los ojos?”

Una vez me vendaron los ojos, pero la verdad si tengo acceso a esos juegos, o si quiero jugar eso prefiero el rol de dominante: el que amarra, el que amordaza. Sí he tenido experiencias pero el dominante, no me gusta ser el dominado”.

(Participante entrevistado)

Figura 5. Amarres en sesiones de *bondage* en Bogotá



Solo los hombres más avezados en la práctica afirmaron que esta debe llevarse a cabo de manera consensuada, y debe incluir códigos para el manejo de los límites, tales como palabras o gestos clave. De igual manera, solo estos declararon conocer el tipo de cuerdas y de elementos que se requirieron para poder realizar de manera segura tal práctica.

“¿Qué tipo de cuerdas se recomiendan?”

Para bondage no hay nada mejor que usar cuerdas de algodón, y mientras más gruesas mejor, por lo que yo le digo, la distribución de la fuerza, la tensión, le doy un ejemplo usted usa cuerdas de algodón y si el sujeto suda, las cuerdas absorben la humedad y se contraen, entonces hay que saber hacer nudos que usted pueda desbaratar fácilmente o tener a la mano una tijera de punta roma o un artículo cortante que no genere riesgos, porque si usted va a empezar con un machete a desamarrar a un sujeto usted se puede meter en un lío, a no ser que usted sea el maestro del machete”.

(Participante entrevistado)

5.5.2.7. **Bareback (BB)**

En la experiencia de esta investigación, el tema del BB emergió mostrando algunas discusiones importantes, dignas de ser tenidas en cuenta para la comprensión del fenómeno. En ese sentido, el eje fundamental podría centrarse en las apreciaciones de los participantes sobre esta categoría, y plantear así que hay dos posturas fundamentales frente al hecho de no usar condón.

Por un lado, estarían quienes, de una manera informada sobre los riesgos que puede implicar dicha conducta, han decidido intencionalmente no usar preservativo, ya sea porque se cansaron de usarlo, porque no quieren que haya intervenciones externas respecto a la forma como desarrollan su vida sexual, o porque están planteando una actitud política y contestataria frente al condón y su uso, como elementos que el discurso de la prevención, con la perspectiva del riesgo, ya desgastó.

Este discurso es frecuente en la población de HSH bogotanos mayores de 35 años, quienes vivieron el periodo de aparición del sida en el planeta, cuando la enfermedad tenía carácter mortal y su diseminación era de proporciones muy pequeñas (comparativamente con la actual), y se expusieron a las campañas de los decenios de 1980 y 1990, basadas en el miedo

como estrategia fundamental para conseguir un pretendido cambio de los comportamientos y la modificación de las prácticas sexuales.

Por otro lado, se encuentran los HSH pertenecientes a una generación más joven, quienes no vivieron el periodo de la aparición del sida ni la emergencia de los medicamentos antirretrovirales, ni se vieron expuestos a la pérdida de personas a causa de la enfermedad en sus núcleos sociales cercanos; ello les permitió construir una percepción diferente a la de las generaciones mayores —para quienes la disponibilidad de medicamentos era menor y existía mayor temor a la enfermedad y la muerte—, en la que la figura de la muerte no necesariamente está asociada a la presencia del VIH. Además, con la acción de los antirretrovirales y la expansión de la epidemia, es muy frecuente que tengan amigos y personas cercanas viviendo con el virus, pero que no llegan a desarrollar el sida.

Las situaciones descritas han hecho que en ellos el concepto manejado sobre el VIH esté asociado a una enfermedad crónica tratable, y no a una mortal, y a que, de alguna manera, exista, como ya se mencionó, un proceso de “naturalización” de la infección, pues con su perspectiva, por un lado, no es de extrañar que

Figura 6. Imagen circulante en las redes sociales



Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

siga afectando a los HSH; pero, por otro, si llega a suceder como una experiencia personal, simplemente, hay que tomar medicamentos, y la vida puede seguir. En tal contexto, el miedo desaparece como motor posible de cambios de comportamiento hacia la prevención. Así los expresa un participante, desde una lectura académica sobre el tema:

“...Y la generación nuestra que es cuarentona, treintona alta, cincuentones y demás, a nosotros nos formaron frente a una postura de pánico, religiosa, moralista y conservadora frente al VIH, nos sembraron físico miedo; a nosotros nos asustaban con que “se van a morir, que enfermedad de maricas”, que todo el cuento. Para la psiquis de nuestra generación, cercana y propia, tiene una forma de asumir las prácticas tanto de riesgo como de bareback, que a la de ahora le queda como difícil. Nosotros tenemos una posición somos sujetos más formados, más estructurados porque pues la edad y la experiencia nos ha mostrado cosas y nos ha formado un poquito más; tenemos más herramientas instrumentales; pero en nosotros está subyacente el miedo, porque vimos morir a compañeros y amigos nuestros, la gente joven no.

Los “pollos” (jóvenes) ahora aprenden distinto, comprenden distinto y tienen una percepción distinta del mundo y ellos no le tienen miedo al VIH como lo tenemos nosotros. Entonces en Bogotá, en Medellín, en Cartagena es muy latente eso con todas las mezclas que hay, de ser un distrito turístico también pasa mucho eso y prácticamente en toda la Costa Atlántica colombiana, hasta donde lo he visto yo los jóvenes tienen una percepción distinta. También hay un sesgo urbano-rural, uno habla con los chicos que van de las ciudades chicas a Bogotá a vivir la vida loca, y encuentra que la información es completamente asimétrica, es completamente distinto, entonces ahí es otra cosa que se necesitaría entrar a mirar, lo que ocupa el uso y abuso de sustancias psicoactivas y todo ese drama, ahí en últimas eso ayuda a prevenir, eso relaja el culo, ese es el mejor lubricante que hay”

(Participante entrevistado)

En la lógica descrita, las categorías nominales que cada uno de los dos grupos usa variarían; así, la generación más antigua estará hablando de “sexo a pelo” o “sexo BB”, no solo por ser quienes demuestran un mayor conocimiento sobre el tema (e, incluso, llegan a plantear una postura política al respecto), sino también, por incluir en su experimentación sexual el riesgo y el VIH. Por su parte, la población más joven

estaría hablando, simplemente, del BB como “sexo sin condón” en tanto acto, y que, incluso, puede ser ocasional y no necesariamente implica posturas políticas ni se contrapone al discurso epidemiológico o al poder biomédico.

Por otro lado, las referencias sobre el concepto del BB en la mayoría de la literatura consultada para el presente estudio hace énfasis en que esta es una práctica de los hombres gays en diferentes partes del mundo; sin embargo, para la realidad de los hombres abordados entre esta población en Bogotá, cuando se habla del tema se piensa en el sexo sin condón con una perspectiva general, sin que el concepto necesariamente tenga algo que ver con los hombres gays, los HSH o alguna población especial. Así, en esta acepción, una pareja heterosexual que no usa condón tiene sexo BB; no obstante, esa “bogotanización” del término se contrapone a la percepción de los HSH mayores o más especializados en el tema, quienes insisten en la politización de este y de las implicaciones que ello tiene en términos de prevención y resistencia frente al discurso biomédico, en el que el condón surge como adminículo indiscutible y obligatorio, y como el único elemento preventivo.

Por otra parte, lo que pudo observarse en el presente estudio es que el BB, en su acepción más ortodoxa, como una práctica sexual pensada y en la que existe el no uso intencionado del condón como una postura sostenida y política, se presenta solo en algunos grupos de HSH, y no se constituye en un comportamiento generalizado en la población bogotana.

No obstante lo anterior, el sexo a pelo, o sexo sin condón, sí es una práctica fuertemente extendida entre HSH, y no es raro que dicha población alterne el uso de este elemento en sus relaciones (el 78,3% de los participantes usan condón solo algunas veces), lo cual, a su vez, llama la atención sobre la laxitud en la decisión de su uso y plantea una pregunta importante respecto a las estrategias preventivas, de promoción y de suministro de condones.

Tan solo para citar una de las alternativas de suministro de preservativos en Bogotá a los HSH, el Proyecto del Fondo Mundial suministró entre octubre de 2013 y abril de 2014 un promedio de 200 000 condones mensuales a la mencionada población; ello, sin contar los que se distribuyen por otras vías, como la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y el Fondo de Poblaciones de

las Naciones Unidas; por tanto, es inquietante pensar que los hombres reciben condones, pero no todos los usan. ¿Qué está fallando, pues, en los discursos de prevención?

Los hallazgos respecto al uso del preservativo en los hombres participantes del estudio se presentarán en detalle en el siguiente apartado.

5.5.3. Semen, VIH y BB

Tabla 4. Estatus de VIH de los participantes

Estatus ante el VIH	Total de estatus ante el VIH	%	Recibe tratamiento VIH	
			Sí	No
Negativo	14	36,8	0	14
Positivo	21	55,3	16	5
Desconocido	3	7,9	0	3

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

En cuanto al estatus de VIH de los participantes, más de la mitad de ellos (55%) reportó vivir con el VIH, frente al 37% que se ha hecho una prueba diagnóstica y reporta ser negativo. El 8% de los participantes desconoce su estatus frente al VIH.

El 76% de los HSH participantes en el estudio que reportaron vivir con el VIH aseguraron estar siguiendo tratamiento antirretroviral, reporte que coincide con la media nacional sobre acceso a la terapia antirretroviral (TAR); cabe, pues, plantear preguntas respecto al acceso universal a la terapia antirretroviral, cuáles son las circunstancias que determinan dicho acceso y las barreras que lo condicionan para esta población; más aún, cuando hay disponibilidad en el sistema de salud colombiano, se promueve su acceso y su suministro desde la *Guía para el manejo del VIH/Sida basada en la evidencia* y en las disposiciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto al acceso inmediato una vez se diagnostica a la persona y esta cumple con los criterios clínicos para iniciar tratamiento.

Por otra parte, con la perspectiva del BB, el riesgo frente al VIH se plantea como motor de erotismos, posturas políticas y modulador de prácticas, en la medida en que el no uso del condón pone a los involucrados en una relación sexual, en una situación que cuestiona la forma como tradicionalmente se piensa la sexualidad

penetrativa; ello, debido a que la presencia del semen plantea una carga simbólica que reúne en sí misma esencias tanto de la masculinidad como de la enfermedad; y sea cual sea el concepto que se maneje —sexo BB o sexo sin condón— quien decide recibir semen sabe que ese acto conlleva implícitamente una buena dosis de riesgo frente a la posibilidad de adquirir el virus o de exponerse a una ITS. Tal vez, en ese mismo sentido del riesgo que se plantea en la penetración entre hombres, el semen es un fuerte generador de placer, ya sea para quien lo brinda o para quien lo recibe.

Este fluido corporal tiene representaciones importantes al ser el culmen de la excitación, la relación sexual, el encuentro; más aún, cuando se concibe que su emanación también es producto de un otro —pareja, objeto o idea— que posee características erotizantes. De esta forma, su presencia resulta fundamental en las narrativas de la experiencia sexual de los participantes.

“El semen es masculinidad porque las mujeres no lo producen, por lo menos no como lo conocemos, o sea, las mujeres secretan otro tipo de sustancias, pero yo hasta ahora no he oído que nadie diga que eso es un semen femenino, entonces yo creo que el semen es la quintaesencia de la masculinidad, porque es que si usted ve una película porno, el culmen de la película ni siquiera es que se lo culee o lo penetre, sino que el aplauso viene es en el semen y qué tanto semen bota, porque hay una relación entre cantidad semen y masculinidad, cierto, entonces si lo interpretamos desde las gafas del fetichista yo creo que es una construcción alrededor de la masculinidad que tiene el semen”.

(Participante entrevistado)

5.5.4. Serosorting

Como se ha venido explicando, hay también una erotización frente al VIH, por constituirse en parte importante del riesgo, lo cual no solo le imprime una connotación de disfrute muy particular para algunos HSH en sus interacciones sexuales, sino que también se convierte en un ordenador de las relaciones, al significarse como un elemento que goza de apreciaciones valorativas, las cuales, a su vez, emanan del riesgo; es decir, si se tiene sexo sin condón, la representación del riesgo está determinada por la posible presencia del VIH.

Esta valoración positiva del VIH hace que ocupe el estatus de elemento de deseo, e, incluso, se lo vea como un

regalo, y así ordene a los actores de una relación sexual; aparecen, entonces, quien posee y da el regalo, y quien lo recibe. No obstante, dichas posturas no pueden verse como fijas ni generadas desde determinismos, pues los sujetos también deciden de qué lado estar. En tal sentido, la valoración del estatus de VIH (e, incluso, su carga viral) reviste un valor importante, en la medida en que saber si alguien es una potencial fuente de infección es un móvil para determinar el papel sexual: si se es seronegativo, pasivo o receptivo, y la pareja sexual, seropositivo activo o insertivo, pero tiene una carga viral alta, representa un riesgo inminente. A su vez, quien es seropositivo, activo o insertivo y tiene una carga viral indetectable representa menos riesgo frente a la transmisión del VIH para el receptivo.

A medida que se ha incrementado el uso de las tecnologías de comunicación como medio para agilizar los contactos sexuales entre hombres, la información sobre el estatus de VIH de estos cobra una especial relevancia, al constituirse en fundamental a la hora de tomar decisiones respecto a si se quiere tener sexo con esta persona o no; por tal razón, en los chats, las páginas de contacto revisadas y el perfil de los usuarios se pide dicho estatus; y aunque no es un ítem de obligatoria resolución, es cada vez más frecuente que los usuarios indiquen dicha información.

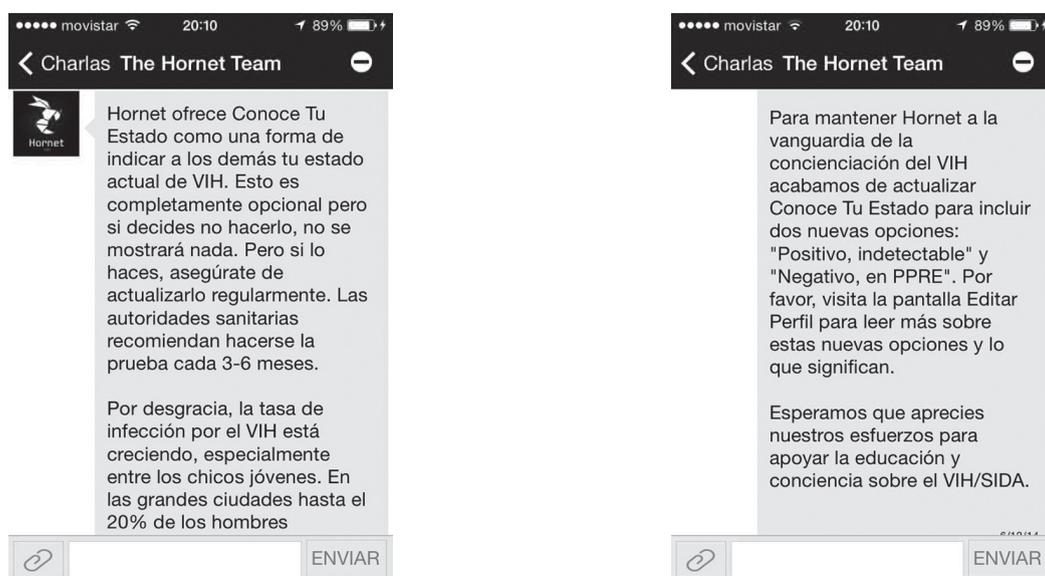
En esta lógica, el VIH no solo puede generar estatus, sino que también ordena el mundo del relacionamien-

to sexual de algunos hombres y materializa en el lenguaje juegos simbólicos que incluyen la transmisión, el género, la capacidad creadora y la posibilidad de llenar al otro de sentido; así, aparecen vocablos como “pasar el bicho”, “preñar” o “pringar”.

“Está lo otro en que para bien o para mal hay gente que le gusta repartir el bicho, o sea hay gente que los hace de manera deliberada y consciente, y uno ve información de ese tipo completamente sesgada y asimétrica en la web “pasar el bicho”, eso digamos que a mí eso me inquieta en términos académicos como fenómeno social. El maestro Boher decía que la sociología no juzga sino que comprende, y a mí me parece interesante eso porque la gente quiere pasar el bicho. Yo leí alguna vez que frente al bareback los hombres construyen como una suerte de comunidad, pero no una comunidad entendida como la LGBT, sino que se estrechan lazos sociales, en un mundo que está como tan dividido, como tan disperso, atomizado, la gente se siente sola y busca recibir algo del otro para generar un vínculo con él. Y es un caso hasta poético y prosaico, pero es que hay gente que los hace de mala fe, fuera de eso hay gente que ve esa asociación bicho-preñar, infectar, contagiar; -como quieran, porque yo tengo resistencia a partir del diagnóstico mío, porque una cosa dicen los grupos y otra cosa dice el sistema médico-, entonces yo tengo una dicotomía cognitiva frente a eso.... No sabría si me preñaron, me infectaron o que...”

(Participante entrevistado)

Figura 7. Invitación a indicar el estado de VIH en una aplicación que promueve los encuentros entre hombres



Fuente: Aplicación móvil The Hornet Team.

No obstante esta forma de asumir la realidad, es importante mencionar que en las narrativas de los hombres bogotanos abordados, las percepciones se hallan divididas, como ya se mencionó, entre quienes piensan la situación con un carácter político y quienes no; sin embargo, en términos del lenguaje, no se encontraron sustantivos específicos que nominalicen a los actores de una relación sexual en la que haya intencionalidad de intercambiar el VIH, como sí lo hay, en un discurso más universal, entre algunas comunidades BB del planeta, en términos tales como el *bugchaser* —nombre que recibe quien busca adrede ser infectado por su compañero sexual, designado, a su vez, como *gift-giver*—; en cambio, sí se hallaron referencias, como la mostrada arriba, de “pasar el bicho”, “ganarse el premio” o “preñar”, que aluden a la seroconversión; sin embargo, esos ejercicios semánticos no denotan una ubicación específica entre quién “brinda el premio”, “da el bicho” o “preña” y quien lo recibe.

Vale la pena aclarar que esta forma particular de construir la realidad no puede generalizarse ni extenderse a todos los hombres abordados, pues a pesar de que muchos de ellos tenían sexo sin condón, no necesariamente pensaban en la presencia del VIH al momento de tener relaciones penetrativas, ni, mucho menos, materializan en el lenguaje papeles durante las prácticas; incluso, no comprenden la sola idea de la transmisión intencionada, o no les resulta cómoda.

“... Hoy en día es como si fuera el premio tener VIH. Yo una vez vi un artículo en internet y me pareció como pesado; hace rato, hace años, cuando todavía lo que se pensaba sobre la enfermedad era como ¿tiene VIH se va a morir mañana! Y el artículo se llamaba, “Buscando el bicho”, entonces el autor hablaba y decía que su sueño era estar con un man con VIH y que se lo prendiera y que eso era mejor dicho su momento más erótico de la vida”. El man estaba como rayado. Pues a mí me parece como pesado, pues no entiendo cómo una persona va a permitir eso, pues cuando uno tira sin condón uno sabe que está en riesgo, pero obviamente uno no va a decir: ojalá que tenga VIH... no, no sé, a mí me parece como una leyenda urbana”.

(Participante entrevistado)

Los hallazgos en torno al estatus para VIH parecen indicar que este se convierte en un dato importante, por permitir la toma de una postura determinada frente a un relacionamiento en el que la lógica del riesgo es mediadora. Es también determinante en este ejercicio

Figura 8. Mensaje circulante en redes sociales *bareback*

El simple hecho de culear sin forro no te hace Bareback. El culeo a pelo es una actitud ante la vida, el entorno y el contexto, lo que se aproxima a un verdadero estilo de vida.

la presencia del estigma, lo cual, muy probablemente, no permite que todos los usuarios registren ese tipo de información en un perfil que muestra sus datos, e, incluso, fotografías.

5.5.5. Prácticas sexuales y riesgos

Además de los riesgos mencionados en las diferentes prácticas abordadas, es importante tomar en cuenta que, dadas las características en situaciones como el sadomasoquismo, el juego involucra elementos de manejo emocional e ideológico en cuanto a que lo que está en juego es la detención del poder de una persona sobre la otra; por tanto, dicho tipo de prácticas debe ser entendido como una interacción a la cual debe dársele un tratamiento adecuado, que no ponga en desequilibrio la salud mental de los miembros de la pareja.

Así mismo, el cuerpo es el instrumento a través del cual se experimenta la práctica, y se debe buscar siempre la conservación de la integridad de este y de la persona; por tanto, los riesgos que emergen en las distintas prácticas deben ser conocidos, y cada uno de los practicantes debe propender por controlarlos y minimizar las condiciones capaces de hacer que una práctica llegue a ser lesiva para alguno de los actores. Esta es una de las situaciones que hacen que algunas personas opten por adentrarse más en el mundo del fetiche y menos en las prácticas penetrativas, o las que impliquen el contacto corporal directo o con fluidos. Así lo expresa uno de los participantes abordados:

“-¿Hay riesgos en esas prácticas?”

Desde el sadomasoquismo sí, desde el fetichismo los veo muy pocos, por lo que yo te decía al principio, yo no puedo decir que

una práctica sexual sea un fetiche, o sea, decir que a mí me gusta la asfixia no sé si me hace ser fetichista ¿cierto? pero si me entra al mundo del sadomasoquismo, ¿por qué? pues por la definición que uno encuentra en el diccionario, una persona que le guste infligir dolor o la apariencia de dolor, porque eso también es una construcción, y otra persona sumisa que le gusta recibir dolor o toda esa imagen que represente dolor, humillación o vejación. En ese mundo sí hay riesgos, porque qué le dice a usted si con el sujeto A la asfixia es a un minuto, o con el sujeto B la asfixia es a 4 minutos, y si no hay una experiencia previa de ensayo y error, puede ser que usted esté jugando con un sujeto, cuya asfixia llega en un minuto...

(Participante entrevistado)

5.6. Uso de sustancias psicoactivas (SPA) y de otras sustancias durante las relaciones sexuales

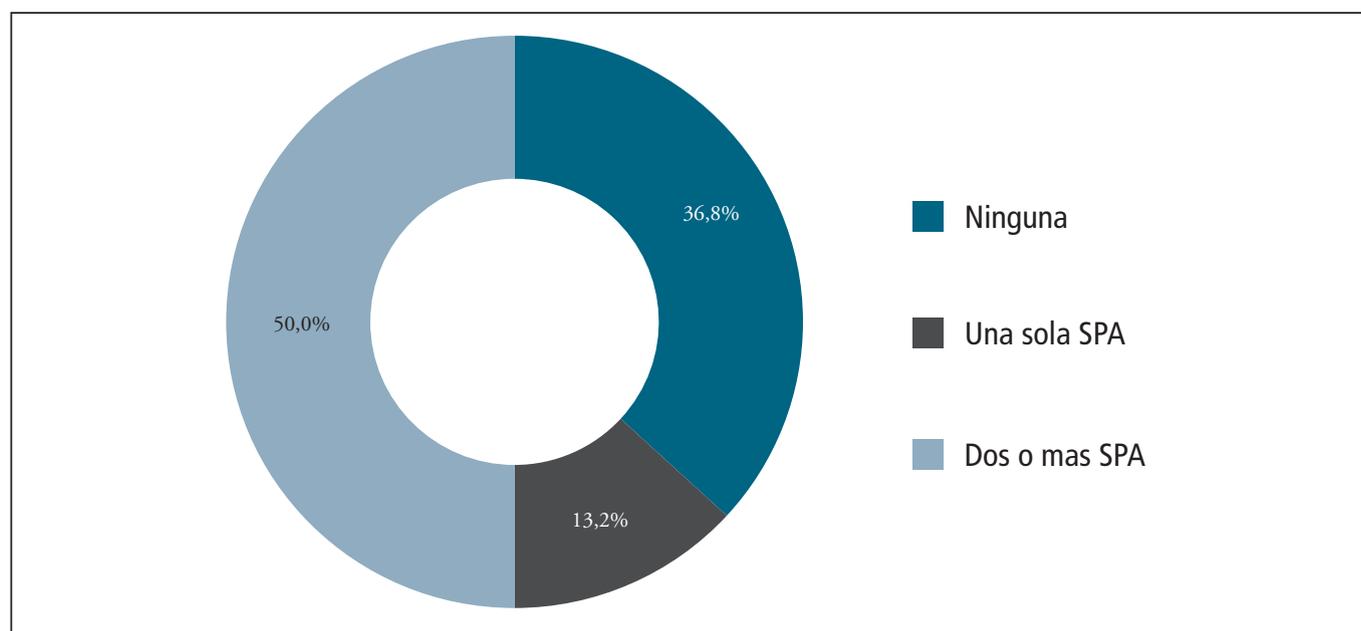
El uso de sustancias durante las relaciones sexuales fue abordado en dos escenarios en la presente investigación: 1) por un lado, en las entrevistas y los grupos focales; y, por otro, 2) en la encuesta de caracterización. Se

logró así que este tema, cual resultaba difícil de abordar para muchos participantes en las interacciones cara a cara, pudiera ser descrito de manera anónima y con mayor detalle en la encuesta de caracterización, y permitió de esta manera contrastar los dos tipos de información recabada y la obtención de un panorama más completo sobre el tipo de sustancias que se consumen y los contextos en los que se usan.

Así, se halló que el 37% de los participantes no consumen ninguna sustancia durante sus relaciones sexuales, mientras que el 13% consumen por lo menos una, y el 50%, más de 2. Dicho dato muestra, pues, que el consumo de sustancias es habitual durante las relaciones sexuales de los HSH, situación que aún no ha sido abordada a profundidad en la caracterización de las prácticas de esta población en Bogotá.

Ahora bien, lo que resulta más interesante es saber cuáles sustancias se consumen en el contexto capitalino de los HSH. Al respecto, la investigación muestra que, comparativamente con los consumos de la población a lo largo de décadas anteriores, el consumo de la marihuana y la cocaína está siendo eclipsado por el de los llamados *poppers*.

Figura 9. Uso de SPA durante las relaciones sexuales; distribución porcentual. Bogotá, D. C., 2013



Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

5.6.1. Poppers

Esta sustancia consiste en nitritos de amilo, butilo e isobutilo. Ha emergido con gran fuerza durante los últimos años en la ciudad; se consigue en botellitas de 15 y 50 ml, y tiene una gran aceptación en la población HSH, en la medida en que es un vasodilatador que contribuye sensiblemente a relajar el esfínter anal para la penetración, y, de acuerdo con la percepción de los usuarios, “a generar niveles importantes de excitación al prolongar la sensación del orgasmo” (Participante Entrevista a Profundidad).

A lo largo de la historia del VIH, aparece reportado el uso de *poppers* en escenarios donde se tiene sexo sin uso de condón entre hombres, además de existir una asociación importante entre su consumo, la baja de células T y la atrofia del timo, órgano relevante en los procesos de inmunidad.

En muchos países, este producto circula libremente, en la medida en que se comercializa como aromatizante, y su molécula ha sido frecuentemente modificada, con el objeto de lograr más y profundas sensaciones. En Bogotá, se comercializan algunas versiones importadas y otras fabricadas en el país; en estas últimas, el aroma difiere sensiblemente del de las versiones internacionales, y su proceso de volatilización es mucho más rápido. Su costo puede oscilar entre los \$20 000 y los \$50 000; es un producto que se comercializa y puede encontrarse fácilmente en tiendas de sexo. En países como Estados Unidos y varios europeos, su comercio es legal, aunque no se vende al extranjero.

Entre los efectos adversos asociados a los *poppers* se encuentran que pueden producir quemaduras en la dermis y en las mucosas, además de problemas respiratorios, baja en el sistema de defensas, y deterioro de la memoria y de la atención.

5.6.2. Ácido (LSD)

También se mencionó en el estudio el uso de sustancias como el éxtasis y el ácido ([LSD], en el 41,7% de los casos) para el relacionamiento sexual, dado que su consumo permite tener la sensación de alegría y de alta sensibilidad; el uso de dichas sustancias se ha reportado más en los contextos de la fiesta, el baile, los bares y la rumba. Trasladarlo a las relaciones sexuales denota para los participantes el incremento y

Tabla 5. Tipo de SPA consumidas durante las relaciones sexuales, distribución según número de casos y porcentaje. Bogotá, D. C., 2013

SPA	Consumen	Porcentaje
Poper	21	87,5%
Coca	14	58,3%
Marihuana	13	54,2%
Alcohol	13	54,2%
Extasis	10	41,7%
Acido	10	41,7%
Ketamina	8	33,3%
GHB	3	12,5%
Cristal	1	4,2%
Bazuco	1	4,2%
Heroína	0	0,0%
Dos CB	0	0,0%

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

la agudización de la sensación de placer, así como la prolongación de la experiencia sensorial durante el encuentro.

El ácido, LSD 25 o dietilamina de ácido lisérgico, es un alcaloide derivado de un hongo conocido como cornezuelo del centeno; es inodoro, incoloro e insípido, y fue sintetizado en 1938 por Hoffman. Su uso se orientó inicialmente a tratar la neurosis obsesiva; también, como auxiliar de la psicoterapia y como complemento al tratamiento del alcoholismo y de la adicción a los opiáceos, pero posteriormente, en la década de 1960, se difundió con rapidez entre las comunidades hippies, debido a los efectos psicodélicos que produce (National Institute and Drug Abuse, 2012). Por lo general, se presenta a manera de cartoncitos impregnados con la sustancia, y que pueden contener entre 50 y 400 mg.

Aunque los reportes bibliográficos hablan de que su consumo es por vía oral, por lo que suele ponerse en la boca para ser absorbido por la mucosa oral y lograr los efectos deseados, también se sabe que en Bogotá los adolescentes se lo aplican en sus córneas. El ácido puede conseguirse en Bogotá a un costo de entre \$15 000 y \$25 000, y mediante comercializadores, o *dealers*.

Entre los efectos reportados, se mencionan desde experimentar la sensación de una variación de los colores naturales de los objetos por unos más fuertes y fluorescentes, hasta alucinaciones en las que objetos

inanimados cobran vida, y aumento de la sensibilidad organoléptica, por lo cual se asocia a la agudización de la experiencia sexual, al hacerla más intensa. Cada cartoncito puede durar hasta tres horas, pero algunas personas reportan que el efecto puede prolongarse, en ocasiones, hasta cinco horas.

5.6.3. Ketamina

Por otro lado, la ketamina aparece como una sustancia novedosa sobre la cual no existen amplios reportes en Bogotá. Esta es un anestésico, y puede encontrarse en presentación de consumo para humanos, o también para uso veterinario. Por lo general, se encuentra en ampollas líquidas, que pueden pulverizarse al horno a una temperatura media de entre 90-100° C; también puede ser evaporada al baño María, para luego pulverizarse (el polvillo obtenido se inhala). En el mercado bogotano, puede conseguirse en ampollita o en polvo, a un costo de entre \$20 000 y \$35 000. También se puede usar líquida, mediante inyección intravenosa, o se puede mezclar con cocaína, y así obtenerse un producto conocido como “Special K”. Entre los participantes del estudio, solo se reportó su uso en la versión inhalada y pura (33%), y ninguno reportó usarla inyectada.

La ketamina puede producir el efecto de apacibilidad y la sensación de “salir del cuerpo”; a medida que se incrementa la dosis, la sensación de separación corpórea puede ser más intensa, al punto de llegar a experimentar algo conocido como *K hole*, o “agujero K”, estado que se ha asemejado al de la muerte, en la medida en que la sensación de separación puede ser muy intensa; esto puede generar temor entre los usuarios, pero otros la consideran una experiencia espiritual. En las observaciones y los acercamientos llevados a cabo, se tuvo noticia de la vivencia de dichas situaciones por parte de algunos usuarios abordados.

Esta sustancia también puede producir otros efectos, tales como alucinaciones, alteración de la atención y de la memoria, hipertensión arterial, bradicardia, depresión respiratoria, arritmia y laringoespasmos; y en caso de sobredosis, insuficiencia cardiorrespiratoria, convulsiones, polineuropatía, trismo e hipertonia muscular. Como muchas otras sustancias, puede inhibir la capacidad de decidir sobre el uso del condón durante las relaciones sexuales (Observatorio Vasco, 2014).

5.6.4. Marihuana

La marihuana, o *Cannabis sativa*, es una planta de origen asiático con propiedades alucinógenas. En Colombia, crecen diferentes tipos; los más conocidos son la “Santa Marta Golden”, que se cultiva en los departamentos de Magdalena y Cesar desde la bonanza marimbera de los años setenta del siglo xx, y la “Corinto”, que se produce en el Cauca. Se diferencian por el contenido de tetrahidrocannabinol (THC), el compuesto psicoactivo que genera una sensación de placidez. La marihuana que crece en el norte del país tiene un porcentaje de 1,0-1,5 de THC. Y la que se produce en el Cauca tiene el 2,0%. En la jerarquía marihuanera, la “Santa Marta Golden” y la “Corinto” ocupan el último eslabón por debajo de 80 variedades más, existentes en el mundo, y que son conocidas como *cripi*. Estas variedades surgen de alteraciones en las semillas, y solo crecen en invernaderos. Tienen mayor cantidad de THC: hasta el 18% (Pachón, 2011).

La *cripi* suele ser producida por sistemas hidropónicos, y manipulada genéticamente para lograr mayores concentraciones de THC; dicha característica posibilita obtener efectos más agudos a partir de una menor dosis y ha hecho que “la cripy” tenga una alta aceptación en diferentes poblaciones del país.

Dentro de los HSH participantes, la marihuana es una sustancia frecuentemente usada, no solo para tener relaciones sexuales (54%), sino como parte de los consumos de la vida cotidiana. Se reportó en el estudio el consumo de “Corinto” y de *cripi*. Al preguntar sobre los efectos que se buscaban con dicha sustancia al momento de tener relaciones sexuales, se mencionaron relajarse y distenderse, obtener una sensación de agudización de los sentidos y la exacerbación del placer, lo cual les resultaba atractivo en este tipo de ocasiones.

De igual forma, el precio de estos productos es bien diferencial, y ello hace que la *cripy* resulte mucho más atractiva si se compara su efectividad por precio frente a la “Corinto”, lo cual ha generado que su consumo se popularice cada vez más. Las observaciones efectuadas dentro del marco de la investigación permitieron encontrar en las calles y los circuitos bogotanos que un cigarrillo de marihuana se puede conseguir desde \$1000, mientras que una bolsa de 10 g, aproximadamente, puede conseguirse entre \$10 000 (“Corinto”) y \$30 000 (*cripi*).

En algunos de los acercamientos realizados, los participantes mencionaron que consumían marihuana junto con otras sustancias durante las relaciones sexuales, porque esta contribuye sensiblemente a potenciar el efecto de las demás sustancias y a hacer que las sensaciones fueran más tranquilas y llevaderas.

5.6.5. Cocaína

Por su parte, el consumo de cocaína (perico, fua) fue reportado por más de la mitad de los participantes (58%); esta es una sustancia que no se usa solamente para las relaciones sexuales, sino que también hace parte de los fuertes consumos para la rumba en bares, discotecas y clubes. Los efectos reportados por los HSH incluyen un incremento del deseo sexual y como sustancia útil para mitigar las sensaciones de cansancio, hambre y sueño; por esto, es apetecida en la medida en que resulta importante tenerla a mano en los casos en los que se liga a un hombre en el contexto de la rumba y se requiere continuar la noche con un encuentro sexual. Se mencionó también su uso insertándola en el recto para mitigar el dolor en las penetraciones y del *fisting*.

Esta sustancia se puede conseguir en el mercado bogotano por entre \$10 000 y \$30 000, dependiendo de la calidad, de la zona de la ciudad y del tipo de suministro que se haga (a domicilio o comprándola en algún lugar).

5.7. Significados asociados a la prevención y al uso del condón

Retomando la idea de Estrada (2006b), sobre la prevención como una construcción social cambiante en el tiempo y el espacio, y que refleja la forma como se entiende la sexualidad y se interactúa con ella, y, en particular, con las prácticas sexuales, presentaremos los hallazgos sobre esta categoría, organizados en cinco aspectos: 1) significados y discursos asociados a la prevención; 2) usos y significados del condón; 3) la prevención en las prácticas sexuales; 4) información para la prevención y 5) hasta dónde los participantes consideran que debe ser orientada la prevención.

5.7.1. Significados asociados a la prevención

A lo largo del desarrollo de los grupos focales y de las entrevistas, la prevención (y como parte de esta, el uso del preservativo) tiene asociados diferentes significados y prácticas que evidencian un espectro que va desde asumir la prevención en términos de autocuidado y autonomía, hasta personas a quienes el tema parece haberlas agotado, y no aparece incluido de forma clara en sus prácticas sexuales.

Para quienes significan la prevención como autocuidado, esta puede, incluso, superar el uso del condón, incluyendo elementos relacionados con el cuidado de sí mismos, como, por ejemplo: la elección de los sitios de rumba y para el encuentro de parejas ocasionales; el cuidado de los acompañantes en los lugares de rumba y de homosocialización; verificar la calidad del licor y de las SPA que consumen, y la elección de las personas para hacer cierto tipo de prácticas, bien sea por su conocimiento, su experticia o su grado de confianza.

Para los HSH, quienes relacionan la prevención con las acciones llevadas a cabo para evitar el contagio de ITS, se identifica la intermediación de las circunstancias en las que ocurren estos encuentros sexuales con la prevención, y las cuales conllevan que esta se negocie de múltiples formas. Es importante destacar que la mayor parte de los participantes de la presente investigación se ubican en esta línea en relación con la prevención.

Otros participantes, si bien conciben la prevención como las acciones para no adquirir ITS, este no es un ejercicio incluido por iniciativa propia en sus prácticas sexuales, pues dependen de la persona con quien se vaya a tener el encuentro.

5.7.2. Discursos asociados a la prevención

Como se presentó en el marco teórico, los discursos sobre la prevención generan unas prácticas particulares que pueden abordar este concepto desde el riesgo, o con una perspectiva más próxima a la vulnerabilidad social de adquirir el VIH u otra ITS.

Los hombres participantes identificaron aspectos de la prevención relacionados con los grupos y los com-

portamientos de riesgo (Estrada, 2006). Los discursos para prevenir las ITS (sobre todo, del VIH) se han concentrado en el miedo como recurso para el cambio de comportamientos y el uso del preservativo en sus encuentros sexuales. Dado que en la actualidad un grupo importante de ITS son curables o tratables, como sucede con el VIH, el miedo como elemento para la prevención deja de ser significativo, y se hace más clara la posibilidad de tener sexo sin condón, o, incluso, de vivir con la infección por el VIH; en palabras de un participante:

“Hay tantos tratamientos y uno ve tanta gente como tan bien, como que entonces, ya la gente no le tiene miedo al VIH, le tiene más miedo a una gonorrea o a sífilis ¿Saben lo que me dice una doctora? que ya la enfermedad no mata, entonces ya la gente no tiene esa conciencia de protegerse.

(Participante Grupo Focal)

Por otra parte, las campañas y las estrategias para prevenir el VIH y otras ITS han enfatizado su accionar en los HSH, y eso conlleva que se generen procesos de estigma y discriminación hacia dichas poblaciones, no solo por sus orientaciones y sus prácticas sexuales, sino también, porque empiezan a ser identificados como un grupo que propaga las ITS (Estrada, 2006). Los HSH participantes muestran que tal asociación ha generado un efecto contrario al esperado desde los abordajes de los grupos de riesgo, pues antes que propiciar un cambio en el comportamiento orientado a la prevención, se ha constituido en un discurso a partir del cual las personas no actúan para evitar las ITS y el VIH, por cuanto este se ha convertido en un destino “inevitable”.

“-Se está viendo mucho más abierto el tema del VIH y de las prácticas sexuales sin protección. Si revisamos hace unos años atrás nadie en el chat escribía VIH o bareback, ya ahora están como más abiertos a ese respecto... En conversaciones de pares, uno escucha como que “yo quiero que me pringuen” ¿qué es pringuen? que lo cundan de VIH. Yo lo he escuchado mucho, o en los chats “quiero que me pringuen” y me puse a consultar qué era ese término y decía eso que querían infectarse.

-¿Por qué será que la gente está pensando eso?

-Yo pienso que ellos prefieren pues infectarse y quitarse ese problema de encima.”

(Participante Grupo Focal)

5.7.3. Significados y usos del condón

El uso del condón se entiende en esta investigación como una de las prácticas que llevan a cabo las personas para la prevención. Si bien la efectividad del preservativo es reconocida por la mayoría de los participantes, su uso está mediado por sentimientos, pensamientos y situaciones que superan el racioamiento lineal del costo-beneficio en salud, para incluir aspectos como el placer, la confianza, el contacto piel a piel y con los fluidos, etc.

Solo algunos participantes del estudio aseguraron usar condón en todos sus encuentros sexuales, e hicieron referencia a la prevención como asociada al autocuidado.

“Ahí sí como dicen, caras vemos, corazones no sabemos; entonces usted puede ser mi mejor amigo, pero yo no sé usted con quién está saliendo,

-No sabe cuál es mi pasado sexual... ¿qué enfermedades? Eso puede pasar.

-Por eso hay que tener prevención.”

(Participante Grupo Focal)

Los datos de la encuesta construida y usada en el estudio muestran que 14 hombres reportaron usar siempre el condón en sus relaciones sexuales; 23 de ellos lo usan solo algunas veces, y uno nunca lo usa; al cruzar esta información con la presencia de ITS, pudo hallarse que quienes lo usan ocasionalmente reportaron mayoritariamente haber tenido una ITS; sin embargo, más de la mitad de los hombres que reportaron usarlo siempre tuvieron también una ITS, pero con una frecuencia menor que el grupo anterior. Es importante tener en cuenta que estos datos no son representativos para los HSH de la ciudad; por tanto, dichos datos requerirían verificación mediante estudios de mayor alcance.

Respecto a las razones que con mayor frecuencia adujeron los participantes para no usar condón en sus relaciones sexuales, más de la mitad esgrimió el argumento de que se sienten mejor sin este adinículo; la mitad refirieron que su pareja o sus parejas prefieren tener sexo sin condón o que el condón les afectaba la erección. Ello corrobora, por un lado, la idea sobre el placer como una categoría importante

Tabla 6. Uso de condón y presencia de ITS

Uso de condón			ITS			
			SI	%	No	%
Siempre	14	36,8	8	57,1	6	42,9
Algunas veces	23	60,5	18	78,3	5	21,7
Nunca	1	2,6	1	100,0	0	0,0
Total general	38	100	27	71,1	11	28,9

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

para la toma de decisiones en las relaciones sexuales de los hombres abordados, además de las parejas y de la idea de estabilidad, como muy influyentes en la misma decisión.

Como se presentó al comienzo de este apartado, la mayor parte de los HSH negocian el condón en varias situaciones. Uno de los elementos que interactúan con tal negociación es saber con quién se tienen encuentros sexuales. Esta categoría de “personas conocidas” puede llegar a ser bastante amplia, e incluir a los amigos, a los amigos de los amigos, a las parejas o a personas con quienes se lleva poco tiempo de haberse conocido, pero inspiran confianza.

La confianza media como un elemento para hacer un “pacto” sobre el no uso del preservativo, y el cual la mayor parte de las veces no es explícito, pero brinda tranquilidad y seguridad durante el encuentro sexual, porque se confía en el otro. En el caso de las parejas, la confianza se relaciona con la fidelidad, y el no uso del preservativo involucra otros sentimientos como el amor, el afecto y la cercanía; así lo expresaron varios participantes:

“Por lo menos en mi caso, cuando vivía con mi pareja nosotros preferimos nunca usarlo, entonces llegar con condones eso quería decir que yo estaba en algún sitio, que había estado con alguien y como para evitar problemas, yo nunca y de hecho nunca cargo condón.”

(Participante Grupo Focal)

“Sí uno conoce a alguien de primerazo uno usa condón y pues está bien, pero de pronto si uno sigue teniendo relaciones sexuales con esa misma persona, en algún momento, sin pensar en que se pueda acabar pronto esa relación, pues uno deja de utilizar condón y tienen sexo Bareback.”

(Participante Grupo Focal)

Tabla 7. Razones aducidas para no usar condón

Razón para el no uso del condón	Frecuencia	%
Se siente mejor sin condón	13	54,2
Sus parejas prefieren el sexo sin condón	12	50,0
El condón afecta la erección	7	29,2
No recordó usarlo	4	16,7
Estaba bajo efecto de SPA	3	12,5
El condón no es erótico	3	12,5
No le gusta usar condón	2	8,3
Es alérgico al látex	1	4,2
Sus tallas son muy pequeñas	1	4,2
Tiene pareja estable	1	4,2
Son muy caros	0	0,0
Hay dificultades para conseguirlo	0	0,0

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

La interacción del uso del preservativo entre parejas con la fidelidad, el amor y la cercanía concuerda con hallazgos de otras investigaciones sobre prevención, llevadas a cabo en América Latina y en el país (Es-trada, 2006 b; MSPS-UNFPA, 2011), así como en otras partes del mundo (Crossley 2004; Shernof, 2005; Fernandez-Davila 2009), y que se han posesionado como elementos de importancia, que deberían ser incluidos y trabajados para la prevención del VIH y las otras ITS.

La relación prevención-pareja estable-no uso del preservativo coincide con los discursos biomédicos asociados a la prevención desde el riesgo, y en la cual solo las personas con varias parejas sexuales tienen riesgo a adquirir ITS; por tanto, tener “pareja estable” protege del VIH y de las otras ITS. Sin embargo, la categoría “pareja estable”, antes que relacionarse con el tiempo que dura una relación, se construye a partir de la voluntad de establecer una relación de pareja.

Lo anterior refleja la tensión entre estos discursos biomédicos y la forma como en la vida real se significan y se viven, pues aparecen, en términos de la prevención, contradicciones y tensiones en la relación pareja-no uso del preservativo-riesgo, ya que la pareja estable tiene múltiples significados, y en el interior de esta puede haber situaciones diferentes; por ejemplo, que una de las partes (o las dos) tenga relaciones sexuales con otras personas sin preservativo, pero sin que se afecte su estatus de pareja estable; o que las personas tengan varias parejas estables a lo largo de

sus vidas. Ambas son situaciones a través de las cuales se podrían exponer a la adquisición de ITS.

“Yo tenía relaciones con otras personas pero sí eran parejas, lo que pasa es que durábamos poquito.

Pero sí eran pareja no recuerdo usar condón, de pronto usamos las primeras veces, pero después ya no. No era usual usar condón.

¿Por qué?

No sé, porque era la pareja y pues ya uno como que tiene la idea de que con la pareja no usa condón”

(Participante Grupo Focal)

Otro elemento que participa en la decisión de usar o no usar preservativo, y que emerge en esta investigación, se relaciona con el mayor disfrute en la relación sexual, a través de la relación piel-placer y del contacto con el semen. Como ya se explicó a profundidad, el semen y el contacto con él incrementan el placer en la relación sexual, pues involucra una carga simbólica, relacionada con la masculinidad, la entrega que hace el otro de la “esencia” de sí mismo durante la relación sexual y la obtención de “poderes” asociados al semen, entre otros; todos ellos ya fueron explicados, y también han sido identificados en otras investigaciones (Shernoff, 2005).

En este contexto, se tensionan nuevamente los discursos biomédicos de la prevención; en especial, los que hacen énfasis en los riesgos surgidos por el contacto con los fluidos, pues en términos de la práctica sexual, el mayor placer se alcanza, precisamente, por tener contacto con el otro, y, en especial, con sus fluidos. Los niveles de excitación son otro punto angular que media en el uso del preservativo durante los encuentros sexuales; así, el deseo y el placer sexual permiten trascender los elementos del “conocimiento” y la “confianza”, para decidirse a tener una relación sexual sin condón. En palabras de un participante:

“Usted conoció a alguien, está borracho, se quitaron la ropa, se voltean, se lo restriegan a uno, y uno dice será que sí, será que no. Uno toma la decisión, ahí es donde quiere tomar la decisión, uno dice, ponte el condón, y listo. Pero hay otros que hágale, de una y sin condón.

(Participante Grupo Focal)

El momento y el lugar en los que se tiene el encuentro sexual también marcan diferencias sobre el tipo de prácticas que se decide hacer, y si en ellas se usa preservativo.

“¿Si tú no tienes condón, no hay penetración?”

No, masturbación a lo máximo y ya,

En lugares públicos si no hay preservativos, masturbación

Ahí es más fácil la masturbación que el sexo.”

(Participantes Grupo Focal)

“Yo lo uso cuando voy a un lugar y desconozco a quién me estoy cogiendo, prefiero utilizar el cauchito.

Cuando me están mamando no, pero cuando me dedico a clavar o que me claven ¡sí claro!

(Participante Grupo Focal)

La apariencia del pene, su olor, su limpieza, y la presencia en él de granos o de verrugas, entre otros, actúan como elementos que orientan la decisión sobre usar o no usar preservativo. Ello permite evidenciar dos cosas: 1) que en algunos momentos los HSH hacen ejercicios de exploración a través de los sentidos, y 2) que estos orientan la toma de decisiones acerca de lo que se considera prevención. A pesar de ello, se evidencia, también, que durante el encuentro sexual no se piensa en la existencia de varias ITS, como el VIH, la hepatitis B, la hepatitis C y el virus del papiloma humano (VPH), las cuales no presentan sintomatología visible en los genitales.

Aparte de la apariencia de los genitales, las condiciones de aseo y la negativa a entrar en contacto con fluidos o con materia fecal son, para algunos HSH participantes de la presente investigación, motivadores para el uso del preservativo.

“Cuando yo uso el condón, pues a veces ni siquiera pasa por mi cabeza que puede haber alguna infección, sino porque si es sexo anal puede ocurrir que quede untado el tipo, a eso como que equivale, no que feo, entonces lo primero que se me viene a mí para usar el condón es, pues si estoy en algún lado, que pereza a donde me lavo, entonces, por eso es que uso el condón.

(Participante Grupo Focal)

Respecto a quién toma la decisión de usar o no el preservativo, si bien para la mayor parte de los HSH hacen parte de una negociación, para otros, como ya fue mencionado, es una decisión que depende de la persona con quien se tendrá el encuentro sexual; es decir, esa otra persona es quien decide:

“La verdad yo no tengo problema con usarlo o no usarlo. Esa decisión depende más de la persona con la que yo estoy, si el man me dice use un condón, listo, si el man no, todo bien”

(Participante Grupo Focal)

Finalmente, al revisar la información que tienen los participantes sobre el preservativo, se identificó la existencia de cierto nivel de desconocimiento que se matiza con mitos y falsas creencias; esto llama la atención, por cuanto los HSH han sido uno de los grupos priorizados en estrategias comunicativas de prevención.

“La cuestión de la prevención con el uso del preservativo es que no hay una cuestión muy clara de cómo usarlo, yo siempre lo he dicho, acá a uno le preguntan ¿bueno y usted quién considera que debe ponerse el preservativo? el pasivo, el activo y siempre les digo, el que va a penetrar al que va a ser penetrado, no el activo, no porque ya malogró el condón, yo que voy a saber si tú te cortaste hace media hora y cuando estemos... Salga sangre...”

El que va a ser penetrado es el que debe colocar el preservativo, no la persona que va a penetrar, para no malograr el preservativo... porque yo no sé si usted puede tener hongos en sus dedos y puede malograr el condón.

(Participante entrevistado)

5.7.4. Acceso a condones

En general, los participantes del estudio aseguran que acceden con facilidad a condones, por su costo y porque en los sitios de homosocialización, como videos, saunas, cabinas y bares, se hace una amplia distribución de estos. He ahí un hallazgo positivo, pues muestra la disminución de las barreras de acceso a tal tipo de productos, y, muy seguramente, se asocia a las diferentes estrategias promocionales, educativas e investigativas dirigidas a esta población que se han realizado a lo largo del último lustro en Bogotá, D. C.

No obstante lo anterior, más allá de la facilidad y de la economía en los preservativos, se identifica la interacción de elementos sociales y culturales que limitan el acceso al condón, como la vergüenza para comprarlos, recibirlos y portarlos de forma cotidiana. Vale la pena recordar, también, que el hecho de tener un preservativo no implica que la persona lo usará, pues median en tal decisión elementos ya explicados, como la pareja, la confianza y el erotismo.

“Dentro del círculo social que manejo que son universitarios, mis compañeros y personas más cercanas, yo veo mucho que aún les da pena ir a una farmacia a comprar un condón, entonces prefieren pedirle al que más tenga “regáleme uno”, porque todavía les da como cosa ir a comprar un preservativo, cosa que me parece ridícula porque es lo más normal de este mundo”

(Participante Grupo Focal)

5.7.5. Más allá del condón: la prevención dentro de las prácticas sexuales

En las prácticas sexuales, la variable “persona conocida” gana valor, en tanto media en la decisión sobre el tipo de práctica que se vaya a tener: penetración, sexo oral, masturbación, eyaculación... Adicionalmente, oler, tocar y mirar al momento de las relaciones sexuales actúan como elementos que permiten orientar la toma de decisiones.

“Uno huele y ya. Esa parte de observación y tacto, o sea son dos sentidos desarrollados, uno sabe decir si sí, o si no ¡Para mí si huele paila. Puede estar buenísimo, pero nada!”

(Participante Grupo Focal)

Desde una mirada amplia de la prevención, el “saber hacer” gana en relevancia, en las prácticas sexuales alternas el cuidado de sí mismo y el del otro son fundamentales dentro del marco de los encuentros sexuales. Este saber hacer implica conocer cómo se deben llevar a cabo las prácticas, cuáles son los signos que podrían indicar riesgos para la seguridad de los participantes, qué sustancias se pueden combinar, y cuáles no, durante los encuentros sexuales, etc.

“Hay gente que juega asfixia y que le aguanta a usted mucho, pero hay gente que la ha visto, la ha soñado, ha

construido una fantasía alrededor, pero nunca ha jugado asfixia, entonces conocerlo a usted en un bar y que le digan “venga asfixiame”, es un riesgo, ¿por qué? Porque usted no sabe los límites del otro y si usted no sabe hacer las preguntas adecuadas, se puede meter en un lío. ¿Cuánto has practicado?, ¿cuántas veces?, ¿cuánto duras?, ¿cuánto es lo máximo?, ¿cuáles son los signos de asfixia en ti... ¿Sí me hago entender?, o sea, hay riesgos que son más evidentes y más fuertes cuando usted desatiende las tres reglas de oro “sano, seguro y consensuada.”

(Participante entrevistado)

El saber hacer emerge como un elemento en el que cabe profundizar en próximas investigaciones, pues brinda información relevante para ampliar los contenidos y los lenguajes para la prevención. Por su parte, las SPA acompañan las prácticas sexuales y plantean cuestiones muy relevantes, como: ¿qué pasa con algunas drogas y el manejo de la conciencia, del placer, del dolor y de la integridad al momento de articular dispositivos de prevención?

Pese a lo anterior, como se mostró en el componente de prácticas sexuales y uso de SPA, el de estas últimas no es un tema que haya emergido explícita y fuertemente en los grupos focales ni en las entrevistas, pero sí en la encuesta de caracterización, donde apareció relacionado con una especie de “naturalización” del consumo entre los HSH o con el estigma y la discriminación que lo acompañan. Al igual que el “saber hacer”, la relación prácticas sexuales-consumo de SPA-prevención aparece como una relación importante para profundizar y caracterizar, con el fin de identificar otras dinámicas relacionadas, las cuales superan los objetivos del presente estudio.

5.7.6. Información para la prevención

La información sobre el VIH y otras ITS puede convertirse en una herramienta para pensar y decidir en torno a la prevención; por tanto, la calidad, la claridad y la oportunidad se convierten en atributos fundamentales de esta. Los participantes declaran que acceden a información preventiva en los medios de comunicación, la Internet, lugares de homosocialización y con organizaciones que trabajan en salud sexual y la con población de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI); también, en espacios universitarios y de salud.

En esta investigación no abunda información sobre los contenidos para la prevención a los que acceden los HSH; sin embargo, se identificaron tres aspectos. El primero, que en los espacios de salud la información se orienta a que las personas identifiquen los daños que sufrirían si adquieren una ITS. El segundo, que la información publicada en los medios de comunicación es poca; una referencia en el tema sigue siendo la campaña, de los años noventa del siglo XX, de “Sin condón ni pílo”, la cual llama la atención como la más recordada, en tanto las personas, los contextos y las necesidades de información sobre sexualidad han cambiado desde entonces hasta hoy. Sin embargo, la información y los discursos podrían no haber tenido el mismo proceso de ajuste. Al contrario, parece que esa información refuerza los estigmas y la discriminación que se han construido en torno al VIH y a otras ITS desde hace más de 20 años.

Un tercer aspecto, sobre los tipos de información a los que acceden los HSH, es el abordaje incipiente de las prácticas sexuales diversas, lo que evidencia la poca información con la cual se pueden llevar a cabo acciones para la prevención, y cómo ni los espacios de salud ni educación, ni la comunidad en general, han logrado incorporar informaciones ni conocimientos sobre dichas acciones. Esto conlleva que las personas lleguen a intentarlas a partir del desconocimiento, de las referencias incompletas de terceros o del ensayo y error, lo cual, a su vez, puede generar afectaciones en la calidad de vida y en la salud de los hombres bogotanos y fortalecer los niveles de estigma por parte de la comunidad, pero ahora, a partir de unas prácticas exotizadas y, muy seguramente, satanizadas.

“Yo no conozco una sola campaña que hable de sexualidad alternativa, de ninguna autoridad he oído hablar un poco del reconocimiento que se hace a las sexualidades diversas, que no necesariamente alternativas, obviamente después del cambio constitucional y de las últimas sentencias de la Corte, la gente ha tenido la valentía para hacer valer sus derechos, cierto, pero en relación al fetichismo o al sadomasoquismo como una expresión alternativa a la sexualidad, yo no conozco nada”.

(Participante entrevistado)

Un estudio adelantado por la SDS, en conjunto con la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida (LigaSida), sobre antirretrovirales y calidad de la atención en VIH/sida, coincide con los presentes resultados, acerca de

la información que circula en los servicios de salud y en los medios de comunicación (SDS, LigaSida, 2012).

5.7.7. Oportunidad en el acceso de la información para la prevención

El momento de acceso a la información para la prevención es fundamental, pues una parte de las decisiones dependen de la forma como la prevención se vincula a la vida y a la construcción de la subjetividad. Los resultados de esta investigación permiten identificar que la información llega tarde y de forma inoportuna, y, por tanto, no es posible en todos los casos hacer un vínculo entre las prácticas sexuales y la prevención.

El estudio adelantado por la SDS, y ya mencionado, coincide con el resultado del presente estudio, relacionado con acceso a la información para la prevención, al mostrar que solo grupos específicos de la población acceden a información oportuna, de calidad y útil para prevenir las ITS. Participantes de dicho estudio accedieron a información sobre prevención en un momento posterior al diagnóstico para VIH (SDS, LigaSida, 2012).

De los participantes en el estudio, solo algunos han recibido información para la prevención en los espacios universitarios. Este hallazgo gana relevancia como una importante falla, si se tiene en cuenta el contexto universitario como un entorno ideal para implementar acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, por ser un escenario donde muchas personas se hallan en una etapa de su ciclo vital en el que ganan en libertad y en autonomía respecto a sus familias, y, adicionalmente, por ser un contexto de interacción de personas jóvenes, muchas de las cuales tienen vida sexual activa, y otras que están iniciándola.

“¿Las universidades tienen campañas?”

No, pues ahora no he visto.

He visto más campañas en las universidades de toallas higiénicas para las mujeres, como que ponen el stand de nosotras y se ponen a repartir toallas, van y hacen charlas y ya, pero sí debería haber campañas para los universitarios”.

(Participante Grupo Focal)

5.7.8 ¿Hacia dónde consideran los participantes que debe ser orientada la prevención?

Finalmente, sobre la orientación que debería dársele a la prevención, los participantes hablan de elementos que incluyen los contenidos, los lenguajes y las estrategias para su abordaje.

En cuanto a los contenidos, identifican que la perspectiva de la prevención debe ser más amplia, usar lenguajes más claros, e incluir, además del uso del preservativo, otros elementos, tales como las prácticas sexuales diversas, las formas como estas se realizan y sus posibles implicaciones, en términos propositivos, y no punitivos; así mismo, la información clara y de calidad, el placer, la satisfacción personal, el proyecto de vida, la posibilidad de construir una identidad sexual y de sentirse pleno con su sexualidad son elementos que consideran fundamentales.

“La participación de estos órganos del Estado que promueven la salud debería ser ¡cada uno sea feliz en lo suyo! que a usted no le conflictúe ser gay, ni pasivo, que no le conflictúe el fistfucking¹⁶ pero que aprenda a hacerlo como un profesional, lo mismo con el fetichismo y el sadomasoquismo. Listo hermano que a usted le gusta la asfixia, listo, que le digan la asfixia opera de esta y esta manera, y en estos rangos y en esta severidad o intensidad, que no es la misma del sujeto B, pero que usted salga de su práctica de asfixia pleno y satisfecho, y no deprimido y aburrido... Pero a la final hermano, ser feliz como usted es, y hacerlo bien hecho, a eso es a lo que nos tiene que llevar la educación sexual, como travesti, como homosexual, como fetichista, como sadomasoquista, etc; que usted sepa lo que está haciendo, en lo que se está metiendo y que sea feliz en ello, y que no le genere un problema a la gente que lo rodea, ese para mí sería el ideal”

(Participante entrevistado)

En un sentido similar, los participantes aseguran que podría ser trabajada la relación prevención-consumo de SPA brindando a la población información sobre qué, cómo, cuándo y de qué forma llevar a cabo los consumos durante los encuentros sexuales.

16 El fistfucking hace referencia a la introducción de la mano en la vagina o en el ano de la persona con quien se está teniendo un encuentro sexual. Es un sinónimo de fisting.

“Yo por ejemplo hice un taller de consumo, que era para mitigar; entonces invité los que consumen...yo siempre le digo mire esto puede que sirva: -porque es que no es lo mismo usted meterse el pase, ya como que su organismo ya sabe cuánto puede consumir, eso es diferente para el que va a empezar a consumir o para el que quiere probar, la misma cantidad que yo consuma de ketamina no es probablemente la mejor para una persona que nunca la ha probado”

(Participante entrevistado)

En cuanto a la información sobre el uso del preservativo, algunos participantes resaltan que se debe enfatizar más en la vinculación del preservativo con el erotismo y el placer, tal como se está haciendo en la publicidad para la venta de condones; esta es una valiosa información que debe ser tenida en cuenta desde los distintos abordajes epidemiológicos hacia la prevención, pues uno de los elementos que evidencian la apatía y el cansancio frente al uso del condón lo constituye la reiterativa medicalización del tema y el hecho de haber sido extraído de la órbita de la vida cotidiana de las personas, por lo cual se muestra como un elemento que no se articula, sino que entra y sale en el momento de la relación sexual, sin ligarlo a ideas como la búsqueda del placer y la estabilidad afectiva y emocional.

“Las charlas del condón, que no usen el condón por la prevención sino como un método de ver lo picante, sabores, colores, texturas. Es más chévere cuando se les enseña a ponerlos con la boca, para cuando tengan sus experiencias. Sería la idea más como que fuera algo erótico, lo tendrían más en cuenta a la hora de tener su relación”

(Participante Grupo Focal)

Sobre las estrategias a partir de las cuales llevar a cabo acciones de prevención, se hace evidente la necesidad de vincular diferentes entornos como la familia, las escuelas y las universidades. Al respecto, los participantes reconocen la relevancia de llevar a cabo un trabajo de pares, dadas las barreras culturales y sociales que persisten para abordar la sexualidad, y que podrían ser disminuidas con esta metodología. En palabras de un participante:

“Un amigo hablaba de dispensadores humanos de condones, que uno sepa que siempre le puede entregar a tal chico y ese chico se va a encargar de...”

¿Eso funcionaría, crees tú?

Sí, sabes que sí, por el nivel de confianza que uno tiene con la persona, por ejemplo en mi caso, yo he sido de buenas y me han facilitado muchos condones porque estoy en el lugar y la hora indicada, cuando hacen las campañas o ese tipo de cosas, entonces tengo compañeros que me dicen, ¿tienes condones?”

(Participante Grupo Focal)

Para el acceso a los preservativos, los participantes proponen potenciar los dispensadores en sitios estratégicos como las universidades, los bares y los baños de los centros comerciales, entre otros, y así resaltar la importancia de mejorar la calidad de los preservativos y hacer campañas de difusión orientadas a modificar las representaciones que asocian la calidad del condón a la marca y a su costo.

¿Tú dices que en tu universidad hay dispensadores de condones?

Sí, había visto.

¿Y cómo funcionaba eso un poco?

Creo que es una moneda de 500 o dos y nada así como la de los dulces, gira uno la palanca y sale el condón.

¿Y la gente sí iba como tranquila?

Es que siempre le hace falta el centavo al peso, entonces eran de los condones más regulares, supuestamente esa era la creencia que tenían las personas, “ay no eso es barato, eso es lo más malo”, y efectivamente, uno hacia una prueba y se rompía fácil, entonces yo pienso que si van a hacer algún tipo de campaña así de dispensadores o algo, coloquen condones buenos.

(Participante Grupo Focal)

Los participantes consideran que la información preventiva debe hacer énfasis en la población más joven, por estar ella iniciando su formación y su vida sexual. Otros elementos, como el uso de lubricantes y los sitios donde tienen lugar las prácticas sexuales, no emergieron dentro del marco de esta investigación como elementos que, para los participantes, podrían orientar las intervenciones y los discursos para la prevención.

6. Resultados

6.1. Descripción de la población

Con el fin de disponer de una herramienta metodológica que permitiese sistematizar de manera ordenada la información sobre las características de la población abordada, se implementó una encuesta de caracterización de carácter descriptivo (ver capítulo metodológico), que indagó sobre diferentes temas respecto a la experiencia de vida de los participantes enfatizando las categorías objeto de investigación.

En ese sentido, se abordó a 38 hombres de Bogotá, quienes tenían relaciones sexuales con otros hombres (HSH); sus edades oscilaron entre los 20 y los 49 años. Algunas de sus características se describen a continuación:

Tabla 8. Descripción sociodemográfica de HSH participantes en el estudio, distribución según el número de casos y porcentaje. Bogotá, D. C., 2013

Descripción socio demográfica participantes		
Edad (quinquenios)	Frecuencia	Porcentaje
20 a 24	7	18,4%
25 a 29	12	31,6%
30 a 34	5	13,2%
35 a 39	6	15,8%
40 a 44	5	13,2%
45 a 49	2	5,3%
SD	1	2,6%
Total	38	100,0%
Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0,0%
2	6	15,8%
3	23	60,5%
4	8	21,1%
5	0	0,0%
SD	1	2,6%
Total general	38	100,0%
Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	0	0,0%
Bachillerato completo	9	23,7%
Técnico o tecnológico	14	36,8%
Profesional	12	31,6%
Postgrado	3	7,9%
Total	38	100,0%
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	25	65,8%
Casado	0	0,0%
Divorciado	1	2,6%
Unión de hecho	10	26,3%
SD	2	5,3%
Total	38	100,0%

6.1.1. Nivel educativo

En cuanto al nivel educativo de los participantes, la mayoría de ellos (catorce personas) tenían estudios técnicos o tecnológicos, mientras que doce tenían nivel profesional y nueve habían completado su bachillerato. Dichos datos resultan importantes, en la medida en que se puede considerar que este grupo de personas se hallaban escolarizadas, y puede inferirse, como lo señalan algunas investigaciones precedentes, que estos hombres han recibido algún tipo de información sobre temas como sexualidad, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), uso del condón y prevención en el medio escolar; o que, por lo menos, tienen competencias lectoescritoras que les permiten acceder a tal tipo de informaciones por diferentes medios (Secretaría de Distrital de Salud [SDS], 2012).

Respecto a la localidad donde residían los participantes, estos aseguraron habitar 12 de las 20 localidades del distrito; la mayor parte se concentra en Kennedy y Teusaquillo. Es importante mencionar que la investigación desarrolló grupos focales en dichas localidades, para intentar cubrirlas lo más ampliamente posible.

Tabla 9. Localidad de residencia, distribución según el número de casos y porcentaje. Bogotá, D. C., 2013

Localidad de residencia	Frecuencia	Porcentaje
1. Usaquén	1	2,6%
2. Chapinero	2	5,3%
3. Santa Fe	1	2,6%
7. Kennedy	8	21,1%
8. Bosa	2	5,3%
10. Engativá	4	10,5%
11. Suba	5	13,2%
13. Teusaquillo	8	21,1%
14. Los Mártires	1	2,6%
15. Antonio Nariño	2	5,3%
17. La Candelaria	1	2,6%
18. Rafael Uribe Uribe	1	2,6%
S. D.	2	5,3%
Total	38	100,0%

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

6.1.2. Estado civil y parejas

En cuanto a su estado civil, los participantes declararon en su mayoría estar solteros (65,8%); una proporción menor, pero considerable, reportó vivir en unión de hecho. Este dato gana en relevancia, en la medida en que esta última categoría se ha incorporado en la vivencia y el lenguaje de los HSH, como parte del reconocimiento a los derechos civiles ganado en Bogotá y en el país, así como a la unión de parejas del mismo sexo, lo cual da cuenta de este elemento incorporado a la identidad de los sujetos investigados.

En cuanto al sexo de sus parejas, 18 hombres reportaron tener a una pareja hombre como fija, y 20 más mencionaron que tienen pareja ocasional, y es también un hombre. Solo un hombre reportó tener como pareja fija a un hombre trans (es decir, una mujer biológica que hizo el tránsito a hombre), y uno más manifestó tener como pareja ocasional a una mujer trans (o sea, un hombre biológico que hizo el tránsito a mujer).

6.1.3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

En cuanto al régimen de afiliación al Sistema de Salud, la mayoría de los participantes pertenecían al régimen contributivo, mientras que una pequeña porción estaba afiliada al régimen subsidiado, y solo una persona no estaba afiliada al SGSSS.

6.1.4. Orientación y papel sexual

En cuanto a su orientación sexual, 34 de los 38 hombres abordados se autoidentificaron con una orientación sexual homosexual, mientras que 3 lo hicieron como bisexuales, y uno prefirió no mencionar ese dato.

Respecto al papel que prefieren desempeñar en sus relaciones sexuales, la mayoría de los hombres abordados prefieren ser “versátil” o “activo”, y solo una pequeña proporción se describen como “pasivos” (5,3%). A algunos participantes no les interesa ubicarse en un papel sexual específico.

6.2. Caracterización de los contextos físicos y virtuales en los que tienen lugar el *bareback* (BB) y las prácticas sexuales alternas entre los HSH en Bogotá, D. C.

6.2.1. Contextos físicos

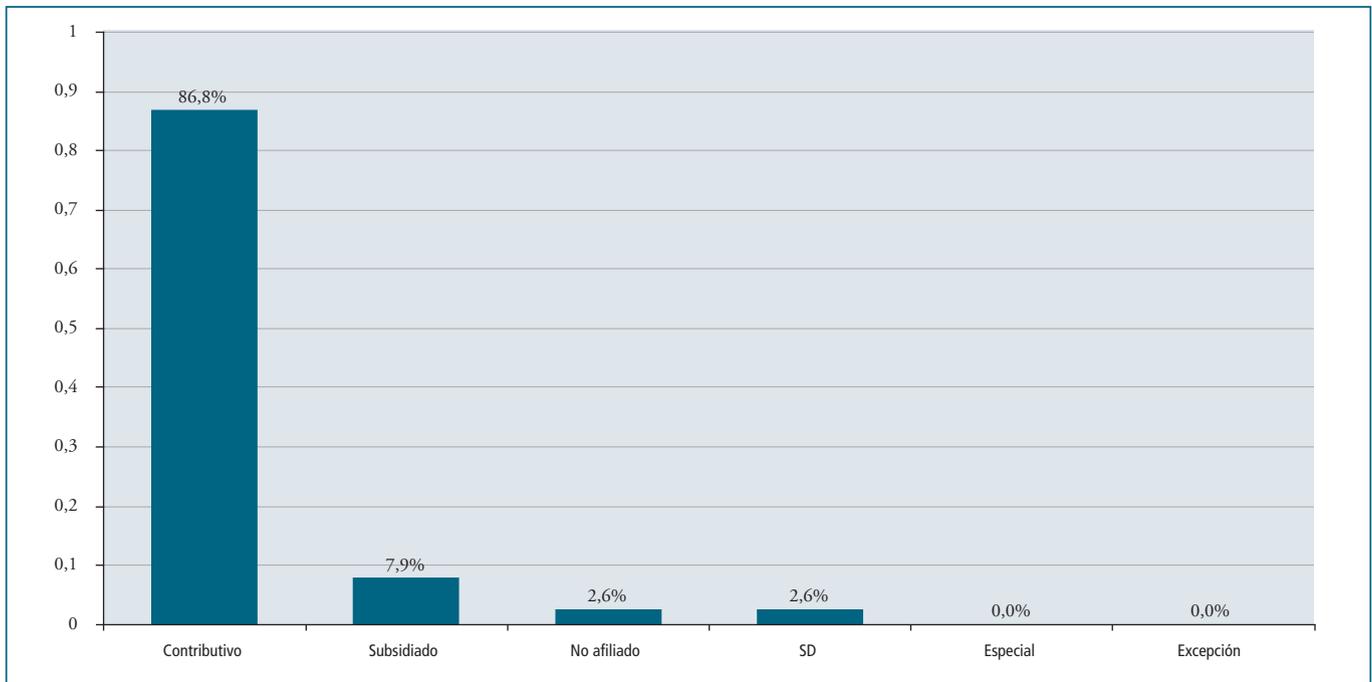
Marc Auge plantea la existencia de “no lugares”, lo cual hace referencia a espacios propiamente contemporáneos de anónima confluencia, donde personas en tránsito deben instalarse durante algún tiempo de espera, bien sea a la salida del avión, del tren o del metro que ha de llegar. En dichos espacios ocurre el cruce furtivo de las personas, quienes hacen parte de conjuntos que se forman y se deshacen al azar. Esos lugares son simbólicos de la condición humana actual, y, más aún, del futuro (Augé, 2004).

Los planteamientos del autor, aportan elementos para entender la forma como los HSH llevan a cabo sus procesos de socialización, acercamiento, ligue o levante, en los lugares públicos de la ciudad. Si bien en las observaciones realizadas en los diferentes contextos abordados dichos procesos están mediados por una serie de “rituales” que anteceden al contacto sexual, y en los cuales juegan un papel determinante los códigos corpóreos, como las miradas, y el roce, estos se llevan a cabo, por lo general, en sitios donde el tránsito de personas es frecuente, pero que, al parecer, están plenamente identificados como lugares de encuentro y ligue (baños públicos, centros comerciales, parques de la ciudad, universidades, el sistema de transporte público).

Si bien una parte de la población, tanto de hombres como de mujeres, se relacionan con dichos espacios para poder llevar a cabo desplazamientos o dar respuesta a necesidades cotidianas, para otras personas, incluidos los HSH participantes en el presente estudio, tales escenarios simbolizan un contexto donde se busca un acercamiento con el fin de tener un encuentro sexual.

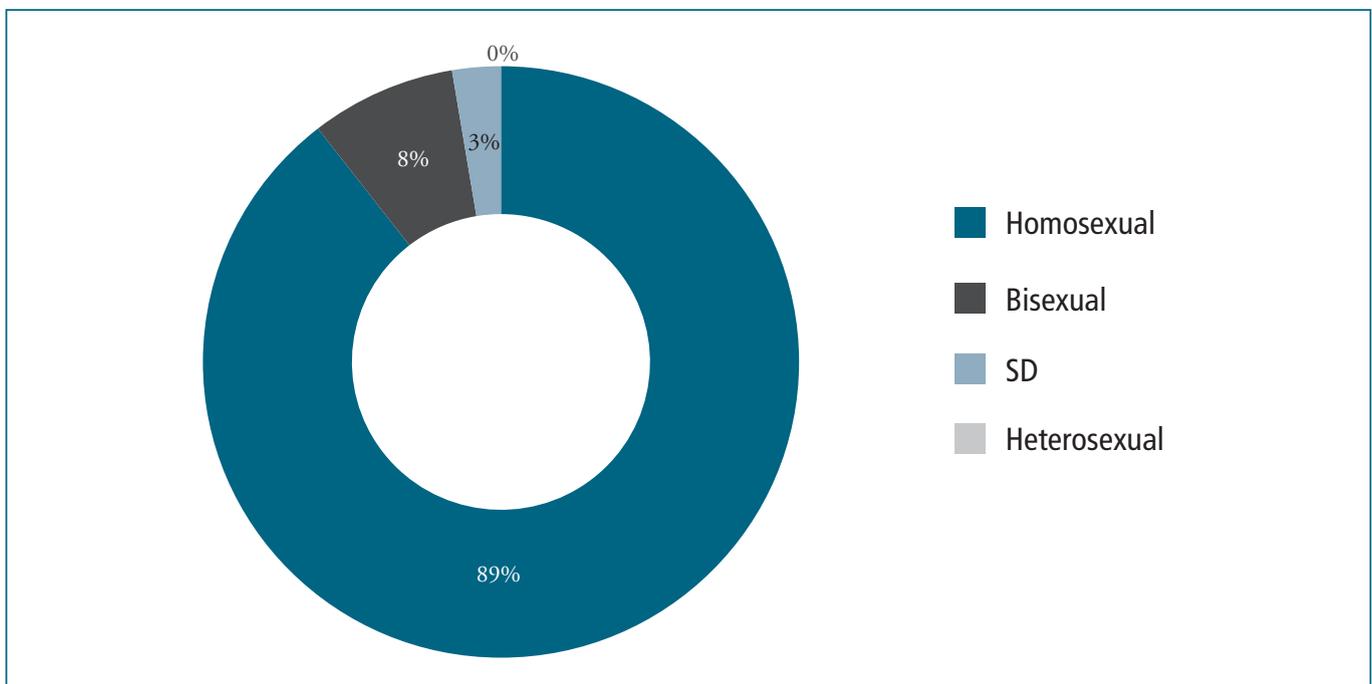
En contextos como el sistema de transporte público Transmilenio, los parques, los baños públicos y las zonas verdes de la ciudad, la dinámica del acercamiento se halla mediada por lenguajes no verbales y corporales que pueden indicar lo que se está buscando, o, por

Figura 10. Régimen de seguridad social en salud; distribución porcentual, Bogotá, D. C., 2013

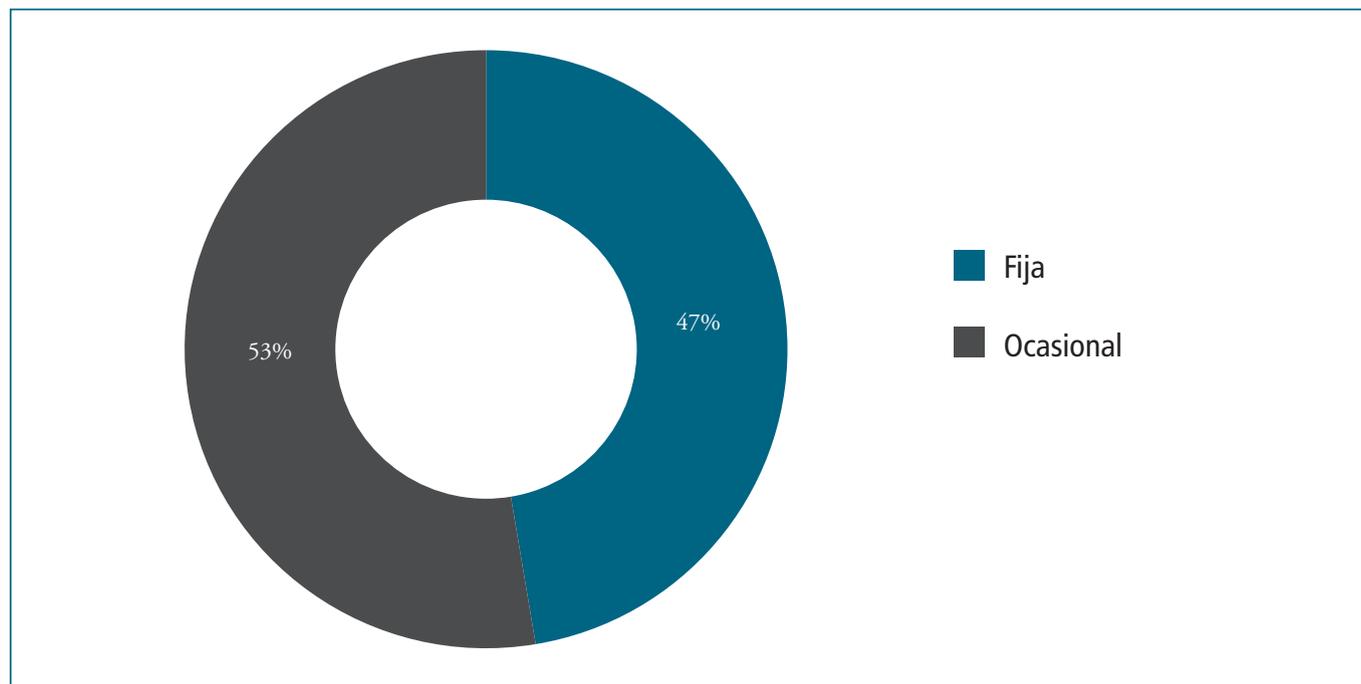


Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D.C., 2013.

Figura 11. Autorreporte de orientación sexual; distribución porcentual. Bogotá, D. C., 2013



Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D.C., 2013.

Figura 12. Tipo de pareja actual; distribución porcentual. Bogotá, D. C., 2013

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D. C., 2013.

lo menos, se está abierto a un encuentro sexual; así, la forma de mirar, la postura corporal y las posibilidades de acercamiento físico son indicativos importantes que generan lenguajes propios de la población HSH, los cuales difícilmente pueden ser interpretados por el transeúnte desprevenido y ajeno a la situación.

El tipo de práctica que pueda llevarse a cabo en los mencionados contextos está determinado por factores como el nivel de exhibición que pueda haber, la atracción entre los actores, la ocasión, el tiempo, el gusto por el riesgo y, al decir de muchos, “el nivel de adrenalina que esto pueda generar”. Al respecto, algunos de los participantes mencionaron, por ejemplo, haber tenido encuentros sexuales en Transmilenio, y en los cuales hubo roce de genitales y toques, e, incluso, se llegó al sexo oral con hombres pasajeros del sistema. Ello no necesariamente implica que las personas tengan que hablarse, que se pregunte el nombre u otros datos o que se busque alguna forma para mantener algún tipo de relación más allá de ese encuentro fortuito.

Así pues, el deseo, que funciona como elemento articulador, identificador y motor del encuentro sexual entre los hombres en ese contexto, al desvanecerse hace etéreo el sentido mismo del lugar, lo convierte en un *no lugar* al que se regresará solo cuando se genere una

nueva ocasión con el mismo sentido, o con otro relativo a las actividades de la vida cotidiana, dado que entre los HSH, como en los demás habitantes de la ciudad, dichos espacios se usan también para el tránsito y para el desarrollo de actividades tales como las compras, la consulta de información y el esparcimiento.

En Bogotá, D. C., los hombres gays y otros HSH también han establecido los bares, los saunas, los videos y las cabinas¹⁷ como sitios de encuentro y homosocialización; algunos de estos lugares se han transformado y permiten la realización de prácticas sexuales como el sadomasoquismo, el *bondage*, el *fisting* y el sexo escatológico, entre otros. Dichos espacios han permanecido en la clandestinidad, y muchos de ellos, en Bogotá y en otras partes del mundo, pueden funcionar gracias a los vacíos legales para su regulación¹⁸.

Es importante aclarar que las relaciones sexuales en esos lugares no necesariamente están mediadas por relaciones comerciales: más bien, hacen parte de un

17 Espacios similares a los *café internet* aunque privados, donde la persona usa un computador desde el cual puede tener acceso a pornografía, así como a redes sociales que conectan a los usuarios que están en otras cabinas del mismo establecimiento.

18 Según Rubyn, estos vacíos legales se dan gracias a la gran resistencia que dichos espacios y prácticas producen a escala social (Rubyn, 1984).

acuerdo entre las partes que quieren establecer contacto sexual. No obstante, resulta complicado controlar el tránsito de hombres que pueden llegar a ofertar algún tipo de intercambio sexual comercial en ese tipo de establecimientos, a pesar de no estar permitido y de que se hace la correspondiente advertencia por medio de avisos en los mismos establecimientos.

De acuerdo con la demanda de la población, los mencionados lugares deben reunir unas condiciones mínimas para la prestación del servicio de encuentros sexuales, tales como la seguridad de sus clientes, la generación de atmósferas de complicidad y de tranquilidad para la manifestación de la sexualidad, un nivel por lo menos básico de las condiciones de aseo, y contar con un amplio espectro de clientes. A diferencia de los lugares públicos, en estos espacios de homosocialización el contacto es más explícito, y puede incluir lenguaje verbal y no verbal; así, las personas involucradas pueden materializar en el lenguaje las prácticas por sus nombres y solicitar de manera más tranquila hacerlas o que se las hagan, lo cual cuenta con el consenso de los clientes y de los dueños del establecimiento.

En relación con la estructura de estos escenarios, se observó que cuentan con espacios destinados y acondicionados para diferentes actividades, tales como laberintos oscuros, salas de proyección de películas porno, zonas húmedas, hamacas o *slings*, cabinas individuales, etc. En estos pueden llevarse a cabo actividades individuales, en pareja o en grupos, pues no hay restricciones respecto al uso de los espacios ni al número de personas que pueden ingresar.

En estos contextos, el ejercicio sexual, en la mayoría de los casos, tiene lugar en escenarios donde se promueve el uso del condón a partir de afiches, letreros, folletos, la dispensación de condones y campañas promocionales; no obstante, el uso de este es una decisión personal, y en la que la pareja o las parejas sexuales del momento confluyen en una dinámica, para discernir si quieren o no usarlo.

En las observaciones hechas, se pudo identificar la existencia de interacciones entre los clientes que denotan ideas relacionadas con la prevención y el cuidado, y que no necesariamente están ligadas al uso del condón, como, por ejemplo, la solidaridad y la protección en los tipos de consumo que pueden darse en el interior de los lugares; en las personas con quienes se hace el ligue; en las horas de salida de los establecimientos; en el acto de

servir de asistente durante una práctica de *fisting* entre dos personas facilitando el lubricante, para que estas no deban interrumpir el acto; en alcanzar papel higiénico; en ayudar a que los muebles necesarios para la práctica estén bien acomodados; en suministrar hidratación, etc. Estos hechos hablan también de un tipo de generación de relaciones casi filiales que acercan a los participantes, en la medida en que se hallan articulados mediante una búsqueda común del placer, la cual es capaz aquí de sobrepasar taxonomías sociales como el estatus, el estrato social, la raza, la edad, el papel sexual, etc.

Algunos lugares un poco más especializados y conocedores del desarrollo de algunas prácticas alternas han acondicionado sus instalaciones con aditamentos como *slings* (hamacas en cuero, generalmente usadas para *fisting*), tinas para lluvia dorada (juegos con orina) y camas rotativas para *gang-bang*, al igual que juguetes sexuales como látigos, bolas chinas, cuerdas, *floggers* (un tipo de látigo), fustas y *dildos*, con el fin de ofrecer un entorno más cómodo para sus usuarios.

Al comparar el tipo de práctica según el lugar, se observa cómo en los sitios creados para la homosocialización, los encuentros pueden ser en parejas, en tríos o en grupos, mientras que en los espacios públicos, como baños y transportes, es más frecuente que las situaciones se desarrollen en parejas. Sin embargo, es probable que, dependiendo de las condiciones, se lleven a cabo grupos en parques y en zonas verdes.

Entre los participantes del estudio, al indagar por el lugar y el tipo de prácticas que prefieren llevar a cabo, 35 de los 38 sujetos reportaron que prefieren hacerlo con una sola persona; 19, en trío, y 9 más, en orgías. En cuanto al lugar de preferencia para tener relaciones sexuales, la mayoría de ellos prefieren su propia casa, seguida de la casa de sus amigos, en videos y saunas, mientras que solo una pequeña proporción prefieren los sitios públicos.

Tabla 10. Sitios de preferencia para relaciones sexuales

Sitio de relaciones sexuales	Frecuencia	%
Propia casa	30	78,9
Casas de amigos	22	57,9
Video	10	26,3
Sauna	15	39,5
Club de sexo	6	15,8
Sitios públicos	4	10,5

Fuente: Estudio de prácticas sexuales alternas en HSH. Bogotá, D.C., 2013.

Los anteriores datos muestran cómo para los HSH, los lugares privados (espacios de vivienda y lugares de homosocialización) tienden a configurarse como los escenarios más propicios para establecer una práctica sexual. La menor frecuencia en el uso de espacios públicos puede estar mediada por las sanciones sociales que eso conlleva, y por la falta de comodidad y de acceso a servicios; por tanto, sus usos son más ocasionales y menos intencionales.

6.2.2. Contextos virtuales

Partiendo de la Internet como un espacio que en la actualidad ha ganado relevancia en los procesos de socialización para los HSH, esta investigación revisó espacios virtuales relacionados con prácticas sexuales alternas en los que participaran HSH de Colombia y de Bogotá, con el fin de caracterizar los tipos de información y las interacciones que dicha población en la ciudad lleva a cabo por este medio.

A continuación se presenta una caracterización general de los sitios virtuales encontrados, de la información disponible sobre BB y prácticas sexuales alternas, así como interacciones y percepciones de los participantes en torno a estas prácticas.

6.2.2.1. Blogs

6.2.2.1.1. Características

Los blogs se han conformado como espacios para el encuentro de informaciones escritas y visuales sobre un tema de interés. Durante la revisión, se halló información general sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual (ITS), lugares de homosocialización, prendas de vestir, juguetes sexuales, lubricantes, y sustancias psicoactivas (SPA), entre otros.

Si bien uno de los criterios para seleccionar los blogs por consultar era la participación de HSH de Bogotá en ellos, al hacer la revisión, un primer hallazgo lo constituyó el hecho de que este tipo de blogs no son abundantes, y en ellos fue difícil identificar quiénes los visitan y los consultan.

A partir de la revisión, se identificó también que en países como México, Argentina, Brasil y España hay algunos blogs que brindan información específica sobre grupos, lugares y eventos relacionados con el BB y con prácticas sexuales diversas. Para el país, se

encontraron dos blogs sobre *bondage*, disciplina, sadismo y masoquismo (BDSM) con tal tipo de características; en uno de ellos, se publicitan fiestas, talleres y ferias como espacios en los que se puede profundizar y conocer a gente interesada en el tema.

Al buscar blogs sobre BB y prácticas sexuales alternas, se encontró un mayor número de dichos espacios relacionados con prácticas como el BDSM y fetiches, y, en menor número, blogs dedicados exclusivamente a prácticas como el *fisting* o el BB.

Además de la información visual y escrita sobre temas específicos, en los blogs se encontraron espacios de promoción de emisoras y programas, películas y lugares de encuentro para HSH. Unos cuentan con clasificados para conocer a otros HSH y promover servicios de acompañantes; algunos ofertan servicios de acompañantes autodenominados *bareback* haciendo alusión a que tienen relaciones sexuales sin condón.

En el proceso de búsqueda, se pudo identificar que la permanencia de los contenidos en los blogs es corta o reducida. En algunas ocasiones, se quiso reconsultar el material; sin embargo, al consultar, la información ya no existía o el blog había sido eliminado de la red. Esto último refleja el veto social que hay sobre tal tipo de prácticas en estos medios.

6.2.2.1.2. Información disponible

En cuanto a la información, un primer elemento que emerge es el hecho de que en una parte de los blogs se privilegian los contenidos visuales sobre los contenidos escritos: allí se encuentran videos, fotos y algunos comentarios de las personas que los ven. Los videos y las fotos muestran explícitamente a personas llevando a cabo prácticas sexuales alternas como el *bondage*, el sadomasoquismo, el *fisting* y el sexo escatológico, entre otros.

Hay otro tipo de blogs en los cuales los contenidos escritos ganan relevancia. En ellos, se puede acceder a información específica sobre BB y prácticas sexuales alternas; sin embargo, los contenidos escritos no son extensos y brindan un panorama simplemente general sobre el tema. Pese a no ser espacios en los cuales se pueda hallar información que permita profundizar en los significados y las formas de llevarlas a cabo, sí le permiten a la persona interesada en el tema tener una aproximación inicial a este.

Respecto al BB, en los blogs se señala que es una práctica en aumento, asociada a tener sexo sin condón. En algunos también se presenta el significado del BB como la decisión consciente de no usar condón, mediada por razones tales como la resistencia a los discursos de la prevención y del VIH; y a las farmacéuticas que se lucran de ello, así como el deseo de adquirir la infección. En estos blogs aparece información sobre el desgaste de los discursos de la prevención asociados al condón, al riesgo, a la culpabilización y a la estigmatización de los HSH, lo cual, a su vez, conlleva que las personas no quieran usar preservativo.

Respecto a prácticas sexuales alternas, se encuentran blogs en los que estas se abordan de manera general; en ellas, se incluyen fotos y videos al respecto, pero también aparece poca información relacionada con los significados o las construcciones por parte de los HSH.

En algunos blogs se encontró material fílmico de videos grabados en baños públicos y parques de Bogotá, en los cuales se mantenían relaciones sexuales sin uso del condón. Algunos de dichos videos estaban acompañados de una descripción del lugar y de las formas como se generan las prácticas de ligue o levante. Al igual que con los contenidos escritos, los videos, por lo general, son retirados rápidamente del blog; a pesar de ello, en ocasiones se puede acceder a estos a través de un link que vincula el blog con una página pornográfica.

En algunos blogs, el BB y las prácticas sexuales se presentan como perversiones o parafilias, lo cual evidencia la carga moral que tiene este tipo de prácticas, y cómo, además de los discursos biomédicos, los medios de comunicación ayudan a reforzar tal tipo de construcciones, y generan así dispositivos que reafirman elementos de estigma al respecto.

6.2.2.1.3. Interacciones entre HSH en los blogs

Los contenidos escritos en los blogs permiten percibir poca participación e interacción entre los HSH; se encuentra una mayor interacción a partir del material visual que allí circula. Esto último puede guardar relación con varios aspectos, como el hecho de que las personas no quieran ser identificadas con prácticas sexuales reprobadas socialmente. Otra razón puede ser que el material visual permite acceder más rápido y de forma explícita a las prácticas, y limita así la emisión de opiniones o la interacción por escrito a través de comentarios y de preguntas.

Por los contenidos incluidos en los blogs, se puede inferir que también son espacios de ligue y a través de los cuales se puede tener información sobre eventos, fiestas y lugares de homosocialización.

6.2.2.1.4. Percepciones participantes sobre el BB y las prácticas sexuales alternas

Como ya se describió, es poca la participación de los HSH en este tipo de espacios; sin embargo, se pueden identificar interacciones a partir de los comentarios que hacen las personas a videos, fotos y material escrito. Allí se pueden encontrar preguntas sobre las prácticas o algunos comentarios sobre el desconocimiento que tienen al respecto.

“¿Si me trago el semen,

Estoy practicando bareback?” (Comentario en un blog)

Los comentarios hallados sobre BB pueden clasificarse en dos tipos, a partir de una lógica muy básica: 1) los que están a favor, por quienes lo practican; y 2) en contra, por quienes lo desaprueban, al considerar que es una práctica propia de personas enfermas o que tienen algún tipo de problema:

“Los que hacen eso son gente enferma” (Comentario en un blog)

“Lo que buscan es propagar la enfermedad del VIH” (Comentario en un blog)

“De verdad que manía de catalogarlo y etiquetarlo todo... en nuestra sociedad todo se quiere protagonizar ¿qué no es arriesgado en su medida? Por supuesto que hay riesgo y no es recomendable, pero eso no convierte a los que lo practican en inconscientes o enfermos, ¿vamos a cometer los mismos errores de que llamaron enfermedad a la homosexualidad? Hay mucha gente que hace bareback cuando está seguro que ninguno de los participantes está infectado de nada... en este caso no hay ningún riesgo” (Comentario en un blog)

Siempre la misma historia con este tema, aburre ya, es muy simple!! El que quiere usar forro lo usa y punto, se queda tranquilo, no se expone y hace lo que mejor lo haga sentir...Creo que esta agotadísimo el tema, es simple, no tiene vueltas...quieres cuidarte de enfermedades, USA forro, te tiene sin cuidado o elegís no darle mayor importancia al contagio, no uses, así de simple y clarito.

(Comentario en un blog)

6.2.2.2. Páginas pornográficas

6.2.2.2.1. Características

En las páginas pornográficas consultadas se puede acceder a material visual que incluye diversas prácticas sexuales, categorizadas a partir de características fenotípicas: asiáticos, latinos, negros, rubios, velludos; por la edad: jóvenes, maduros, abuelos; por ocupaciones: futbolistas, hombres con uniforme, o por el tipo de práctica: principiantes, sexo anal, orgías, sado, *bondage*, *gang-bang*, sexo duro, *cruising*, etc. En algunas de estas páginas se ofertan servicios sexuales para HSH y heterosexuales.

En las páginas que contienen material pornográfico para HSH y heterosexuales, las prácticas alternas aparecen relacionadas con juguetes sexuales, fetiches y sexo sadomasoquista. En algunas aparecen referencias al *fisting*, y en ninguna aparece como una categoría particular el BB.

En contraste, algunas de las páginas con material exclusivo para HSH, el BB aparece como una categoría específica, y se encuentran videos denominados “*bareback*”, donde los HSH tienen relaciones sexuales sin condón; en algunos videos se identificaron locaciones bogotanas, como parques y edificios de la ciudad. En estas páginas, también se publicitan productos para ser utilizados en las prácticas sexuales, como retardantes, alargadores de pene, potenciadores, juguetes eróticos y sustancias recreativas. Hay algunas páginas que posibilitan el acceso a otras porno, y en estas se pueden hacer contactos entre los participantes.

6.2.2.2.2. Información disponible

En las páginas pornográficas visitadas se encuentra material sexual explícito, incluidas las prácticas sexuales alternas; en él se identifica una tendencia de otorgarles centralidad al tamaño del pene y a la eyaculación, la cual se detalla, se enfatiza, vertiendo el semen sobre diferentes zonas del cuerpo como el rostro, el pecho, la espalda y las nalgas, o buscando que se deposite en la boca.

En los videos explorados se identifica que el sexo grupal se hace en lugares privados, mientras que el sexo en pareja puede ser llevado a cabo en lugares públicos y privados. Es importante resaltar que el material filmico sobre prácticas sexuales alternas corresponde, en su mayoría, a videos de corta duración, realizados por los participantes, mas no a películas elaboradas por la industria del porno gay. En una de las páginas analiza-

das se presentan escenas en tiempo real; es decir, los participantes interactúan por medio de la cámara del computador, donde pueden intervenir e influenciar en la forma como se lleva a cabo el encuentro sexual.

Para poder interactuar con otros usuarios, es necesario disponer de una suscripción, y en algunos casos, hacer un pago adicional. Cuando se trata de parejas, estas, en su mayoría, piden dinero y van poniendo toques para llevar cabo diversas acciones; lo anterior no ocurre cuando se trata de dinámicas sexuales en las que intervienen tríos o grupos de personas.

Otro aspecto para destacar de esta página es que en los videos usan con frecuencia varios tipos de juguetes sexuales, y se llevan a cabo prácticas como *fisting*, *bondage* y sado, y varios fetiches que tienen que ver con los pies, las axilas, el vello corporal o la ropa interior. Durante estos videos, en algunas ocasiones, aparece el consumo de SPA y de bebidas alcohólicas.

6.2.2.2.3. Interacciones HSH en las páginas pornográficas

Como ya se explicó, la interacción en estas páginas se da a través de chats, por medio de una cuenta y del pago por algunos servicios. En algunos casos, los comentarios sobre los videos se acompañan de datos de contacto, como perfiles en redes sociales o números telefónicos.

6.2.2.2.4. Percepciones de los participantes sobre el BB y las prácticas sexuales alternas

En relación con los comentarios, algunas personas expresan que les gustaría participar en encuentros BB, hacer parte de orgías y tener sexo en lugares públicos, entre otros. Respecto al BB, se encuentran referencias a que es tanto una práctica peligrosa como una práctica placentera; se señala así la vinculación entre el placer y el contacto con la piel y el semen.

“Porque se disfruta mejor el sexo y mejor sensibilidad, y placer, y por eso es que lo hacemos a pelo. Buen video y buena penetración te da ese man”

(Comentario de un HSH en una página porno)

Sobre otras prácticas sexuales, se encontraron expresiones relacionadas con el gusto y el placer experimentados a raíz de ellas. Es pertinente aclarar que en las páginas aparecen prácticas como las orgías, el *fisting*, el sadomasoquismo, el *gang-bang*, el *cruising* y la

“lluvia dorada”; en menor medida, aparecen prácticas como el sexo escatológico y los fetiches.

6.2.2.3. Noticias

6.2.2.3.1. Información disponible

Al hacer la revisión sobre los contenidos, se encontraron dos grandes categorías: 1) noticias informativas sobre algunas prácticas sexuales y 2) noticias sobre situaciones particulares en relación con establecimientos donde tienen lugar prácticas sexuales alternas.

6.2.2.3.2. Noticias sobre las prácticas

En la revisión a este respecto, se halló información general sobre prácticas como el fetichismo, el sadomasoquismo y el *bondage*; se explica en qué consisten y quiénes la hacen, y se mencionan lugares, entre otros aspectos. Exceptuando las notas sobre el BB, en los demás artículos no se hace una alusión especial a los daños en la salud que se puedan ocasionar con otras prácticas; al respecto, los medios consultados aclaran que hay formas adecuadas para hacerlas y sentir placer sin generar daño alguno.

Sobre el BB, este se menciona como una práctica que ha venido ganando adeptos en el país, y se expresa preocupación respecto a la búsqueda intencional de la infección por el VIH; además, se presentan informaciones que podrían generar mayor estigma sobre este tipo de prácticas, al presentar posturas poco fundamentadas:

Este comportamiento, vengativo, psicópata o simplemente cobarde -en el caso de personas que contraen el virus en relaciones fuera de su pareja-, ha llegado en algunas ocasiones a los tribunales, pero también se ha beneficiado de los avances médicos, puesto que, al no ser el Sida una enfermedad mortal, ya no es pertinente la acusación de asesinato para los transmisores. (Tomado de *El Tiempo*¹⁹)

6.2.2.3.3. Noticias sobre situaciones particulares relacionadas con las prácticas

En marzo de 2014, en Bogotá, fueron cerrados algunos establecimientos de HSH en la Localidad de Chapinero. En las noticias al respecto, se alude a los nombres de los establecimientos y se informa que se

llevaban a cabo encuentros de HSH y se hacían prácticas de sadomasoquismo. En esta información se resalta que la Chapinero es un territorio con presencia significativa de la comunidad de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) y de alto consumo de sustancias psicoactivas.

En las noticias emitidas en noticieros y periódicos nacionales, se hizo énfasis en los problemas de salubridad de dichos establecimientos, la venta de licor adulterado y el uso indebido del suelo; también se refirieron a estos como lugares extremos y riesgosos. En las imágenes emitidas se presentó un reconocido establecimiento de homosocialización, donde se llevan a cabo prácticas sexuales alternas en Bogotá entre HSH.

Si bien durante el mismo mes fueron clausurados otros sitios de “rumba” que *no eran* lugares de homosocialización, en las noticias no se dijeron sus nombres, y no aparece información abundante sobre las situaciones por las cuales fueron clausurados.

Sobre el manejo dado a los cierres de establecimientos en Bogotá, se identifican elementos relacionados con el estigma hacia los lugares de homosocialización, al mencionar los establecimientos con sus nombres específicos, mientras que en la alusión a los establecimientos heterosexuales se omitieron sus nombres, lo cual evita el señalamiento para estos últimos por parte de la población y visibiliza negativamente los primeros.

6.2.3. Guías gay

6.2.3.1. Características

En las guías gay se puede acceder a información sobre lugares de homosocialización (bares, saunas, videos, hospedajes, etc.) y sobre productos y servicios. En estas guías también se halla información sobre *links* de páginas porno gay y *sex shops*, así como servicios de acompañantes; en algunos de estos lugares se ofrecen relaciones sexuales BB, y para ello se hace alusión directa al no uso del preservativo. Adicionalmente, se identificaron algunos clasificados en los que se ofertan o se solicitan prácticas sexuales alternas como el *fisting*.

6.2.3.2. Información disponible

En este tipo de guías es poca la información sobre BB, y no se hace referencia a prácticas sexuales alternas. Lo anterior puede estar relacionado con que el obje-

¹⁹ Contagiarse o desear ser contagiado con el VIH-sida son impedimentos a la lucha contra esta enfermedad. 1 de diciembre de 2008. Diario *El Tiempo*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4697117>

tivo de este tipo de instrumento es brindar información muy concreta sobre lugares, personas, servicios y productos de interés para los HSH, y que, además, son de una extensión muy corta. Solo algunas guías contienen información para prevenir el VIH y otras ITS, y en ellas se resalta la importancia de usar condón y lubricantes durante las relaciones sexuales. En una de la guías había información sobre cómo poner el condón, así como lugares a los que las personas pueden acudir para hacerse pruebas rápidas, dentro del marco del proyecto VIH del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que se desarrolla desde 2012 en Bogotá.

6.2.3.3. Interacción de HSH al interior de las guías

La interacción se da a través de los chats, los avisos clasificados y los comentarios. Esta última sección es usada, entre otras, para buscar, sin fines comerciales, a HSH para encuentros sexuales. En algunos de estos comentarios se describe cómo son físicamente las personas, donde están y cuáles son sus gustos sexuales (activo, pasivo, versátil; si practican sexo oral, si se recibe el semen en la boca, y el uso de lencería femenina durante los encuentros sexuales, entre otros aspectos).

En una de las guías revisadas hay una sección denominada “Cuentos eróticos de nuestros visitantes”; en ella, los HSH escriben sobre experiencias personales relacionadas con su sexualidad y sus encuentros. En algunas de dichas historias se hace referencia al BB como no uso del preservativo, y a otras prácticas sexuales alternas, como el fetiche.

6.2.4. Redes sociales

6.2.4.1. Redes sociales abiertas para todo el público

De estas hacen parte redes como Twitter, Badoo, Facebook y hi5. Exceptuando Facebook, en las demás redes no se encontraron grupos, foros ni fotografías explícitas para BB ni para prácticas sexuales alternas. Solo se encontraron perfiles de HSH que buscan algún tipo de contacto o de encuentro.

En cuanto a los perfiles, se encuentra información sobre características físicas, país, ciudad o región donde está la persona, así como sus intereses, e información sobre la gente que les gustaría conocer. En estos perfiles no se muestra información sobre estatus de VIH.

De las redes sociales abiertas a todo público consultadas, Facebook es la que tiene más información asociada al BB y a prácticas sexuales alternas. En esta red social, se encuentran grupos específicos BB y de prácticas sexuales alternas como el sadomasoquismo. En Bogotá se han conformado, aproximadamente, seis grupos con diferentes nombres, en los cuales tienden a participar las mismas personas.

Las políticas de funcionamiento y pertenencia de esta red social restringen la información que haga alusión a diversos contenidos sexuales; así mismo, los usuarios pueden notificar, reportar y pedir que se elimine información de la red. Por tal razón, para pertenecer a algunos de dichos grupos se requiere invitación directa por parte de un miembro. Lo anterior puede ser contradictorio, si se tiene en cuenta que los miembros de una red pueden ser publicitados y localizados fácilmente en el buscador de esta, lo cual deja al descubierto que pueden ser los mismos miembros quienes, por alguna razón, deciden denunciar la existencia del grupo; o, en su defecto, pueden ser personas ajenas que, haciéndose pasar por miembros, entran a denunciar la existencia de las páginas para conseguir la consecuente eliminación.

En la información compilada a través de esta red, no se pudo determinar que en el contexto local se hagan fiestas “de infección”, como se llevan a cabo en otros países; no obstante, sí se encuentra información sobre fiestas donde se tienen prácticas sexuales alternas o sexo BB, entendidas como fiestas en las que no se usa el condón. El estatus de VIH no es un tema que se haga explícito para pertenecer, participar o interactuar en los grupos.

6.2.4.2. Información disponible

En los grupos BB se encuentra información sobre:

6.2.4.2.1. Sexo sin condón

En estas publicaciones se resalta que los heterosexuales no usan condón, pero nadie los critica por ello, mientras que los HSH son estigmatizados por el mismo comportamiento, al señalárselos de tener prácticas suicidas, que conllevan enfermedades. Así, el uso del condón se entiende como una práctica homofóbica y restringida al sexo anal entre hombres.

En estos grupos también hay información sobre el condón como parte de una industria y un mercado que se lucra a partir de su uso, sin tener en cuenta que

estos son productos no biodegradables, que generan daños al medio ambiente y a la salud de las personas. Como parte de estas publicaciones, se hacen cuestionamientos a que la prevención vaya dirigida exclusivamente a los HSH, y no a los heterosexuales.

6.2.4.2.2. VIH e ITS

En los muros de los grupos aparece información diversa sobre el VIH y las ITS; algunas personas comentan que estas son farsas creadas para controlar la sexualidad y para que la industria farmacéutica gane dinero a partir de los medicamentos; otros, que el VIH y las ITS sí existen; que todas las personas tienen retrovirus en el cuerpo, pero estos son inofensivos; que los avances científicos sobre el VIH son falsos; que la cura para el virus se tiene hace mucho tiempo, pero, por intereses económicos, no ha salido a la luz pública, y que las ITS son producto de la mala higiene y de inmunodeficiencias, las cuales hacen que la piel se debilite y se enferme.

6.2.4.2.3. Disidencia al VIH

Relacionado con lo anterior, en los grupos en los que hay información sobre BB también aparece información sobre la teoría de disidencia frente al VIH, cuyo postulado principal es que el virus es un invento, una creación de las farmacéuticas y de científicos aliados de dicha industria.

“Desmontar la farsa del condón, avalado por la disidencia del Sida, y por qué no también como movimiento de rebeldía contra el sistema, que cada vez más nos invaden con productos químicos, medicamentos de todo tipo, todo estos inmundosupresores...”

(Administrador Grupo en Facebook)

6.2.4.2.4. Información específica sobre medicamentos

En algunos grupos se da información sobre medicamentos antirretrovirales, pero se señala también que no son aptos para el consumo humano, o que son los causantes del sida.

6.2.4.2.5. Información sobre salud

En estos grupos aparece información sobre cómo llevar una vida sana, sobre la importancia de ciertos alimentos para curar enfermedades y sobre el poder de la mente sobre el cuerpo.

Sobre prácticas sexuales alternas, aparece información alusiva a que son algunas de dichas prácticas y

Figura 13. Información sobre BDSM

Spanking implement	Sting	Burn	Marking	
	4		Light Splotches	Short Range Implements These are generally milder due to the shortness of them and the swing range. OTK (Over The Knee) is usually preferred position. 
	6		Bright Patches	
	8		Hole Pattern Splotches	
	7		Oval/Round Markings	
	5		Small Round Splotches	
	3		Long light Marks	
	4		Pink Splotches	
	10		Red Raised Welts	Long Range Implements These are considered a much more severe. And leave a much longer lasting pain, positions where the spankee is restrained are common. 
	10		Thin Pink Welts	
	8		Thick pink marks	
	10		Thick Red Strokes	
	10,5		Med Red Welts	
	9		Many Thin Welts	
	9		Red Splotch Welts	

Fuente: Participante Proyecto.

cómo llevarlas a cabo. Se encuentran grupos sobre *fisting*, fetiche y BDSM. Sobre este último, es pertinente resaltar que los grupos no son exclusivos para HSH, aunque estos sí participan.

“Pues aquí va un poco de información, útil, didáctica y hasta divertida sobre los instrumentos propios al “Spanking”, que dicho sea de paso fue una de las primeras palabras de inglés Kinky que entró a mi vocabulario adolescente por allá en los 90's, en un mundo extraño donde, aunque ustedes no lo crean, no había ni internet, ni celulares y mucho menos Munchs y Festival BDSM en Colombia

(Participante Grupo Facebook)

6.2.4.3. Interacción entre los HSH

En estas redes, las personas interactúan a través de mensajes, del chat o de los comentarios que se hacen a fotos y a publicaciones. Es frecuente hallar invitaciones a encuentros, eventos y fiestas en los cuales tendrá lugar sexo BB, sin condón o prácticas sexuales alternas. Estas invitaciones se hacen en Bogotá y en otras ciudades del país.

Como parte de las interacciones, aparecen preguntas sobre las prácticas y dónde pueden encontrar más información o a personas con quienes llevarlas a cabo.

“Buenas tarde estimado grupo, soy novato en esto y me encantaría aprender todo sobre el BDSM, mis experiencias solo son relatos y novelas que he leído, me considero switch, echando más para sumiso, soy de Manizales Colombia y me gustaría que alguien me enseñara. 18 años recién cumplidos bisexual...”

(Participante en Grupo de Facebook)

Con algunos miembros de estos grupos, se dio a conocer la investigación y se les invitó a participar en ella, bien fuese a través de entrevistas o por medio de los chats. En dicho ejercicio, al indagar por la importancia del estatus frente al VIH y la práctica del BB, algunas personas manifestaron que esa no es una información importante a la hora de establecer encuentros sexuales.

En las interacciones se encuentran posturas opuestas a los medicamentos antirretrovirales y el uso del condón, argumentando, como ya se mencionó, que el VIH es un invento de las grandes potencias globales y de los laboratorios que controlan el mercado farmacéutico y de venta de preservativos. También manifestaron incredulidad en cuanto a los proyectos, los discursos y los mensajes de prevención existentes, a lo cual arguyeron que estos desconocen las dinámicas reales y problemáticas al respecto.

Los miembros de los grupos manifestaron resistencia al uso del condón, por sentir incomodidad al momento de utilizarlo. De igual forma, hay un continuo rechazo a la manera como históricamente se ha relacionado el VIH con ser homosexual.

“¿Por qué siempre que el médico sabe que soy homosexual, me remite a hacerme la prueba de VIH...?”

(Participante Grupo Facebook)

Participantes de estos grupos comentan que ser circuncisos los hace inmunes al VIH y a las ITS, información que aseguraban haber leído, o, simplemente, obtenido, a través de diálogos con sus pares o con sus parejas sexuales. También, en algunas interacciones, cuando se hacen preguntas específicas sobre ITS, se hace alusión a estas como inventos para controlar la sexualidad de los HSH, o se menciona que se producen por falta de aseo.

En los comentarios entre los participantes surge información sobre malas experiencias y lesiones de algunos miembros a causa de la mala práctica y el mal uso de las sustancias, lo cual podría evidenciar el des-

conocimiento de las formas adecuadas para llevar a cabo estas prácticas; algo similar ocurre con el uso de SPA; se identifica, pues, desconocimiento sobre su uso, sus efectos y sus interacciones.

6.2.4.4. Redes sociales para HSH

Fueron consultadas siete redes sociales exclusivas para HSH; de estas, tres eran específicas para BB y prácticas sexuales alternas.

6.2.4.4.1. Características de las redes

Algunas de las redes consultadas cuentan con perfiles disponibles y visibles para todos los usuarios; en ellos se encuentra el nombre, junto con alguna fotografía de la cara, el pecho, los glúteos o el pene. Como parte del perfil, aparece la orientación sexual y lo que se está buscando (una amistad, alguien para chatear o alguien para tener un encuentro sexual).

Por su parte, existen otras redes con varios tipos de acceso: uno “simple”, con algunos servicios básicos, a los que se accede creando un perfil y con el cual se contacta de forma limitada a usuarios, de quienes pueden verse algunas fotos y videos, conocer su ubicación, sus gustos o sus preferencias. También se hace una descripción física de la persona a quien se quiere contactar (altos, bajos, gordos, delgados, etc.).

Otros accesos a estas redes se hallan sujetos a pagar un costo mensual, trimestral, semestral o anual, por medio de tarjetas de crédito; opera, entonces, un filtro económico para acceder a los perfiles completos. Una vez realizado el pago, es posible acceder a todos los contenidos de los perfiles, ingreso a salas de chat, videochat, e invitaciones a fiestas. En esta red se incluye información sobre páginas porno de encuentro y servicios exclusivos para HSH. Como parte de los perfiles, algunas personas incluyen su estatus frente al VIH.

6.2.4.4.2. Información disponible en la red

La información disponible en las redes varía: en algunas se accede a información relacionada con los perfiles en los cuales puede aparecer información sobre el gusto por el sexo BB, sin condón y el sexo duro o fuerte, donde se puede encontrar información sobre practicantes del *fisting* y del *BDSM*. En las páginas con diferentes tipos de acceso, la información específica sobre las personas, sus gustos o sus posibilidades de encuentro hace parte de los elementos por los cuales se paga.

6.2.4.4.3. Interacciones de los HSH en esta red

Al ser redes sociales, la mayor interacción ocurre a través de los perfiles de las personas a quienes se quiere conocer. Respecto al BB y a prácticas sexuales alternas, en espacios como chats y comentarios a fotos y videos se observan comentarios de personas practicantes del BB y de lo que este puede suscitar en otros miembros de la red.

“ Yo siempre he hecho sexo a pelo desde hace más de 10 años y lo seguiré haciendo, la sensación de acabar dentro de un ano y que te lo reciba con gusto un varón es de los mejor, mis amistades sexuales antes eran algo renuentes, pero me terminaron aceptando las eyaculaciones dentro y de verdad que no se arrepienten, es más placentero e intenso todo el acto sexual, la parte moral todos ya la saben de memoria, solo es asunto de asumir y no echarle culpa a los demás, el sexo al pelo ha crecido de un modo muy vertiginoso y seguiré así.”

Respuesta al comentario:

“..Otra sidótica inconsciente qué gentuza”

(Participación de un HSH en una Red Social)

En estas redes, las personas que tienen prácticas sexuales alternas parecen tener un poco más de conocimiento sobre ellas y sobre el BB; eso puede inferirse de los conceptos que se manejan en los chats y de los términos usados. Tal situación puede incidir en que se tengan prácticas de forma más segura en lo que tiene que ver con el cuidado físico y corporal; se habla abiertamente del uso de drogas recreativas y de otros tipos de sustancias.

Al igual que en otras redes sociales abiertas a todo tipo de público, se estableció contacto con algunos usuarios, quienes decidieron participar en la investigación compartiendo sus experiencias. Con esas personas, se indagó sobre sus percepciones acerca de los programas de prevención existentes en el país y en la ciudad, y así se encontraron resistencias y críticas a la prevención tal como se la está llevando a cabo en Colombia; en palabras de algunos participantes:

“No tienen sentido ni razón de ser, pues estamos cansados que nos quieran meter por los ojos el condón ¿no entienden que no nos interesa?”

“Creo que deben pensar en otro tipo de estrategias más amigables, que permitan, que realmente se sienta uno tranquilo”

(Miembros Red Social para HSH)

6.2.4.5. Red social específica para BB

Una de las redes sociales para personas que practican BB permite el acceso en diferentes idiomas y localizaciones del mundo; además, cuenta con varios perfiles y usuarios de Colombia y de Bogotá. En esta página, se presenta un *acuerdo de servicio*, en el cual hay reserva para permitirle al usuario el acceso a todos los lugares del sitio web. Como parte de este acuerdo, se enfatiza en las interacciones comunicativas respetuosas entre todos los usuarios.

Para poder participar de esta red, se solicita la creación de un perfil, donde se deben mencionar características físicas como la altura, el peso, el estatus de VIH (+, -, indetectable, no me importa, sin cuidado) y el papel sexual (activo, pasivo, versátil); también se solicita la inclusión de fotos públicas y privadas.

Esta red presenta distintos planes de uso del servicio: 1) uno con alternativa de participación gratuita con servicios restringidos, y 2) otro pagado, el cual permite el acceso a chats privados, contacto por medio de cámaras de video, fotografías y un número ilimitado de mensajes. Aunque en este sitio se enfatiza en la prohibición de promocionar o traficar drogas, entre los temas de conversación de los usuarios se habla también del uso de algún tipo de sustancia, o si se cuenta con alguna de estas para los encuentros sexuales.

En esta red se halló a un usuario mexicano; dadas sus interacciones con otros miembros colombianos, se le comentó sobre el estudio y se le consultó si quería participar respondiendo una serie de preguntas referentes al tema. Ante la invitación, aceptó, siempre y cuando se mantuviera confidencial su identidad virtual y real.

Sobre el BB, el mismo participante señaló que el sexo penetrativo sin condón está mediado por una decisión intencionada y consciente que reconoce los posibles riesgos producto de la práctica, lo cual es diferente de cuando se tienen relaciones sexuales sin condón por otras razones como el olvido, la excitación, o la falta de condones.

Este participante explicó que para disminuir los riesgos de la práctica, se pueden hacer chequeos constantes sobre ITS y estatus frente al VIH, eyacular por fuera del ano y llevar a cabo la práctica con un número no muy amplio de personas. También explicó que la

mayor parte de quienes practican el BB viven con la infección, y de ahí que gane en importancia saber si la persona sigue tratamiento y si está indetectable o no.

Entre las razones o las motivaciones por las cuales se practica el BB, esta persona identificó:

“En una relación estable monógama el no usar condón es una conducta que permite un acercamiento romántico y amoroso con la pareja y expresa confianza mutua, además que dar y/o recibir semen es percibido psicológicamente por algunos como algo necesario y profundo. En otras personas, principalmente solteros o en una relación abierta, también se argumenta como válida la posibilidad que el bareback satisfaga el deseo de sentir peligro y riesgo, incluso como parte de un estilo de vida que produce placer.

Otros lo hacen para cumplir la fantasía de seroconvertir (hacer positivos a otros) o por la sola pretensión de detener el “cansancio” del cuidado crónico de estar usando el condón. Finalmente, también está el sentido de pertenencia a una comunidad (barebackeros) ha sido también mencionado como defensa de esta práctica.

(Miembro Red Social red Bareback)

6.2.4.6. Red social prácticas sexuales alternas

“Para practicar el bondage se debe hacer con cuerdas adecuadas...

y el fisting es un proceso lleva largo tiempo, y se tiene que ir acostumbrado el ano poco a poco, para que dilate de forma adecuada y así evitar lesiones internas y externas”

(Miembro Red social prácticas sexuales alternas)

Esta es una red social que ha ganado importancia entre los hombres que tienen prácticas alternas. Actualmente, tiene más de medio millón de usuarios, de los cuales un número importante son bogotanos. Algunos de los usuarios con quienes se tuvo contacto dentro del marco de la presente investigación señalaron que es el mejor portal para quien busca un encuentro real con hombres que gustan de las prácticas sexuales alternas.

La inscripción en esta red social es sencilla: se crea un perfil (*Nickname*) para un perfil personal, en el que se incluye información básica como la edad, el papel y la ubicación. En esa red no se pregunta por el estatus para VIH. Al igual que otras páginas para HSH, cuenta con pago de membresías cargadas a tarjetas

de crédito para acceder a mayores servicios. Además, dispone de listas de eventos con galerías de fotos, y una tienda *online* que ofrece juguetes, aditamentos, lubricantes y demás artículos asociados a prácticas sexuales alternas.

Al ser una página internacional, tiene una función que permite filtrar por tipo de práctica, región y ver quién está conectado. De esta manera, es mucho más fácil concretar encuentros. En lo concerniente a las fotografías, los videos y las galerías, se puede decir que son de contenido sexual explícito, con grupos fetichistas como músculos, cuero, goma, trajes, *skins*, militares, botas, *fisting*, dominación, y juegos de papeles, entre otras.

6.2.4.7. Red social colombiana BDSM

Esta es una red nacional, dirigida a hombres y mujeres interesados en el BDSM. Contiene blogs, chats y noticias referentes a BDSM y fetiches. En el país, tiene, aproximadamente, cuatro meses de creación, y ha sido tomada de una red social existente en otras partes del mundo.

Algunos de los hombres que hacen parte de esta página son HSH, y, abiertamente, se hallan en búsqueda de sexo con otros hombres; sin embargo, entre esta población, la página no es muy conocida (posiblemente, por el corto tiempo que tiene de haberse constituido).

Al igual que en otros espacios, luego de explicar los objetivos de la investigación, se procede a hacer preguntas a los participantes de la red. Durante las conversaciones, se pudo evidenciar que, pese a ser exclusivamente para prácticas alternas, las personas no tienen un gran conocimiento de la forma correcta o menos riesgosa de llevar a cabo dichas prácticas:

“Para hacer fisting es solo utilizar crema, aceite o cualquier lubricante un guante y ya con esto a gozar”

“Para hacer amarres solo hay que saber cómo amarrar para que no se suelte la persona y se puede suspender si se quiere, esto no tiene riesgo alguno, solo marcas en el cuerpo del lazo”

“Hay varias formas de momificar, se puede realizar con papel vinipel grueso, se envuelve la personas de pies a cabeza y queda sometida a lo que uno quiera hacerle, se pueden dejar espacios en el ano y pene y de esta manera dejar a la disposición del amo.”

(Miembros Red social BDSM Colombia.)

Hasta aquí se ha hecho una descripción de los hallazgos principales al revisar contextos físicos y virtuales de interacción entre HSH de Bogotá, con especial énfasis en el BB y las prácticas sexuales alternas. Como tal descripción lo presenta, si bien existen diversos espacios físicos y virtuales donde dichas prácticas

están presentes, la información específica, clara y de calidad sobre ellas es más bien escasa. Lo anterior se identifica como un espacio que valdría la pena empezar a trabajar con el fin de que las personas puedan acceder a información útil para la toma de decisiones y de mejor calidad.

7. Conclusiones

7.1. Respecto a las informaciones disponibles sobre prácticas alternas y sobre el *bareback* (BB)

- Esta investigación concluye que los contextos virtuales son un medio a través del cual los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en Bogotá, D. C., pueden conocerse entre sí y tener acceso a información sobre lugares de homosocialización e imágenes y textos eróticos, tal como se ha referenciado en otras investigaciones (Facchini y Machado, 2013), lo cual se constituye, por tanto, en un escenario fundamental para el trabajo con HSH. Sin embargo, la información disponible sobre el *bareback* (BB) y prácticas sexuales alternas en espacios virtuales en los que interactúan HSH de Bogotá es, en general, de baja calidad (en ocasiones, poco clara y limitada); en ella no se ahonda en los significados ni en las formas seguras de llevar a cabo las mencionadas prácticas.
- A partir de la información que circula en los contextos virtuales, sumado ello al cierre constante de blogs y de grupos que tratan el BB y las prácticas sexuales alternas, es posible concluir que estas prácticas son construidas y significadas desde el rechazo social, lo que, a su vez, genera desaprobación hacia las personas que las practican. Lo anterior es un elemento adicional en los procesos de estigma y discriminación que vive esa población, y genera así que sus practicantes permanezcan aislados de entornos que les permitan un ejercicio más informado, seguro, placentero y abierto de su sexualidad.
- A partir de las observaciones llevadas a cabo en los espacios virtuales, se evidencia que los HSH tienen

una necesidad importante de obtener información de calidad sobre temas como prácticas sexuales alternas, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención y derechos sexuales y reproductivos; y de que en esta se incluyan exploraciones más profundas sobre otros temas, tales como el ejercicio sexual placentero, guías explícitas de desarrollo de prácticas sexuales, juguetes y aditamentos ayudas sexuales, entre otros.

- Del análisis de estos espacios virtuales en relación con el BB, la presente investigación concluye que:
 - Teóricamente, el BB es una categoría usada exclusivamente en el contexto de los HSH. No obstante, en el imaginario popular de los abordados, esta se aplica a cualquier tipo de práctica en la que no se use de manera intencional el condón, sin importar el género o la orientación sexual. Las acepciones más ortodoxas del término solo son manejadas por los círculos de HSH más experimentados o los que han podido homosocializar en contextos foráneos.
 - Socialmente, el BB se ha significado de dos maneras: 1) la primera, como todas las relaciones sexuales entre HSH en las cuales no se usa preservativo. 2) La segunda hace referencia a tener relaciones sexuales sin protección, dentro del marco de una decisión consciente sobre las motivaciones y los posibles riesgos asociados al no uso del condón.
 - Como parte de la decisión que motiva el no uso del condón, se encuentra el deseo de tener relaciones sexuales más placenteras y cercanas, que permitan el contacto con los fluidos.

- Adicionalmente, la decisión de no usar condón se relaciona con las posturas sobre la disidencia del VIH, y que aducen, por una parte, la no existencia del virus, y, por otra, que los discursos sobre la prevención hacen parte de una estrategia que busca el lucro de las farmacéuticas y la industria productora de preservativos, así como el control de los cuerpos y de las relaciones sexuales penetrativas de los HSH.
 - A manera de síntesis de los perfiles de las personas que participan en las redes específicas para HSH, son notables las diferencias de estas con las redes sociales abiertas a todo público. En las primeras se requiere tener capacidad económica para poder acceder a todos los contenidos ofrecidos por las redes, ya que se debe cargar su membresía a una tarjeta de crédito.
 - Así mismo, la capacidad económica es una condición importante para poder adquirir los diferentes accesorios, aditamentos y sustancias utilizados en este tipo de prácticas, lo cual hace que las comunidades practicantes tengan cierto carácter de “comunidad subrepticia”.
 - Los blogs y las páginas consultados en la investigación muestran de manera explícita la oferta de servicios sexuales entre HSH, sin obviar la oferta de servicios que incluyen el BB; sin embargo, no se registra la existencia de informaciones diversificadas en prevención de acuerdo con las necesidades particulares de esta población, respecto a prácticas alternas y BB.
3. Asociada a las acciones llevadas a cabo por el “otro” o los “otros” con quienes se tenga la práctica sexual para evitar ITS.
 - En este contexto, es importante resaltar que la prevención, en tanto construcción social, no es estática, sino cambia dependiendo de las personas, los lugares y los contextos sociales; sin embargo, las estrategias de prevención dirigidas a la población sujeto del estudio, y vigentes en Bogotá, se han quedado estáticas, se han restringido a los discursos biomédicos emanados de la herencia conductista en prevención del VIH de las décadas de 1980 y 1990, y han puesto a un lado la sexualidad altamente dinámica que viven los HSH en Bogotá. En tal contexto, las estrategias para motivar el uso del condón han hecho énfasis en el carácter racional a partir del que se lleva a cabo una evaluación del riesgo y se decide usar preservativo o abstenerse de ciertas prácticas sexuales.
 - Los discursos del riesgo pueden generar un efecto contrario al previsto, en términos de prácticas para la prevención. Los que usan como vehículo el miedo han perdido validez hace más de dos décadas, en tanto las personas saben que una parte importante de las ITS son curables, y que la infección por el VIH, la cual encarnó el miedo a lo largo de los últimos 30 años, actualmente es una situación de salud crónica tratable. La relación miedo a la enfermedad-muerte-uso del condón se desvirtúa, y, por tanto, se decide no usar preservativo.
 - Por otra parte, los discursos de la prevención que han señalado a los HSH como un grupo de riesgo para VIH y otras ITS generan estigma y discriminación hacia estas personas, y, como parte de ello, la infección por el VIH se ha constituido socialmente en un destino “inevitable”. Ese carácter de inexorabilidad conlleva que los HSH dejen de prevenir algo que, finalmente, “tendrán” que asumir en algún momento de sus vidas.
 - Los discursos sobre la relación pareja estable-no uso del preservativo-no riesgo frente al VIH y otras ITS generan tensiones en la vida real y en las prácticas sexuales entre HSH. Por una parte, la pareja estable adquiere múltiples significados, los cuales pueden incluir tener encuentros sexuales con otras personas, así como establecer varias parejas estables a lo largo de la vida, las cuales, a su vez, son situaciones vinculadas a la posibilidad de adquirir ITS.

7.2. Sobre la prevención

- Los participantes del estudio significan la prevención de tres formas, que se traducen en prácticas y ejercicios diversos:
 1. Asociada al autocuidado y el cuidado del otro superando las acciones para evitar una ITS.
 2. Asociada a las acciones en medio de una decisión negociada entre las personas, dependiendo del tipo de relación y de los contextos donde tiene lugar la práctica sexual.

- El mencionado tipo de discurso afecta también a los hombres en contextos de comercio sexual con otros hombres, pues los hace interrogarse sobre el intercambio de parejas, el uso del condón, la prevención de las ITS y el VIH, en la medida en que se tiene en cuenta el uso de protección con los clientes, pero no con la pareja estable.
- En las prácticas sexuales alternas de los participantes, en la presente investigación son vinculados elementos para disminuir las posibilidades de sufrir un daño, de manera individual y colectiva, en la salud, tales como: principios de cuidado, autocuidado, solidaridad y democracia, los cuales hablan de ejercicios importantes de ciudadanía sexual.

Todo lo anterior permite evidenciar algunos elementos asociados a otras formas de prevención que rebasan los binarismos de hacer/no hacer; usar condón/no usar condón, para llegar a otro tipo de ejercicios en los cuales gana relevancia el “saber hacer” que incluye la experiencia y la información necesarias para conocer el qué, el cómo y el cuándo, y de qué manera y hasta qué punto hacer para preservar la seguridad y la integridad de los involucrados. Este saber hacer aparece vinculado de una forma similar en la relación prácticas sexuales-prevención y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Sin embargo, este tipo de construcciones sobre la prevención aún no han sido incorporadas a los discursos sociales, culturales, educativos ni de la prevención, y ello ha generado percepciones limitadas, estigmatizadoras y prejuiciosas sobre este tipo de ejercicios y perpetuado la reproducción de modelos de discriminación y marginación social de sus practicantes.

- Es importante avanzar en el reconocimiento del sexo sin condón como parte de las decisiones que, de una u otra forma, toman los HSH de manera casual o permanente en sus relaciones sexuales: este hecho interroga profundamente la manera como se han venido manejando la prevención del VIH, las ITS, la promoción del uso del condón y los discursos en su abordaje.

Esta investigación también concluye que en Bogotá se han dado avances en cuanto a la distribución y el acceso a preservativos por parte de los HSH. Sin em-

bargo, como lo muestran estos resultados, el uso del preservativo se encuentra atravesado por elementos que, antes que ser racionales, se relacionan con las necesidades, las emociones, los sentimientos y los contextos en los que ocurren las prácticas sexuales, tales como la confianza, el estatus de pareja estable, la masculinidad, el deseo de entrar o no en contacto con los fluidos, el nivel de excitación, el lugar donde se tiene el encuentro sexual, y la apariencia y el olor de los genitales, entre otros.

- No se tienen exploraciones profundas sobre los elementos que interactúan en los ejercicios de prevención en los HSH prestadores de servicios sexuales, y esta se constituye en una necesidad sentida para el Distrito Capital, con el objeto de diseñar estrategias y acciones de prevención específicas para la población sujeto de estudio.
- En cuanto a la información para la prevención, es posible concluir que esta no es abundante, que hace énfasis en los daños en la salud y que tiende a reforzar los estigmas respecto al VIH y otras ITS, y, por tanto, las personas disponen de pocas herramientas para articular la prevención a sus prácticas sexuales; en especial, porque la información es de baja calidad y no llega de forma oportuna.
- Los espacios en los cuales las personas pueden acceder a la mencionada información son, en su orden: Internet, lugares de homosocialización, organizaciones que trabajan en salud sexual y con las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (población o comunidad LGBTI), medios de comunicación y, en menor medida, los espacios educativos y de salud. Lo anterior es un hallazgo de relevancia, en tanto se esperaría que estos dos últimos espacios, al igual que las familias, tuvieran un papel más activo respecto a la formación, la prevención y, en el caso de los servicios de salud, la atención para la garantía de la salud sexual y reproductiva de los HSH. Tal hallazgo podría estar evidenciando una cierta pasividad y la tendencia a la delegación por parte de las mencionadas instituciones frente al tema de la prevención; en especial, para la población HSH, incluidos quienes se insertan en algún tipo de dinámica sexual comercial.

7.3. Sobre las construcciones y los significados de la salud, la enfermedad, el VIH y las ITS

- La información sobre ITS que tienen los HSH bogotanos abordados presenta falencias y debilidades; especialmente, respecto a las formas de transmisión, la identificación de los tipos de ITS existentes y el tratamiento adecuado de estas. La baja calidad de la información repercute sensiblemente en las herramientas que puedan tener las personas para agenciar de manera efectiva sus procesos hacia la prevención, la búsqueda de atención adecuada, el control y el tratamiento.
- Muchas de las informaciones circulantes sobre VIH e ITS en redes sociales y guías impresas son de poca calidad y están mediadas por mitos, falsas creencias e imaginarios erróneos, lo cual desinforma y acrecienta el estigma frente a tales temas por parte de la misma comunidad HSH.
- También se concluye que las personas no hallan respuestas efectivas para la prevención ni la atención de las ITS, lo cual se relaciona con la falta de oportunidad para acceder al servicio médico, dificultades de acceso a la atención, e, incluso, maltrato, por parte de los trabajadores de la salud. A estas situaciones se suman el miedo y la vergüenza al hacerse público que se tiene una ITS. Ante eso, las personas llevan a cabo diversas estrategias para lograr la atención, tales como automedicarse, usar remedios caseros, esperar que pase la infección por sí misma o buscar otros espacios, como las droguerías, para acceder a tratamientos.
- Los estigmas que asocian a los HSH a las ITS y al VIH siguen vigentes en el contexto bogotano, lo cual perpetúa modelos de discriminación y exclusión social, e incrementa así los niveles de vulnerabilidad de esa población.

7.4. Sobre las prácticas sexuales alternas

- En relación con las prácticas sexuales alternas, se concluye que la edad es un elemento que implica diferencias en cuanto a la información y las herramientas para llevar a cabo prácticas sexuales

diversas. Así, las personas menores a 35 años tienen menos información respecto a la generación que hoy está entre los 35 y los 45 años, y quienes tienen unos niveles mucho más profundos de información respecto a las ITS, el VIH y las prácticas sexuales alternas y los elementos adecuados para llevarlas a cabo.

- La experiencia frente al VIH también es diferencial en estas dos poblaciones, en la medida en que los primeros no vivieron de cerca procesos cotidianos de muerte a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), mientras que la generación mayor sí se vio expuesta a tal tipo de experiencias; ello genera posturas diferenciales frente a la salud y la enfermedad en el ámbito del VIH y el sida, y ha marcado sensiblemente la forma como estas personas viven las prácticas sexuales.
- Las prácticas que generan menos dolor o implican menos compromisos son las de más fácil acceso para las personas, pero ello no necesariamente implica un mejor conocimiento sobre los riesgos ni sobre las formas adecuadas de ejecutarlas.
- A medida que se avanza en edad y experiencia, se buscan nuevas prácticas; por tal razón, el repertorio y la experiencia de los mayores puede ser comparativamente mucho más amplio que el de los jóvenes.
- Existe una relación importante entre el consumo de SPA y la posibilidad de acceder a algunas prácticas sexuales como el BB, ya que dichas sustancias pueden ayudar a desinhibirse y relajarse frente al uso del condón; no obstante, el uso de este debe ser visto como una opción y una decisión personal, como parte del derecho a la libre autodeterminación.
- Dentro de los HSH abordados, no se tiene información clara acerca de cuáles zonas del cuerpo pueden ser abordadas o intervenidas en las diferentes prácticas sexuales, pues no se conoce de manera profunda la anatomía ni la fisiología humanas, lo cual pone en riesgo a los hombres en diferentes tipos de prácticas.
- En el caso de la feminización, la inequidad de género cobra un valor fundamental, en la medida en que lo femenino se considera degradante, lo cual reafirma estereotipos de género interiorizados también entre los HSH.

- Prácticas como el *fisting* implican riesgos importantes, y estos requieren un entrenamiento constante del recto, al ser el esfínter un músculo que debe ir acomodándose gradualmente a los juegos penetrativos; para tal fin, es importante tener, además de la técnica para hacerlo, lubricantes adecuados que permitan el juego por períodos prologados y no se sequen hasta quedar demasiado sólidos, lo cual puede incrementar el riesgo de rupturas de la mucosa anal.
- Existen necesidades importantes en términos de contar con espacios y escenarios adecuados para el desarrollo de prácticas sexuales no convencionales, ya que en muchos casos estas no pueden ser llevadas a cabo con las parejas estables de los hombres abordados o en el espacio cotidiano de la casa o la habitación. La inexistencia de dichos espacios hace que los escenarios se improvisen y que no haya disponibilidad de aditamentos ni la infraestructura necesaria, y eso genera riesgos adicionales y condiciones insalubres para el desarrollo de la práctica, así como la imposibilidad de establecer mecanismos de control en términos de condiciones de calidad. Tales condiciones incrementan la vulnerabilidad de los hombres bogotanos y los insertan en dinámicas y espacios azarosos para sus prácticas sexuales.
- Aunque el trabajo sexual no es una actividad permitida en espacios de homosocialización como saunas, videos y clubes de sexo, muchos hombres que prestan servicios sexuales a otros hombres circulan de manera subrepticia por esos espacios ofertando sus servicios, y poniéndolos así en condiciones de doble vulnerabilidad, como HSH y como trabajadores, por cuanto pueden verse abocados a llevar a cabo varios servicios en lugares sin las características sanitarias idóneas.
- Dado que el sadomasoquismo y muchas prácticas sexuales involucran elementos de manejo emocional e ideológico, por la detención del poder de una persona sobre la otra, es importante darle un tratamiento y un abordaje adecuados, como dinámica sexual desde el sistema y los profesionales de la salud, con el objeto de salvaguardar la estabilidad física y emocional de sus practicantes y velar por el derecho al placer y a la libre autodeterminación, como objetivos fundamentales, que pueden contribuir sensiblemente a su no degradación como

parafilias o perversiones, y al consiguiente estigma que estas significaciones producen.

- En la medida en que el cuerpo es el instrumento a través del cual se experimentan las prácticas, debe buscarse siempre conservar la integridad de este y de la persona; por tanto, los riesgos que emergen en las diferentes prácticas deben ser conocidos, y cada uno de los practicantes debe propender por controlarlos, para minimizar las condiciones que pueden hacer lesiva una práctica. Esta es una de las situaciones que hacen que algunas personas opten por adentrarse más en el mundo del fetiche y menos en las prácticas penetrativas o las que impliquen el contacto corporal directo.
- La comprensión de las prácticas sexuales alternas también implica un elemento importante en pro de no exotizarlas (tampoco, a sus practicantes), pues en nuestro contexto cultural, e, incluso, en el sistema de salud, una mala comprensión de enfoques, como el diferencial, ha generado la discriminación de sujetos y de sus ejercicios; ello, como una herencia de los abordajes epidemiológicos que históricamente se han propuesto para el VIH/sida, y en los cuales se pasó de las conductas de riesgo a los grupos de riesgo, y posteriormente, a las poblaciones vulnerables, mientras se dejaban de lado abordajes holísticos y complejos que permitirían comprender de manera más profunda las dimensiones de la sexualidad y del actuar humanos.
- Para las personas participantes del estudio, no se evidencia la práctica del BB como relacionada con el deseo de “recibir” o “dar” la infección por VIH.

7.5. Consideraciones especiales en el estudio sobre los HSH en contextos de comercio sexual, como una categoría emergente e invisibilizada

Dentro del marco del estudio, una de las categorías que emergieron fue el trabajo sexual masculino. De este contexto se sabe poco, así como de las realidades y las necesidades que tienen sus practicantes en los escenarios de la ciudad.

Estos hombres aparecen circulando por los contextos de encuentro e interacción de los HSH estudiados, y se ven abocados a esta actividad por necesidades económicas, o porque su experiencia personal los ha ubicado en situaciones donde intercambiar servicios sexuales es la única alternativa para solucionar problemas de supervivencia como la alimentación, la vivienda, la manutención o, incluso, la protección.

En algunas investigaciones, como la realizada por la Universidad George Washington y Profamilia en Bogotá (2013), se evidenció cómo muchos hombres que se insertan en los círculos de trabajo sexual llegaron a la ciudad tras vivir experiencias de desplazamiento forzoso, relacionadas con la violencia armada que vive el país y con su orientación o sus prácticas sexuales como el motivo por el cual se ejerció violencia contra ellos en sus lugares de origen. Sin embargo, a lo largo de sus trayectos de desplazamiento, tuvieron que intercambiar servicios sexuales por manutención, alimentos, vivienda e, incluso, protección. El tema aún ha sido poco explorado, y no se conocen a profundidad las necesidades de esta población en términos de salud, educación, protección social, vivienda, etc.

Por otro lado, llegar al contexto bogotano, en el cual la sexualidad de los HSH se aparta sensiblemente de los contextos locales del país y se caracteriza por una gran dinámica de convergencia de diferentes tendencias, estilos, prácticas, identidades y construcciones, no resulta un entorno de fácil asimilación, e implica, por lo tanto, una abrupta inserción en un contexto desconocido y muchas veces hostil; así, estos hombres que llegan a la ciudad y se insertan en el contexto del trabajo sexual tienen, por lo general, poca información sobre los riesgos para su propia salud y su integridad que pueden correr, y, en términos de la salud sexual y reproductiva, presentan altos niveles de vulnerabilidad frente a las ITS y el VIH; además, se exponen fácilmente al consumo de SPA.

Como se mostró en la investigación, el escenario de las prácticas sexuales alternas entre HSH es un contexto que emerge con fuerza en Bogotá, y que exige a los “sexoservidores” insertarse rápidamente en él, para ser competitivos y dar respuesta a la demanda de los hombres de la ciudad. No obstante, dicha inserción requiere información de calidad, el desarrollo de habilidades y confrontaciones identitarias y personales; todos ellos, ámbitos que no han tenido el suficiente desarrollo en el Distrito Capital y que agudizan los problemas y las necesidades de esta población (y de los HSH en general).

Los trabajadores sexuales en Bogotá, además, viven un doble estigma por dedicarse a esta actividad y por relacionarse con otros hombres, lo cual los invisibiliza, los margina y los obliga a llevar a cabo su labor entrando y saliendo de manera anónima y clandestina de los circuitos de la vida sexual de los bogotanos, además de no ser cobijados por ofertas laborales, seguridad social, oportunidades educativas de calidad y servicios de salud que puedan responder a sus necesidades reales, como hombres que tienen una sexualidad diferente de la sexualidad de los demás, no solo en términos de la frecuencia aparente de relacionamiento, sino respecto a otras situaciones, como, en muchos casos, poseer informaciones de poca calidad y menos profundidad sobre prácticas sexuales, riesgos, derechos sexuales y reproductivos o tener sistemas simbólicos diferentes, que nos les posibilitan articularse fácilmente a las dinámicas de la vida sexual urbana en una ciudad como Bogotá, en la que convergen poblaciones disímiles de hombres de diversas procedencias, estratos, contextos culturales, prácticas sexuales, seroestatus, etc.

Estas situaciones ameritan la apertura de capítulos investigativos específicos sobre esta población, la cual sigue siendo desconocida y subestimada, no obstante estar también nutriendo los círculos y los escenarios de la esfera sexual de los HSH bogotanos.

8. Recomendaciones

8.1. Prevención e información

- En Bogotá, D.C., es necesario emprender reflexiones y acciones que permitan abordar la sexualidad y la prevención desde la complejidad y la integridad que ambos aspectos implican. Para ello, se hace fundamental revisar e incluir nuevos paradigmas y abordajes; ampliar los contenidos, e incorporar dimensiones fundamentales, como las emociones, las identidades, el erotismo, el placer, los derechos, etc. Todo ello, con el fin de generar campañas y estrategias para la prevención que sean más próximas a la realidad de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y vinculen y den respuesta a las necesidades de esta población. Como parte de ello, es indispensable que tanto la información como las intervenciones para la prevención se ajusten a las necesidades diferenciales, en términos de las etapas de ciclo vital, la cultura y la condición social, así como los contextos económicos, sociales y políticos de los HSH que habitan la capital.
- Como los HSH en Bogotá evidencian interés por llevar a cabo prácticas sexuales alternas, es importante que los actores de toma de decisión diseñen políticas públicas, intervenciones en salud, educación sexual y estrategias comunicativas que vinculen explícitamente dichas prácticas como parte de las agendas para la prevención, incluyendo elementos como la seguridad, el autocuidado, la calidad de la información y el consenso entre otros elementos, que permitan hacer un abordaje de la prevención superando los abordajes tradicionales sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Relacionado con lo anterior, es necesario promover nuevos discursos y estrategias integrales para la prevención que incluyan elementos como el erotismo, el placer, las emociones, el autocuidado, el amor, la fidelidad, las relaciones de pareja, las prácticas sexuales diversas y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros aspectos presentes durante los encuentros sexuales entre HSH, y que impliquen diferentes formas de actitudes respecto a la prevención. Como parte de estas acciones se sugiere profundizar y empezar a trabajar en torno a las construcciones y los significados asociados a las prácticas sexuales, que, por considerarse poco adecuados o erróneos, han sido débilmente estudiados; entre ellos, las motivaciones para no usar el condón y el proceso de negociación relacionado con el no uso, las prácticas alternas, el consumo de sustancias psicoactivas, el deseo de entrar en contacto con la piel y los fluidos, etc.
- Es indispensable que los servicios de salud, las instituciones educativas, los medios de comunicación y las familias, entre otros, reevalúen los discursos punitivos que abordan la prevención desde el riesgo; especialmente, los que vinculan el miedo, las prácticas sexuales y grupos particulares con la transmisión y la prevención de las ITS, por ser discursos profundamente desvirtuados y desaprobados por los HSH abordados en Bogotá. En este ejercicio, se identifica un papel protagónico por parte de los servicios y los profesionales de la salud, quienes han participado de forma protagónica en la conformación de estos discursos; por tanto, dicho sector deberá pensar y encarnar una nueva mirada, basada en principios fundamentales como los derechos humanos, la diversidad de la sexualidad en las personas, el reconocimiento de la libre autodeterminación, el respeto por el otro, etc.
- Se recomienda que las estrategias y los discursos para la prevención incorporen más claramente elementos que el enfoque de la vulnerabilidad social ha dejado de manifiesto, como la interacción de los aspectos individuales, programáticos y estructurales en la mayor o la menor vulnerabilidad a adquirir el VIH o una ITS. También es importante articular la perspectiva de la determinación de la salud-enfermedad, la cual aporta para entender que la generación de condiciones más favorables en términos de la salud y la vida de los HSH en Bogotá depende, en gran medida, de las acciones y del grado de compromiso por parte del Estado, de los profesionales de la salud, de las familias, de los educadores y de los medios de comunicación para dicha labor.
- Se sugiere profundizar en la manera como las personas hacen operativas otras formas de preven-

ción diferentes del uso del preservativo a través de sus prácticas sexuales, para evitar o disminuir el impacto del VIH o de las ITS sobre su salud. Reconocer las prácticas sexuales alternas como expresiones válidas puede ser un primer paso hacia nuevos diálogos entre sujetos y nuevos paradigmas. En relación con lo anterior, se sugiere revisar las iniciativas sobre “reducción del daño” que han sido implementadas en el mundo y en el país respecto al consumo de sustancias psicoactivas, y que pueden aportar elementos valiosos para la prevención dentro del marco de las prácticas sexuales entre HSH. Se debe incluir en este tipo de revisiones, de manera diferencial, las tipologías de HSH, y recordar que dentro de ellos se hallan insertos quienes tienen intercambios sexuales comerciales con otros hombres.

- Se recomienda trabajar por la deconstrucción de los discursos e intervenciones que asocian las prácticas sexuales alternas, el *bareback* (BB) y el intercambio sexual comercial entre HSH con la desaprobación, la exotización y el estigma social; todo ello, con el objetivo de que se construyan nuevas representaciones sobre prácticas y sujetos. Para eso, es importante sensibilizar a las diferentes comunidades sobre las diferentes expresiones que hacen parte de la sexualidad humana, y enfatizar en que estas no son patológicas ni signos de mal comportamiento o de enfermedad por parte de quienes las practican. Se recomienda a las diferentes instancias institucionales y de la sociedad civil no decaer en el trabajo para la eliminación del estigma hacia los HSH; este debe incluir diferentes actores, instituciones y niveles de incidencia, así como estrategias dirigidas a la población de Bogotá.
- Es indispensable trabajar por el reconocimiento de las necesidades particulares de los HSH en servicios de salud, información, educación y protección social. En relación con lo anterior, surge la necesidad de que en Bogotá, D.C., se construyan servicios de atención amigables para HSH, donde se aborden temas de prevención y autocuidado desde un enfoque diferencial, haciendo énfasis en las necesidades particulares de esta población.
- En Bogotá, es importante seguir trabajando por el acceso a preservativos para la población HSH. Para mejorar o aumentar la receptividad sobre su uso, se recomienda articular elementos relacionados

con las personas, sus emociones, sus experiencias, sus prejuicios y los contextos donde tienen lugar las prácticas sexuales; todos estos, aspectos determinantes a la hora de decidir si se incorpora o no dicho elemento en la relación sexual. Las estrategias de distribución de condones en la ciudad deben buscar el abordaje y la superación de aspectos sociales y culturales asociados a su uso, tales como:

- La sensación de vergüenza asociada a la compra/porte y la proposición de usar el condón.
- La relación condón-infidelidad.
- La relación condón-comportamientos sexuales inapropiados.
- Así mismo, se sugiere fortalecer la información y el acceso a lubricantes y guantes, como elementos que favorecen el sexo seguro.
- Se recomienda promover un reposicionamiento de los espacios educativos, las familias y los servicios de salud como escenarios formativos y de acceso a información para prevenir. También se sugiere desarrollar estrategias de trabajo entre pares, para superar barreras sociales y culturales que inciden en la prevención y en el uso del condón.
- Se sugiere evaluar la posibilidad de desarrollar una página web u otro medio virtual para la interacción de HSH, en los que estos puedan acceder a información de calidad sobre BB y otras prácticas sexuales alternas, con énfasis en el significado y las formas seguras de llevarlas a cabo. Sin embargo, dadas las características del contexto colombiano, en el que aún no hay mucho conocimiento ni sensibilización frente al tema, una opción para generar estos espacios es articularlos a contextos de socialización ya existentes, como blogs, chats, guías gay y redes sociales, entre otras.

8.2. Sobre las construcciones y los significados de la salud, la enfermedad, el VIH y las ITS

- Es indispensable que los servicios de salud se posicionen como el principal medio a través del cual

los HSH pueden resolver sus necesidades en relación con las ITS, pues al no hacerlo, estas personas se exponen a tratamientos inadecuados, que pueden conllevar diversas afectaciones en su salud. Para ello, se requiere sensibilizar al personal de estas instituciones, sobre las diversas orientaciones y las prácticas sexuales existentes, así como sobre la importancia de llevar a cabo un abordaje libre de sesgos morales y de juicios sociales. Dentro de dichos servicios se deben eliminar las barreras de acceso, así como mejorar la oportunidad de la atención y los procesos para llevar a cabo las asesorías pretest y postest para VIH y para el tratamiento de las ITS.

- Resulta pertinente que las autoridades de salud inicien un trabajo de sensibilización y de reconocimiento de las droguerías como puntos que la población busca para resolver problemas de salud; por tanto, contar con droguerías capacitadas y sensibilizadas en el manejo y el tratamiento adecuados de las ITS favorecerá el manejo de estas. En tales espacios se pueden empezar a promocionar rutas de atención “amigables”, de manera que puedan ser puntos de conexión y de acercamiento de la población a servicios de salud sensibilizados y preparados para atender a la población HSH.
- Es fundamental generar materiales físicos o virtuales que mejoren el acceso de los HSH a información clara y de calidad sobre las ITS. Dichos materiales deberían tener un lenguaje llamativo y focalizado en esa población, y desligar los contenidos de miedo y las imágenes alarmistas que muestran los peores efectos de las ITS sobre el cuerpo humano.
- Este tipo de informaciones también debe incluir, de manera diferencial, el tipo de prácticas sexuales y sujetos a quienes se describe en esta investigación, pasando de las relaciones eminentemente penetrativas a las prácticas alternas, y generar contextos explicativos que ayuden a comprender las situaciones de exposición en cada una de ellas, incluyendo formas de mitigar el impacto cuando ya se ha adquirido una infección por el VIH o alguna otra ITS. Así mismo, estos materiales deben buscar el posicionamiento de los HSH como sujetos activos en la prevención e incluir formas de mitigar el impacto cuando ya se ha adquirido una infección por VIH o una ITS.

- Se recomienda explorar a profundidad los elementos que interactúan en la prevención y en las prácticas sexuales. Específicamente con el VIH, resulta importante entender y reconocer, entre otros, el uso de lubricantes y de guantes de látex; prácticas como el reconocimiento del estatus frente al VIH, o *serosorting*, y definición de papeles, los cuales están siendo incorporados por las personas como herramientas para la prevención.

8.3. Sobre las prácticas sexuales alternas

- Es imprescindible que desde los sistemas de salud, educación y protección se incluyan las realidades de la sexualidad alternativa, y se permita así la circulación tanto de informaciones como de procesos de comunicación y educación en torno a diversas prácticas sexuales; también, sensibilizar respecto a que estas hacen parte de la expresión de la vida humana, y que, como tal, requieren no solo abordajes específicos, sino, también, escenarios de reconocimiento social y cultural.
- Se requieren la difusión y la circulación de informaciones de calidad respecto a la anatomía y la fisiología humanas, tanto en los contextos de salud como en los de educación, ya que eso contribuiría a un desarrollo menos riesgoso de ciertas prácticas sexuales, como el *fisting*, el *spanking*, el *bondage*, el sadomasoquismo, la asfixia, etc.
- Es importante generar informaciones respecto al *fisting* como una práctica altamente sensible y que implica un conocimiento de la anatomía y la fisiología humanas. De igual forma, la generación de estrategias educativas al respecto debe incluir las maneras adecuadas de hacer la práctica, con el objeto de disminuir el riesgo de lesiones, sangrados y traumas. Se deben también abrir los mercados para que se conozcan y se comercialicen productos lubricantes adecuados para tal tipo de prácticas extremas, y así se puedan desarrollar de forma segura.
- Es importante que Bogotá cuente con escenarios adecuados para el desarrollo de diferentes prácticas que escapan de la escena y la infraestructura cotidianas y de la vida de pareja, tales como la Ilu-

via dorada, el *fisting*, el sadomasoquismo, el *spanking* y el *bondage*, entre otras. La posibilidad de disponer de escenarios habilitados ayudaría a disminuir la vulnerabilidad derivada de condiciones poco sanitarias y sin control, así como la improvisación de escenarios que incrementan los riesgos biológicos, sociales y culturales como consecuencia de practicar el “sexo duro”.

- Por otro lado, la emergencia y la expansión de la cultura fetiche puede constituirse en una arista clave hacia la prevención de cierto tipo de riesgos biológicos, emanados de las prácticas penetrativas o el intercambio de fluidos; sin embargo, esto no debe implicar una satanización del sexo penetrativo no reproductivo, sino, más bien, una alternativa

para conjugar como parte de la búsqueda del erotismo y del placer.

- Es importante generar estrategias y procesos educativos, reflexivos y de sensibilización frente a las construcciones de género, como elementos culturales que pueden vulnerar tanto a hombres como a mujeres, y promover la equidad. La sexualidad en este sentido, se constituye también en un ámbito de la vida en el cual se sintetizan las percepciones y las construcciones que se tienen respecto a lo masculino y lo femenino; por tanto, si se modifican los imaginarios negativos sobre el género en este campo, es probable que en la vida cotidiana se impacte de una forma menos negativa tanto a hombres como a mujeres.

Glosario

Arnés: Un arnés de servidumbre es una pieza de equipo de BDSM (*bondage*, disciplina y sadismo-masochismo), usado para los propósitos de la servidumbre sexual. Por lo general, consiste en una serie de tiras de cuero, típicamente de entre 1 y 2 cm de ancho, unidas entre sí. El artículo puede ser usado por hombres y mujeres. Sin embargo, pueden ser necesarias modificaciones en función del sexo de la persona que lleva el artículo.

Bareback (BB): *Barebacking*, o “montar a pelo”, tener sexo penetrativo sin condón.

Barebackeros: Adjetivo aplicado en el argot popular para quienes practican BB.

Blog: Sitio en la red donde uno o varios autores publican textos o artículos.

Bolas chinas: Juguete erótico conformado, por lo general, por dos bolas unidas por un hilo, las cuales pueden ser introducidas en la vagina o en el recto. Originalmente, las bolas chinas eran elaboradas en metal y dentro llevaban otras bolas más pequeñas; al introducirlas y hacer movimiento, generan un juego vibratorio placentero. Hoy existen diferentes versiones de esta idea, que incluyen entre tres y cinco bolas, igualmente unidas, y cuyo tamaño puede variar hasta llegar al de las bolas de billar; estas versiones se elaboran en materiales compactos, prescinden de las bolas internas y no son vibratorias. Se usan para introducción anal.

Bradycardia: Situación de salud que supone la emisión, por parte del nódulo sinusal cardiaco de menos de 60 pulsaciones por minuto, o su falta de función total. Generalmente, puede indicar la presencia de enfermedades cardíacas o puede ser síntoma de meningitis u otras lesiones del encéfalo.

Bugchaser: En la práctica BB, se refiere al nombre que recibe quien busca con premeditación ser infectado con el VIH por su compañero sexual; se conoce a este último como *giftgiver*.

Chamarros: Zamarros. Pantalones de cuero para montar, pero que se han adaptado para ser usados en juegos eróticos entre quienes gustan del cuero.

Cruising: Actividad de levante o ligue entre hombres, por lo general llevada a cabo en sitios abiertos, como parques u otros lugares públicos.

Dealer: Proveedor de drogas. En la escena bogotana observada, son personas que venden, al menudeo y a domicilio, diferentes tipos de sustancias como marihuana, cocaína, ácidos, éxtasis, ketamina y *poppers*, entre otras.

Depresión respiratoria: Disminución de la frecuencia respiratoria. Se la conoce también como bradipnea.

Dildo: Juguete erótico fálico para penetraciones, que intenta emular de la manera más fehaciente posible un pene; sin embargo, en muchos casos la exageración de su tamaño se constituye en un elemento de erotismo entre hombres, pues implica un reto recibir uno lo más grande posible.

Dog training: Juego de rol, en el que uno de los miembros de la pareja recibe entrenamiento como “perro” o “mascota” por parte de un “amo” o “dominador”. Para tal fin, se incluyen elementos como platos de comida, cadenas y collares; incluso, se pueden encontrar *dildos* con forma de colas de perro.

Dominador, dominante, dom: En los juegos de rol y en el contexto del sadomasochismo, es quien tiene, aparentemente, el poder; por ello, decide por el otro lo que este debe hacer, sus movimientos, sus posturas y sus acciones.

Dominado: Miembro de la pareja en los juegos de rol sobre quien el dominador ejerce el poder.

Fetich: Objeto generador de placer; este puede ser inanimado, o, incluso, una parte del cuerpo. En los imaginarios populares, la referencia que se hace al fetich concibe cualquier objeto que tenga cierta importancia sexual, y se enfatiza más en el enmascaramiento o la sustitución que en las estructuras que pueden dar lugar a dicha situación; por tanto, la sublimación que se hace hacia la consecución del placer a través del objeto implica la evocación de algo que no está presente, pero se emula a través del objeto.

Fetichista: Persona cuya generación de placer y de erotismo se hace a través de un elemento inanimado.

Fisting: Práctica sexual en la que tiene lugar la introducción de la mano, el pie o el brazo en el recto o en la vagina.

Fua: Nombre popular de la cocaína en los círculos bogotanos. Se conoce también como *perico* o *perez*.

Fusta: Artefacto usado en equitación para golpear al caballo. Su uso se ha introducido en la escena sadomasoquista en los juegos de rol entre “amo”, “esclavo”, “caballo” y “jinete”.

Flogger: Cierta tipo de látigo; puede ser de cuero o de materiales sintéticos. Tiene múltiples colas, y se usa en los juegos sadomasoquistas para golpear. El hecho de tener varias colas hace que al momento de golpear, cada una de ellas caiga a su tiempo sobre la piel, lo cual genera una sensación extendida del golpe.

Gang-bang: Práctica de sexo grupal en la que una sola persona hace las veces de pasivo o de receptivo, y los demás son activos o insertivos con esta.

Giftgiver: En la escena del BB, quien da el “regalo”; es decir, el VIH.

Hipertensión: Presión arterial alta. Una presión arterial normal es < 120/80 mmHg. Se considera *alta* cuando es de 140/90 mmHg o mayor.

Inyección salina: Práctica erótica en la que se aplica una sustancia líquida salina por vía intravenosa en los testículos, con el fin de agrandar de forma provisional su tamaño.

Insertivo: Hombre que penetra, activo.

Látigo: Instrumento para golpear, que consiste en una tira larga y flexible, de cuerda o cuero, unida por un extremo a una vara por donde se sujeta. En los juegos sadomasoquistas se usan diferentes tipos, incluyendo los de una cola o de varias.

Lluvia dorada: Traducción del término inglés *Goldenshower*. Nombre que recibe el baño con orina por parte de un compañero sexual.

Khole, o agujero K: Estado producido por el consumo de ketamina, que se ha comparado con la muerte, en la medida en que la sensación de separación de la persona de su cuerpo, puede ser muy intensa; esto puede generar temor entre algunos usuarios, pero otros la consideran una experiencia espiritual.

Man: Sustantivo. Forma como los hombres se llaman

entre sí en Bogotá; por ejemplo, “Me gusta ese man”, “Ahí viene el man”, “Tuve sexo con este man”. De igual forma, en los diálogos entre hombres de generaciones jóvenes, las cosas se humanizan mediante el uso de este sustantivo; por ejemplo, “Este software es inteligente, el man puede codificar textos solo usando la voz”.

Perico (fua): Forma como se conoce coloquialmente la coca.

Pony trainig: Entrenamiento como poni en la escena sadomasoquista. El caballo y toda la indumentaria que lo rodea revisten cierto fetichismo entre algunos practicantes de sadomasoquismo; por tanto, quienes lo practican sienten erotismo por todo lo que circunda lo equino: vestiduras, correas, arneses, estribos, zamarros, etc.

Receptivo: Pasivo, receptor en las relaciones penetrativas.

Señor: Forma como, en el juego de roles amo-esclavo, el sumiso debe referirse al dominante. En las interacciones observadas en la red, las respuestas del sumiso siempre iban acompañadas de la palabra SEÑOR (en mayúscula), con el objeto de dar un estatus mayor y resaltar las posturas de dominante y dominado.

Sadomasoquismo: Práctica en la cual se interactúa a partir de roles de dominación y de subordinación que se negocian y se construyen en la interacción social. Dicha interacción está mediada por relaciones diferenciales de poder que producen placer sexual. Se distinguen dos papeles en la práctica del sadomasoquismo: 1) el del sádico, que es quien domina-somete, y 2) el sadomasoquista, que es el dominado-sometido. En la práctica, existe variabilidad entre los grados de dominación y de sometimiento; por ello, dentro de una relación sadomasoquista habría un deseo que es irrealizable tanto para el sádico como para el masoquista, y es poder experimentar una dominación o una sumisión totales.

Seroestatus: Estatus frente al VIH; puede ser negativo o positivo.

Seroconvertir: Pasar de un estado de VIH a otro (negativo a positivo).

Sexoservidor: Trabajador sexual masculino.

Sling: Tipo de hamaca en cuero, usada, generalmente, para prácticas sexuales.

Sounding: Uso de sondas uretrales en el pene, con el fin de incentivar el alcance del orgasmo; para lograrlo, se usan diferentes tipos de sondas, según el nivel de experimentación del individuo. Existen al respecto sondas de materiales que van desde las de silicona hasta las metálicas. Para llevarlo a cabo, se requieren experiencia y gran cuidado, para no generar traumas en este conducto, que, además, tiene una gran sensibilidad.

Special K: Mezcla de ketamina y cocaína que se consume, generalmente, inhalada por la nariz.

Spanking: Conjunto de prácticas sexuales en las que se golpean diferentes partes del cuerpo (las nalgas, la espalda, las piernas, la cara), bien sea con la mano o usando elementos especiales, como látigos, *floguers*, paletas, etc.

Sumiso-sum: Papel que desempeña quien obedece dentro de los juegos de roles sadomasoquistas.

Switch: Aprendiz, principiante en la escena *bondage*, sadomasoquista.

Referencias

- Abadía-Barrero, C. E. (2004). Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 123-154.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Liga Colombiana de Lucha contra el Sida (Ligasida). (2012). *Antirretrovirales y calidad de la atención en VIH/SIDA. La lógica de mercado en el sistema de salud. Informe Final*. Bogotá: SDS.
- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. Washington: APA.
- Augé, M. (2004). *¿Por qué vivimos? Por una antropología de los fines*. Barcelona: Gedisa.
- Ávila, C. (2012). Fetichismo: el sustituto del amor. *Psychis*, (7), 5-11.
- Bastos, F., & Landmann, C. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública* 16(Supl 1), 65-76.
- Baumeister, R. (2004). Gender and erotic plasticity: sociocultural influences on the sex drive. *Sexual and Relationship Therapy*, 99(2), 133-140.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido de lo práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Cañizo, E., & Salinas, F. (2010). Conductas sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. Universidad Iberoamericana. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15(2), 285-309.
- Castro, A., & Fammer, P. (2003). El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de antropología social*, 17, 31-49.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social, ONUSIDA. (2008). Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2010). Estrategia de comunicación "Personas distintas, Derechos iguales". Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social, ONUSIDA, Organización Panamericana de la Salud, UNFPA y Unicef. (2007). Proyecto interagencial del Sistema de Naciones Unidas en Colombia y el Ministerio de la Protección social. Guías Técnicas del proyecto Integra: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (Minprotección). (2013). *Boletín epidemiológico, situación del VIH/sida Colombia*. Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de poblaciones de las Naciones Unidas UNFPA. (2011). *Estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia*. Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de población de las Naciones Unidas UNFPA. (2012a). Guías de prevención VIH/Sida. Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de población de las Naciones Unidas UNFPA. Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de población de las Naciones Unidas UNFPA, Mecanismo Coordinador de país MCP Colombia. (2012b). Pautas para la asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV). Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de población de las Naciones Unidas UNFPA, Mecanismo Coordinador de país MCP Colombia. (2012c). Rotafolio para la asesoría de la prueba voluntaria para VIH. Bogotá: Minprotección.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Campaña "Cuidar de mí es cuidar de ti" (2013). Colombia.
- Colombia, Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS*. Bogotá: Profamilia.
- Crossely, M. (2004). Making sense of "barebacking": gay men's narratives, unsafe sex and the "resistance habitus". *British Journal of Psychology*, 43, 225-244.

- Chancer, L. (2003). Definiendo una dinámica básica: las paradojas del sadomasoquismo. En: *Antropología de la sexualidad y la diversidad cultural* (pp. 275-295). Madrid: Talasa Editores.
- Da Silva Vasconcelos, L. A. (2009). A possibilidade da Seroconversão. *Cadernos de saúde pública*, 25(6), 1381-1389.
- De la Peña, R. (2001). La sexualidad en las metrópolis de México al iniciar el siglo XXI. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 7, 151-179.
- Denman, C. (2001). Fisting! Analysis sex beyond the pale. En: *Cambridge 2001: Proceedings of the 15th International Congress for Analytical Psychology* (pp. 194-205). Cambridge: Daimon Verlag.
- Elford, J., Davis, M., Hart, G., Bolding, G., & Sherr, L. (2006). Sex and the Internet: gay men, risk reduction and serostatus. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 8(2), 161-174.
- Estermann, D., Falleiros, D., Marcos Valadão, M., de Carvalho Mesquita Ayres J. R. (2006). Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1335-1342.
- Estrada, J. (2006a). *Educación formal y VIH/Sida. Reflexiones y experiencia de la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Estrada, J. (2006b). Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interfases. Acta Bioethica*, 12(1), 91-100.
- Facchini, R., & Rossetti Machado, S. (2013). Praticamos SM, repudiamos agressão: classificações, redes e organização comunitária em torno do BDSM no contexto brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293328000013>
- Fernández-Dávila, P. (2009). Necesidades no sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres a involucrarse en prácticas sexuales de riesgo. *Forum qualitative Social Research*, 10(2).
- Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad. En *La voluntad del saber* (Tomo I). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Gómez, J. (2005). *Aprendizaje ciudadano y formación ético política*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Centro de desarrollo y desarrollo científico.
- Guber, R. (1990). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Haerich, P. (1992). Premarital sexual permissiveness and religious orientation: A preliminary investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion* 31, 361-365.
- Halkitis, P. N., Parsons, J. T., & Wilton, L. (2003). Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Arch Sex Behavior*, 2003(32), 351-357.
- Halkitis, P., Wilton, L., & Drescher, J. (2005). Why barebacking? *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 9(3-4), 1-8.
- Herold, E., & Goodwin, M. (1978). Self-esteem and sexual permissiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 908-912.
- Hong, S. (1983). Gender, religión and sexual permissiveness: Some recent Australian data. *The Journal of Psychology*, 115, 17-22.
- Hourcade, J. (1996). Viviendo con VIH. En J. A. Izazola Licea (Ed.), *Sida: estado actual del conocimiento*. [Basado en la XI conferencia internacional sobre sida en Vancouver, Canadá]. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Jensen, L., Newell, J., & Holman, T. (1990). Sexual behavior, church attendance, and permissive beliefs among unmarried young men and women. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(1), 113-118.
- Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), art 43.
- LaBeff, E., & Dooder, R. (1982). Attitudes toward sexual permissiveness in Mexico and the United States. *The Journal of Social Psychology*, 116, 283-286.

- Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida (Ligasida). (2000). Análisis de la situación y respuesta del VIH en HSH en Colombia. Segundo documento. Bogotá: Ligasida.
- Mansergh, G., Marks, G., Colfax, G. N., Guzmán, R., Rader, M., & Buchbinder, S. (2002). "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, 16(4), 653-659.
- Maxwell. (1996). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Leonard Bickman, Debra J Rog. Editores. Thousand Oaks, CA: Sage. California.
- Meeker, C. (2013). Learning the ropes: An exploration of BDSM stigma, identity disclosure, and workplace socialization. En M. S. Plakhotnik & S. M. Nielsen (Eds.), *Proceedings of the 12th Annual South Florida Education Research Conference* (pp. 134-141). Miami: Florida International University. Recuperado de http://education.fiu.edu/research_conference/
- Mejía, J. (2012). Sexualidad, fetiche y objeto. Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1).
- Muñoz, A. I., & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciencia e Saúde Coletiva*, 12(2), 319-324.
- National Institute and Drug Abuse. (2012). *El VIH/SIDA y el abuso de drogas: dos epidemias entrelazadas*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-vihsida-y-el-abuso-de-drogas-dos-epidemias-entrelazadas>
- Observatorio Vasco. (2004). *El uso de ketamina en el país Vasco. De fármaco anestésico a droga de fiesta*. Vitoria Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ONUSIDA. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015*. Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Sexual and Reproductive Health. Recuperado de http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#2
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). *Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS*. Recuperado de http://www.cesida.org/wpcontent/uploads/documentos/documentacion/lenguaje_vihops_2006.pdf
- Pachón, D. (2011). Marihuana de corinto: cien por ciento campesina. En: *Revista Don Juan*. Recuperado de <http://www.revistadonjuan.com/historias/marihuana-de-corinto-cien-por-ciento-campesina+articulo+9630844>
- Pérez de Armiño, K. (2000). *Diccionario de acción humanitaria y corporación al desarrollo*. Barcelona: Icara.
- Perlman, D. (1974). Self-esteem and sexual permissiveness. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 470-473.
- Pichot, P. (Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana). (1995). Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica Barcelona. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión Electrónica. 894 p. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Pinilla, M., Ariza, K., Betancourt, F., Fiesco, J., Góngora, A., Martínez, A., & Ruiz, C. (2010). Estudio rápido exploratorio sobre el VIH y el desplazamiento en cuatro ciudades de Colombia. Informe Final. No publicado.
- Rival, L., Slater, D., & Millar, D. (2003). Sexo y socialidad. Etnografías comparativas de objetivación sexual. En *Antropología de la sexualidad y la diversidad cultural* (pp. 53-78). Madrid: Talasa Editores.
- Rubyn, G. (1986). El tráfico de mujeres. Notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva antropología*, VIII(30), 95-145.
- Rubyn, G. (1989 [1984]). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Madrid: Revolución.
- Scott, J. (2000). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: Lapueg.

- Sepúlveda, M. (2011). El riesgo como dispositivo de gobierno: neoprudencialismo y subjetivación. *Revista de Psicología*, 20(2).
- Sevilla, E. (1998). Modelos analíticos de las ciencias sociales para prevención de infección por VIH. En Universidad del Valle, *Cinco estudios antropológicos sobre el mal de amores en la ciudad de Cali* (pp. 78-107). Cali: Editorial Cidse.
- Shernoff, M. (2005). The sociology of barebacking. *The gay & lesbian review worldwide*, XII(1), 33-35.
- Silverstein, C., & Picano, F. (2003). *The joy of gay sex. Fully revised and expanded*. 3rd ed. Nueva York: Harper Collins Publishers.
- Sontang, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Santilla, S.A. Taurus.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.). (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Viveros, M. (2000). Notas en torno de la categoría analítica de género. En A. I. Robledo, Y. Puyana Villamizar (Comp.), *Ética, masculinidades y feminidades* (pp. 56-85). Bogotá: Centro de Estudios Sociales CES, Universidad Nacional de Colombia.
- Weeks, J. (2012). *Lenguajes de la sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Whisman, V. (1996). *Queer by choice: lesbians, gay men, and the politics of identity*. New York: Routledge.
- Zea, M. C., Reisen, C., Poppen, P., Bianchi, F. (2013). *Prevalencia del VIH, comportamiento sexual, y circuncisión en hombres que tienen sexo con otros hombres en Bogotá. Informe Preliminar*. Washington: The George Washington University, Profamilia.
- http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-13499855.html
- <http://www.noticiasrcn.com/videos/cierran-sitios-swinger-gay-sadomasoquista-bogota>
- http://www.caracol.com.co/audio_programas/archivo_de_audio/se-realiza-en-bogota-el-primero-festival-de-sadomasoquismo-del-pais-ama-claudia-una-de-las-organizadoras-nos-cuenta-de-que-se-trata/20120523/oir/1693120.aspx
- <http://www.fucsia.co/sexo-y-relaciones/sexo/articulo/el-dulce-placer-del-sadomasoquismo/24467>
- <http://www.fucsia.co/sexo/articulo/sacandole-jugo-fetichero/8007>
- <http://www.fucsia.co/sexo/articulo/sexo-extremo/38812#.U2Arlv15OSo>
- <http://www.fucsia.co/sexo-y-relaciones/sexo/articulo/sexo-extremo-la-sumision/39302#.U2Arofl5OSo>
- <http://www.fucsia.co/sexo-y-relaciones/sexo/articulo/diccionario-del-sexo/27713#.U2Arovl5OSo>
- http://www.fucsia.co/sexo/articulo/hasta-donde-llega-placer/29547#.U2Arp_15OSo
- <http://www.fucsia.co/sexo/articulo/deseo-escrito/8894#.U2Arrv15OSo>
- <http://www.fucsia.co/sexo-y-relaciones/sexo/articulo/los-misterios-del-sexo-anal/8469#.U2AsEfl5OSo>
- <http://www.fucsia.co/edicion-impres/articulo/bondage-ataduras-del-sexo/585#.U2Arsfl5OSo>
- http://www.fucsia.co/edicion-impres/articulo/juegos-prohibidos/7346#.U2Ars_15OSo

Noticias consultadas

- <http://www.semana.com/opinion/blogs/entrada-blog/tuppersex-contra-bareback/320439>
- <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4697117>
- <http://m.soho.com.co/vida-soho/articulo/todo-lo-que-quiso-saber-de-los-gays-y-nunca-se-atrevio-preguntarles/8406>
- <http://vihnuncaexistio.blogspot.com/p/subir-los-tcd4-circulantes-sin-arv-en.html>
- Infodrogas. <http://infodrogas.org/inf-drogas/tripis>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Estudio exploratorio sobre los significados en torno a la práctica sexual del bareback en hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá, D. C.

a. Propósito y explicación

Gracias por considerar participar en el estudio coordinado por la Secretaría Distrital de Salud y la Corporación Red Somos. El propósito de esta investigación es conocer los significados en torno a la práctica sexual conocida como “bareback” o “montar a pelo” y las prácticas sexuales que llevan a cabo algunos hombres que tienen sexo con hombres y que viven en la ciudad de Bogotá. Su participación en esta investigación es voluntaria. Por favor lea esta hoja con atención, puede formularnos cualquier pregunta que tenga, antes de tomar parte en el estudio.

b. Procedimientos

Si decide participar en este estudio, nos gustaría poder entrevistarle. Esta entrevista le tomará aproximadamente dos horas; en esta actividad se le formularán preguntas sobre aspectos de su vida, la salud y la sexualidad; así mismo se preguntará sobre aspectos explícitos relacionados con prácticas sexuales. Usted está en libertad de contestar las preguntas que quiera y a no contestar aquellas que no quiera. Su nombre no será usado en la entrevista ni es un requisito para participar.

c. Riesgos e incomodidades

Su participación en este estudio no implica ningún riesgo físico para usted; sin embargo, algunas de las preguntas que se le formularán podrían hacerlo sentir incómodo o avergonzado por tratarse de temas que no se abordan en público frecuentemente o con personas no conocidas; recuerde que usted está en libertad de responder o no.

d. Confidencialidad

Toda la información obtenida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial y se usará

únicamente para fines de la investigación. Si existe alguna publicación como resultado, usted no será identificado. Durante la entrevista nos gustaría grabar en audio la conversación, para este fin al final de esta hoja encontrará un espacio para dar o no su consentimiento.

e. Beneficios

La información que se obtenga a partir de su participación en este estudio permitirá al equipo investigador entender las realidades y necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá y a mejorar las condiciones de los servicios de salud que atienden a esta población.

f. Costos

Su participación en este estudio no le costará nada.

g. Compensación

Por su participación en el estudio usted no recibirá compensación económica; recibirá un kit que contiene: una prenda interior, un lubricante, un *cock ring* y condones. Su participación es voluntaria.

h. Derechos de la persona

Usted tiene derecho a preguntar acerca de este estudio y de su participación en él; así como a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción. Usted puede hacer sus preguntas ahora antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo. Si usted desea alguna otra información o tiene preguntas acerca de los derechos de una persona que participa en la investigación, puede contactar a los investigadores de Red Somos o la SECRETARÍA DE SALUD en cualquier momento a los números de teléfono que se encuentran al final de este formato.

SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO ES VOLUNTARIA. Tiene el derecho a rehusar participar o de retirarse en cualquier momento.

I. Consentimiento

Yo, _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, de _____, autorizo a _____ a incluirme en el **“ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LOS SIGNIFICADOS EN TORNO A LA PRÁCTICA SEXUAL DEL BAREBACK EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN BOGOTÁ D.C.”**

Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la actividad señalada, se me ha informado de manera clara que puedo rehusar a contestar las preguntas que no quiera o a no abordar los temas que no desee.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación mencionada y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Autorizo el registro de audio: Sí _____ No _____

Nombre del Participante _____

Firma _____

Fecha _____

Firma de la persona que dio la información a la participante.

Si desea más información sobre el estudio, diríjase a: Fabián Betancourt, coordinador de la investigación. Cel. 3114743304. cafabear@yahoo.com.ar. Miguel Ángel Barriga. Corporación Red Somos. Cel. 3014118606.

Anexo 2. Formato de entrevista semiestructurada

Guía de trabajo para entrevista

Introducción

Bienvenido, gracias por aceptar participar en este estudio. A continuación queremos hablar con usted sobre algunos temas relacionados con la sexualidad de los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá; queremos que con sus experiencias y percepciones sea quien nos ayude a enriquecer los contextos de apreciación sobre esta población para la ciudad.

Desarrollo

Al inicio de la sesión se le solicitará a las personas que se presenten: edad y ocupación.

Preguntas de apertura

Significados sobre el sexo

- Para usted, ¿qué es el sexo?
- ¿Por qué razones tiene sexo?
- ¿Con quién le gusta tener sexo?
- ¿En qué lugares le gusta tener sexo?
- ¿Cómo contacta a las personas para tener sexo? Indagar por sitios “de levante”, redes sociales, etc.

Sexo-cuerpo y placer

- Para usted, ¿qué es placer?
- ¿Qué cosas (prácticas, situaciones, etc.) le producen placer en sus relaciones sexuales? Indagar por gustos, olores, sabores, texturas, ambientes, dolor, etc.
- ¿Es fácil concertar esas prácticas?
- ¿Cómo las concierta?
- ¿Requiere aditamentos especiales para alguna práctica? ¿Cómo los consigue?

Sexo y prevención

- Para usted, ¿qué es la prevención?
- ¿En qué lugares, o de qué personas, ha recibido usted los conocimientos y la información que tiene sobre prevención? ¿Esta información ha influido de alguna manera en su vida sexual? ¿Cómo?
- ¿De qué formas incluye la prevención en sus prácticas sexuales?
- ¿Ustedes consideran que la prevención cambia si se trata de parejas sexuales permanentes o parejas causales? ¿De qué manera?
- ¿La prevención cambia en la rumba? ¿De qué manera?
- ¿La prevención cambia en los lugares de encuentro sexual? (indagar por videos, saunas, parques y otros).

Uso del condón

- ¿En qué momentos usted usa el condón?
- ¿Con quién se usa condón?
- ¿En qué momentos se usa condón?
- ¿Con quién no usa condón?
- ¿Por qué se usa condón?
- ¿Por qué no se usa condón?

Sexo y BB

- ¿Ha escuchado sobre el BB? ¿Qué ha escuchado?
- ¿Qué opina sobre BB?
- ¿Cuáles son los significados del BB? ¿El BB en todos los contextos y situaciones significa lo mismo?
- ¿Por qué creen que surge el BB como práctica?
- ¿Hay diferencias entre el BB y el tener sexo sin condón? ¿Cuáles son?
- ¿Practica el BB? ¿Cómo lo practica (con quién, cómo, y cuándo)? (indagar por la forma como se concierta la práctica: por Internet, por medio de gente conocida, por foros, por chats, por Facebook, etc.).
- ¿Es el BB una práctica de grupos cerrados, o está extendida en la población?
- ¿Hace más o menos cuánto tiempo recuerda que empezó a escuchar algo sobre el BB?
- ¿Hace cuánto tiempo practica el BB?
- ¿Por qué empezó a practicar el BB?
- ¿Cómo se relaciona el BB con el placer?
- ¿Encuentran relación entre el BB y el semen?
- ¿Percibe usted alguna relación entre el BB y la masculinidad?

Sexo-ITS/VIH

- ¿Cómo ve usted el panorama de las INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL entre HSN?
- ¿Cuáles son las ITS más frecuentes?

Cuando practica el BB, ¿piensa en las ITS?

¿Alguna vez ha tenido una ITS?

¿Qué ha hecho cuando se les ha presentado una ITS? ¿A quién ha acudido?

Si ha hecho tratamiento, ¿éste lo han hecho completo, incompleto? ¿Ha hecho otros tratamientos alternos? ¿Cuáles?

¿Considera que en alguna circunstancia las ITS han cambiado sus prácticas sexuales?

A partir de su sexualidad, ¿cómo ha vivido la relación sexo-VIH?

Cuando practican el BB, ¿BBpiensan en el VIH?

¿En la práctica del BB, el VIH se significa como un regalo? ¿Qué piensa de esto?

¿La información sobre el diagnóstico de VIH de alguien ha servido alguna vez para determinar que el rol quieren asumir en una relación sexual?

¿Ha tenido alguna experiencia o referencia al VIH como un elemento erótico? ¿Cómo es eso?

Cierre

Agradecemos su participación, nos ha ayudado mucho el día de hoy. Nosotros estaremos unos meses analizando la información y tratando de interpretar los sentidos que vamos encontrando a estos nuevos caminos de la sexualidad masculina. Nos gustaría poder invitarlo en un tiempo a la socialización de resultados ¿Le gustaría que lo contactáramos para esa ocasión?

Anexo 3. Matriz para observación estructurada y sistematización de información recabada

Categoría		Comentarios, aportes relevantes, participantes	Lenguaje no verbal; observaciones
Sexo	Razones		
	Gustos		
	Contactos		
Sexo-cuerpo-placer	Relaciones		
	Gustos		
	Prácticas		
Prevención	Definiciones		
	Significados		
	Información		
	Prevención-prácticas sexuales		
	Prevención (lugares)		
Condón	Prevención		
	Razones de uso		
	Razones para no usarlo		
	Parejas		
<i>Bareback</i> (BB)	Ocasiones		
	Concepto		
	Significados		
	Prácticas		
	Razones		
	Relaciones con semen		
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Relaciones con masculinidad		
	Información		
	Relación prácticas sexuales-ITS		
	Experiencias		
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Tratamiento		
	Relación VIH-BB		
	Relación VIH- prácticas- <i>sero-sorting</i>		
	Significados		
	VIH (experiencias)		

Anexo 4. Guía para grupos focales

Guía de trabajo para grupo focal

Introducción

Bienvenidos, gracias por aceptar participar en este estudio. A continuación queremos hablar con ustedes sobre algunos temas relacionados con la sexualidad de los HSH en Bogotá; queremos que con sus experiencias y percepciones sean quienes nos ayuden a enriquecer los contextos de apreciación sobre esta población para la ciudad. Les recordamos que toda la información que vamos a abordar es anónima confidencial y que únicamente será usada para fines del estudio. La participación es voluntaria y ustedes tienen el derecho de contestar las preguntas que deseen y no contestar las que no deseen; así como a retirarse de la conversación cuando lo deseen.

Desarrollo

Al inicio de la sesión se les solicitará a las personas que se informen su edad y su ocupación.

Preguntas de apertura

Significados sobre el sexo

Para ustedes, ¿qué es el sexo?
¿Por qué razones tienen sexo?
¿Con quién les gusta tener sexo?
¿En qué lugares les gusta tener sexo?
¿Cómo hacen para tener sexo? (indagar por sitios “de levante”, redes sociales, etc.).

Sexo-cuerpo y placer

¿Qué relación encuentran entre el sexo y el cuerpo?
¿Qué les gusta sentir en el cuerpo durante las relaciones sexuales? (indagar por gustos, olores, sabores, texturas, ambientes, dolor, etc.).
¿Qué les gusta hacer y que les hagan para sentir placer sexual? ¿Qué cosas, prácticas o situaciones para aumentan el placer sexual? (indagar por consumo de drogas, juguetes, fetiches y prácticas alternas en general, etc.).

Sexo y prevención

Para ustedes, ¿qué es la prevención?
¿Los conocimientos e información que ustedes tienen sobre prevención en qué lugares o de qué personas los han recibido?
¿Qué piensa de esta información? ¿Esta información ha influido de alguna manera para la vida sexual? ¿Cómo?
¿De qué formas incluye la prevención en sus prácticas sexuales?

¿Consideran ustedes que la prevención cambia si se trata de parejas sexuales permanentes o de parejas casuales? ¿De qué manera?

¿La prevención cambia en la rumba, de qué manera?

¿La prevención cambia en los lugares de encuentro sexual? (indagar por videos, saunas, parques y otros).

Uso del condón

¿Cuándo se usa el condón?
¿Con quién se usa condón?
¿En qué momentos se usa condón?
¿Con quién no usa condón?
¿Por qué se usa condón?
¿Por qué no se usa condón?

Sexo y BB

¿Han escuchado sobre el BB? ¿Qué han escuchado?
¿Qué opinan del BB?
¿Cuáles son los significados del BB? ¿El BB en todos los contextos y situaciones significa lo mismo?
¿Por qué creen que surge el BB como práctica?
¿Hay diferencias entre el BB y tener sexo sin condón? ¿Cuáles son estas diferencias?
¿Practican el BB? ¿Cómo lo practican (quién, cómo, cuándo)? (indagar por la forma como se concierta la práctica: por Internet, por medio de gente conocida, por foros, chats, Facebook, etc.).
¿Es el BB una práctica de grupos cerrados, o está extendida en la población?

¿Hace más o menos cuánto tiempo recuerdan que empezaron a escuchar algo sobre el BB?

¿Hace cuánto tiempo practican el BB?

¿Por qué empezaron a practicar el BB?

¿Cómo se relaciona el BB con el placer?

¿Encuentran relación entre el BB y el semen?

¿Ustedes perciben alguna relación entre el BB y la masculinidad?

Sexo-ITS/VIH

¿Qué pasa con las INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL entre MSM?

Cuando practican el BB, ¿piensan en las ITS?

¿Cuáles son las ITS más frecuentes?

¿Cuando han tenido una ITS, ITS a quién han acudido?

¿Qué han hecho cuando se les ha presentado una ITS?

Si han hecho tratamiento, ¿lo han hecho completo, incompleto, o han seguido otros tratamientos alternos?

¿Consideran que, en alguna circunstancia, las ITS han cambiado sus prácticas sexuales?

A partir de su sexualidad, ¿cómo han vivido la relación sexo-VIH?

Cuándo practican el BB, ¿piensan en el VIH?

En la práctica del BB, ¿el VIH se significa como un regalo? ¿Qué piensan de esto?

¿La información sobre el diagnóstico de VIH de alguien le ha servido alguna vez a alguno de ustedes para determinar que el rol quieren asumir en una relación sexual?

¿Han tenido alguna experiencia o referencia al VIH como un elemento erótico? ¿Cómo es eso?

Cierre

Agradecemos la participación de todos, ustedes nos han ayudado mucho el día de hoy. Nosotros estaremos unos meses analizando la información y tratando de interpretar los sentidos que vamos encontrando a estos nuevos caminos de la sexualidad masculina. Nos gustaría poder invitarlos en un tiempo a la socialización de resultados ¿Les gustaría que los contactáramos para esa ocasión?

Anexo 5. Encuesta de caracterización

Estudio exploratorio sobre prácticas sexuales de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Bogotá, D. C.

Encuesta de caracterización

Estimado participante:

Gracias por aceptar hacer parte de este estudio, a continuación queremos hacerle algunas preguntas relacionadas con aspectos demográficos los cuales nos servirán para tener un panorama más amplio respecto de los hombres en Bogotá y sus prácticas sexuales. Si tiene alguna duda sobre algún ítem consulte a nuestro(a) entrevistador(a) quien con gusto le orientará.

Le reiteramos que la participación en este estudio es voluntaria, por tanto está en libertad de contestar solamente las preguntas que desee y dejar en blanco aquellas que no quiera contestar. Recuerde que toda la información consignada aquí es anónima, absolutamente confidencial y se usará únicamente para fines del estudio.

1. Edad (en años): _____

Fecha de nacimiento: _____

2. Lugar de residencia: _____

2.1 Localidad: _____

2.2 Estrato: _____

3. Nivel de escolaridad

3.1 Primaria completa	
3.2 Bachillerato completo	
3.3 Técnico o tecnológico	
3.4 Profesional	
3.5 Posgrado	

4. Afiliación al Sistema de Salud

4.1 Régimen de afiliación

4.1.1 Medicina prepagada	
4.1.2 Contributivo	
4.1.3 Subsidiado	
4.1.4 Vinculado	
4.1.5 Régimen especial	

4.2 EPS _____

4.3 IPS _____

5. Orientación sexual

5.1 Homosexual	
5.2. Heterosexual	
5.3 Bisexual	

6. Relaciones de pareja

6.1 Estado civil

6.1.1 Soltero	6.1.2 Casado	
6.1.3 Divorciado	6.1.4 Unión de hecho	

6.2 ¿Actualmente tiene pareja o parejas?
Seleccione una o varias opciones.

6.2.1 Fija	6.2.2 Casual	
------------	--------------	--

6.3 El género de su pareja o sus parejas es (seleccione todas las que considere necesarias):

6.3.1 Hombre	6.3.2 Mujer	
6.3.3 Mujer trans	6.3.4 Hombre trans	

7 ¿Usa alguna sustancia para tener relaciones sexuales?

Sí: _____ No: _____

Si la respuesta es sí, por favor escriba en el cuadro al frente de cada sustancia la letra correspondiente a la frecuencia con que la usa, de acuerdo a los siguientes ítems: (seleccione todas las que considere necesarias):

7.1 Frecuencia de consumo de esta sustancia

- A. Una vez a la semana.
- B. Más de una vez a la semana.
- C. Cada quince días.
- D. Una vez al mes.
- E. Aproximadamente, cada seis meses.
- F. Solo probé una vez

7.5.1 Poppers	
7.5.2 Perico (coca, cocaína)	
7.5.3 Ketamina	
7.5.4 Pepa (éxtasis)	
7.5.5 Ácido (LSD)	
7.5.6 GHB (hidroxibutírico)	
7.5.7 Cristal	
7.5.8 Bazuco	
7.5.9 Heroína	
7.5.10 2-CB (Tu-si-bi)	
7.5.11 Marihuana	
7.5.12 Alcohol	
7.5.13 Viagra, sildenafil	
7.5.14 Cloruro de etilo (poppers en spray)	
7.5.15 Otras sustancias (¿cuáles?)	

8 ¿Cuáles de las siguientes prácticas sexuales usted lleva a cabo? (seleccione todas las que considere necesarias):

8.1 Bondage (amarres)	
8.2 Dog training (entrenamiento de perros)	
8.3 Juego de roles	
8.4 Sadomasoquismo	
8.5 Fisting (introducción de la mano, el brazo o el pie)	
8.6 Sexo oral pene-boca	
8.7 Sexo oral boca-ano	
8.8 Juego con los pies	
8.9 Uso de dildos (consoladores)	
8.10 Sounding uretral (uso de sondas uretrales)	
8.11 Juego con los pezones	
8.7.11 Uso de otros juguetes eróticos (¿cuáles?)	
8.7.12 Otras prácticas sexuales (¿cuáles?)	

9 Estatus de VIH. Su estatus de VIH es (opcional):

9.1 Negativo	9.2 Positivo	
9.3 Indetectable	9.4 No lo sé	

¿Hace cuánto vive con VIH? _____

10 Tratamiento.

10.1 ¿Está usted está tomando tratamiento para control del VIH?

Sí		No	
----	--	----	--

10.2 ¿Qué tipo de tratamiento está tomando?

10.2.1 Antirretroviral	
10.2.3 Otro (¿cuál?)	

10.3 Si está tomando tratamiento antirretroviral, ¿podría mencionar qué medicamentos?

10.4 ¿Hace cuánto tiempo toma tratamiento antirretroviral? _____

11. ITS

11.1 ¿Ha tenido alguna de las siguientes INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? (marque todas las que considere necesarias)

Gonorrea	
Sífilis	
Herpes genital	
Clamidia	
Verrugas	
Condilomas	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Hepatitis C	
Chancro	
Ladillas	

Sí		No	
----	--	----	--

11.2 Cuando tuvo una ITS, ¿usted recibió tratamiento?

11.3 Cuando recibió tratamiento para alguna, ITS usted:

9.3.1 Tomó todas las dosis y siguiendo completamente las indicaciones del médico respecto a los horarios.	
9.3.2 Tomó todas las dosis, pero sin seguir las indicaciones médicas respecto a los horarios.	
9.3.3 Tomó algunas dosis, pero abandonó el tratamiento tan pronto como desaparecieron los síntomas.	
9.3.4 Recibió el tratamiento, pero no se las tomó.	

12 Uso del condón y de elementos de protección

12.1 ¿Usted usa condón?

En todas las relaciones sexuales penetrativas	
Algunas veces	
Decidió no volverlo a usar	
Nunca lo he usado	

12.2 En los últimos 3 meses usted ha usado condón:

En todas las relaciones sexuales penetrativas	
Algunas veces	
Nunca	

12.3 Algunas razones por las cuales usted decidió no usar condón son (marque todas las que considere necesarias):

Se siente mejor sin condón	
No recordé usar condón	
Estaba bajo efecto de drogas o alcohol y no acordé de usar condón	
El condón me da alergia	
Mi pareja o parejas prefieren sin condón	
No me gusta usar condón	
Mi presupuesto no alcanza para andar comprando condones	
El condón no me parece erótico	
El condón me hace perder erección	
No me es tan fácil conseguir condones	
Otras razones ¿cuáles?	

12.4 Para el desarrollo de sus prácticas sexuales, usted usa alguno de estos elementos (marque las opciones que considere convenientes)

Guantes	
Barreras de látex	
Lubricantes	
Desinfectantes	
Otros elementos (¿cuáles?)	

13. Usted prefiere tener sus encuentros sexuales con (marque todas las opciones que considere convenientes):

Una sola persona a la vez	
En tríos	
Con más de tres personas a la vez	
En orgías, con varias personas a la vez	

14. Usualmente, usted tiene sus encuentros sexuales en (marque todas las opciones que considere convenientes):

Su casa	
En casa de amigos	
En videos	
En Saunas	
En clubes de sexo	
En sitios públicos	
Otros lugares (¿cuáles?)	

15. Usted definiría su rol sexual como:

Pasivo	
Versátil	
Activo	
Otro (¿cuál?)	
No me interesa desempeñar ningún rol en particular	

Fecha de aplicación _____

Nombre del(a) entrevistador(a) _____

¡Gracias por su participación!

