



ORIGINALES

Parejas sexuales de personas que viven con VIH / sida: orientación sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos y comportamentales

Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HIV/Aids: orientação sexual, aspectos sociodemograficos, clinicos e comportamentais

Sexual partnerships of people living with HIV / Aids: sexual orientation, sociodemographic, clinical and behavioral aspects

Layze Braz de Oliveira¹

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz¹

Christefany Régia Braz Costa¹

Rosilane de Lima Brito Magalhães²

Telma Maria Evangelista de Araújo²

Renata Karina Reis¹

¹ Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. layzebraz@usp.br

² Universidad Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322081>

Recibido: 22/02/2018

Aceptado: 7/08/2018

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la influencia de la orientación sexual de las variables socio-demográficas, clínicas y de comportamiento entre las parejas sexuales de las personas que viven con el Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Métodos: Estudio transversal realizado en un servicio de asistencia médica especializada en el tratamiento de personas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, con 173 participantes. En el análisis de los resultados se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson o exacto de Fisher.

Resultados: Se identificó asociación entre la orientación sexual y las variables: sexo, edad, estado civil, grupo de edad, escolaridad, renta, forma de exposición, tipo de asociación, uso consistente del preservativo, presencia de infección, práctica sexual, presencia del compañero en las consultas de rutina, divulgación del VIH al compañero y considerar importante la divulgación de su condición serológica para el compañero.

Conclusión: Establecer un emparejamiento sexual en el contexto del VIH y tener una orientación no heterosexual presentó diferencias estadísticas entre las variables sociodemográficas y comportamentales.

Palabras claves: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Atención al Paciente; Conducta Sexual.

RESUMO:

Objetivo: Analisar a influência da orientação sexual sobre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais entre parcerias sexuais de pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida.

Métodos: Estudo transversal realizado em um serviço de assistência médica especializada no tratamento de pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana, com 173 participantes. Na análise dos resultados utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Resultados: Identificou-se associação entre a orientação sexual e as variáveis: sexo, idade, estado civil, faixa etária, escolaridade, renda, forma de exposição, tipo de parceria, uso consistente do preservativo, presença de infecção, prática sexual, acompanhamento do parceiro nas consultas de rotina, divulgação do HIV para o parceiro e considerar importante a divulgação da sua condição sorológica para o parceiro.

Conclusão: Estabelecer uma parceria sexual no contexto do HIV e ter uma orientação não-heterossexual apresentou diferenças estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Assistência ao Paciente; Comportamento Sexual.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the influence of sexual orientation on sociodemographic, clinical and behavioral variables among sexual partners of people living with Human immunodeficiency virus/Acquired immunodeficiency syndrome.

Methods: A cross-sectional study carried out in a medical assistance service specialized in the treatment of people with Human Immunodeficiency Virus, with 173 participants. Pearson's Chi-square or Fisher's exact test was used to analyze the results.

Results: We identified an association between sexual orientation and variables such as gender, age, marital status, age, education, income, type of exposure, type of birth, consistent condom use, presence of infection, sexual practice, partner in routine consultations, disclosure of HIV to the partner and considers disclosure of their condition to the partner.

Conclusion: Establishing a sexual partnership in the context of HIV and having a non-heterosexual orientation presented statistical differences between sociodemographic and behavioral variables.

Key Words: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Patient Care; Sexual Behavior.

INTRODUCCIÓN

Hay aproximadamente 38,8 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) en todo el mundo⁽¹⁾. En Brasil, se registraron 830.000 casos de personas viviendo con infección por el VIH (PVVS) hasta 2015, de los cuales sólo unos 450.000 utilizan la terapia antirretroviral⁽²⁾.

La ampliación de la oferta y la facilidad de acceso a las pruebas de diagnósticos, vinculadas a los avances de la terapia medicamentosa, proporcionaron cambios en los patrones de la infección por el VIH, que poco a poco pasó a adquirir características de enfermedad crónica^(3,4). Este nuevo panorama proporcionó el aumento de la supervivencia, la mejora de la calidad de vida y la consiguiente apertura de espacios para las interacciones sociales, lo que favoreció la aparición de relaciones conyugales entre PVVS, incluso generando configuraciones de parejas seroconcordantes (en las que los dos son infectados por el virus) y serodiscordantes (en los que sólo uno de ellos es infectado)⁽⁵⁾.

En las parejas serodiscordantes, el principal desafío en su salud sexual es el riesgo de transmisión del VIH, principalmente en relaciones duraderas. La posibilidad para la transmisión se muestra desigual entre diferentes grupos poblacionales, destacándose en poblaciones vulnerables. Este hecho es reforzado por los porcentuales significativos de esa infección entre parejas homosexuales⁽⁶⁾.

En los países desarrollados, como los Estados Unidos, el diagnóstico del VIH entre la población de Gays, Lesbianas, Bisexuales, Travestis y Transexuales (LGBTT) ha aumentado considerablemente desde la década de 1990 y aunque en los últimos cinco años esta infección presenta un comportamiento estable, el número de diagnósticos de VIH atribuidos al contacto heterosexual disminuyó cerca del 40% de 2003 a 2014, en contrapartida ese porcentaje aumentó un 5% entre personas LGBTT⁽⁷⁻⁹⁾.

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) presentan vulnerabilidades específicas que pueden aumentar su probabilidad de exposición al VIH y otras Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) en comparación con otros segmentos de la población. Esto se debe a un conjunto de vulnerabilidades, así como la interacción entre ellas, que impregna a ese grupo.

La literatura muestra una serie de aspectos individuales que contribuyen a ese escenario, como: el consumo de drogas, características socioeconómicas, conocimientos sobre el estado serológico de la pareja sexual y problemas de salud mental⁽¹⁰⁾. Sin embargo, todavía son incipientes análisis que discutan aspectos sociales (relaciones personales y profesionales, representatividad en la comunidad y apertura en cuanto a orientación sexual) o estructurales (acceso al servicio de salud, políticas que garanticen seguridad y equidad) de esas vulnerabilidades.

En esta perspectiva, el presente estudio tiene como objetivo analizar la influencia de la orientación sexual sobre las variables sociodemográficas, clínicas y comportamentales entre parejas sexuales de personas que viven con VIH/SIDA.

MÉTODO

Estudio epidemiológico, transversal, desarrollado en un Servicio de Asistencia Especializada de un Centro Integrado de Salud en el Estado de Piauí, Región del Nordeste de Brasil.

La unidad estudiada dispone de estructura para atención ambulatoria de diversas especialidades. El servicio cuenta con un equipo compuesto por tres infectólogos, dos enfermeros y dos técnicos en enfermería, para organizar mejor el flujo de atención. Son atendidos pacientes permanentes portadores de Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST), incluyendo el VIH/SIDA. En este centro son disponibles medicamentos de forma gratuita a los pacientes que viven con VIH y que son acompañados en ese servicio⁽¹¹⁾.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 173 personas viviendo con VIH, seleccionadas por el método de muestreo aleatorio simple, de un total de 715 personas. Para la definición de la muestra se utilizó un cálculo de muestra para poblaciones finitas adoptando error de muestra del 8% y nivel de confianza del 95,0%. Los criterios de inclusión del estudio fueron: individuos con edad \geq a 18 años; que estuviera en una relación fija o casual en los últimos 30 días, con resultado de un examen serológico reactivo para el VIH y habiendo desarrollado o no el síndrome.

Los criterios de exclusión: estar gestante y en situación de privación de libertad, en virtud de las especificidades inherentes al manejo clínico de estas poblaciones y organización de la red de atención local. También se excluyeron aquellos que

obtenían acceso a la medicación por el Programa, pero con acompañamiento en servicio privado.

El reclutamiento de los participantes fue a medida que aparecían en el servicio para atención médica, y se dio en local privado, antes o después de la consulta con el infectólogo. Los datos fueron recogidos en el período de noviembre de 2016 a marzo de 2017, con aplicación de un cuestionario previamente elaborado por los autores del estudio para la evaluación sociodemográfica, clínica y comportamental de los participantes tales como sexo, edad, estado civil, escolaridad, renta, carga viral, la serología del compañero, la categoría de exposición, la forma de exposición, el tipo de pareja, el uso consistente del preservativo, la presencia de infección, la práctica sexual, la frecuencia con la que conversan sobre el VIH, el compañero acompaña en las consultas, divulga el VIH a la pareja y consideran que es importante divulgar el VIH a la pareja sexual, con posibilidades de respuestas dicotómicas o múltiples.

Los datos fueron analizados con la utilización del *Software Statistical Package for the Social Sciences* versión 20.0. En el análisis univariado, se utilizó una estadística descriptiva. En la bivariada, se utilizó la prueba Chi-cuadrada de Pearson o la prueba Exacta de Fisher para asociar las variables cualitativas y se dividió la orientación sexual en: heterosexuales y no heterosexuales (homosexuales y bisexuales). El nivel de significancia fue fijado en $p < 0,05$ ⁽¹²⁾.

El estudio atendió las normas nacionales e internacionales de ética en investigación envolviendo seres humanos, que había sido aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - ERRP (protocolo nº 59293316.6.0000.5393/16). Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), siendo el anonimato garantizado.

RESULTADOS

De los 173 participantes del estudio, 135 (77,1%) eran hombres. Del total de los participantes, 68 se encontraron en el grupo de edad entre 30 a 39 años (38,9%), solteros 94 (53,7%) y con escolaridad compatible con la enseñanza media 72 (41,1%). En relación a la situación financiera, 116 (66,3%) reportaron recibir hasta tres salarios mínimos.

En cuanto a la orientación sexual, se observó que 89 (65,9%) de los hombres dijeron no ser heterosexuales (homosexuales o bisexuales) y 38 (100%) de las mujeres relataron ser heterosexuales ($p < 0,001$).

La orientación sexual presentó diferencia estadística entre sexo ($p < 0,001$), edad ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), escolaridad ($p < 0,001$), renta ($p = 0,001$) y la forma de exposición ($p = 0,001$) 0,040) (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de PVVS, según orientación sexual. Teresina (PI), Brasil, 2017 (n=173).

Variables	Orientación sexual						p-valor**
	Heterosexual		No-Heterosexual		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Sexo							<0,001
Femenino	38	100	-	-	38	21,7	
Masculino	46	34,1	89	65,9	135	78,0	
Edad (años)							<0,001
18 — 29	18	33,3	36	66,7	54	31,2	
30 — 39	29	42,6	39	57,4	68	39,3	
40 — 49	17	63,0	10	37,0	27	15,6	
50 — 59	15	78,9	4	21,1	19	11,0	
≥60	5	100,0	-	-	5	2,9	
Estado Civil							0,001
Soltero	28	29,8	66	70,2	94	54,3	
Casado/Viviendo como casado	55	71,4	22	28,6	77	44,5	
Separado/Divorciado	1	100,0	-	-	1	0,6	
Viudo	-	-	1	100,0	1	0,6	
Escolaridad							0,001
Sin estudio	2	50,0	2	50,0	4	2,3	
Enseñanza primaria	39	78,0	11	22,0	50	28,9	
Enseñanza Media	31	43,1	41	56,9	72	41,6	
Enseñanza Superior	12	27,9	31	72,1	43	24,9	
Post-Graduación	-	-	4	100	4	2,3	
Renta (en SM*)							0,001
menos de un	18	85,7	3	14,3	21	12,1	
De un a tres	55	47,4	61	52,6	116	67,1	
De tres a cinco	9	32,1	19	67,9	28	16,2	
Más que cinco	2	25,0	6	75,0	8	4,6	

* SM = Salario Mínimo **Prueba Chi-cuadrado de Pearson o Exacto de Fisher

En cuanto a las variables clínicas y comportamentales (Tabla 2), se verificó que 135 (78,0%) de los pacientes presentaban carga viral indetectable, siendo que el número de pacientes con carga viral detectable se mantuvo equiparado independientemente de la orientación sexual 19 (50,0%). En lo que se refiere a las variables comportamentales, 150 (86,7%) de los pacientes afirmaron haberse expuesto al VIH a través de una relación sexual desprotegida. En lo que se refiere a la forma de exposición, 75 (43,4%) relataron haber sido infectados en una relación heterosexual, 70 (40,5%) en una relación homosexual y 22 (12,7%) no sabían la forma de exposición, 73 (42,2%) eran serodiscordantes al VIH y 54 (31,1%) no sabían informar la serología del compañero.

En cuanto al tipo de asociaciones sexuales, 117 (67,7%) presentaron una pareja fija, 109 (63,0%) declararon realizar el uso consistente del preservativo y 64 (37,0%) de los participantes presentaron menor adhesión al mismo. Aproximadamente la mitad de los participantes presentaban una coinfección vinculada al VIH, entre ellas la más prevalente fue la sífilis 42 (24,3%).

Al analizar las prácticas sexuales fuertemente relacionadas con la orientación sexual, se percibe una confirmación de los papeles de género identificados en nuestra sociedad, en una clara división de las prácticas sexuales vaginales entre las mujeres heterosexuales y el sexo anal entre los HSH.

En lo que se refiere a los cuidados con la salud, lo que llama la atención es que 105 (60,7%) de las parejas nunca conversan sobre la prevención del VIH entre ellos, 104 (60,1%) no lleva al compañero (a) en las consultas de rutina, 65 (37,6%) no divulgó su condición serológica para el compañero sexual y 73 (42,2%) no considera importante revelar su situación serológica.

Tabla 2. Caracterización clínica y comportamental de PVVS, según orientación sexual. Teresina (PI), Brasil, 2017(n=173)

Variables	Orientación sexual				Total		p-valor*
	Heterosexual		No-Heterosexual		n	%	
	N	%	N	%			
Carga Viral							0,840
Indetectable	65	48,1	70	51,9	135	78,0	
Detectable	19	50,0	19	50,0	38	22,0	
Categoría de exposición							0,079
Sanguínea	1	100,0	-	-	1	0,6	
Sexual	68	45,3	82	54,7	150	86,7	
No sabe	15	68,2	7	31,8	22	12,7	
Forma de exposición							0,001
Heterosexual	65	86,7	10	13,3	75	43,4	
Homosexual	2	2,9	68	97,1	70	40,5	
Bisexual	-	-	4	100,0	4	2,3	
Transfusión	2	100	-	-	2	1,2	
No sabe	15	77,3	7	22,7	22	12,7	
Serología de la pareja							0,111
Discordante	38	52,1	35	47,9	73	42,2	
Concordante	26	56,5	20	43,5	46	26,5	
Desconocido	20	37,0	34	63,0	54	31,1	
Tipo de pareja							0,003
Fija	66	56,4	51	43,6	117	67,7	
Casual	18	32,1	38	67,9	56	32,3	
Uso consistente del preservativo							0,029
Sí	46	42,2	63	57,8	109	63,0	
No	38	59,4	26	40,6	64	37,0	
Presencia de Infección							0,002
HPV	1	25,0	3	75,0	4	2,3	
Tricomoniasis	1	33,3	2	66,7	3	1,7	
Gonorrea	6	54,5	5	45,5	11	6,3	
Sífilis	9	21,4	33	78,6	42	24,3	
Herpes Genital	2	28,6	5	71,4	7	4,0	
Hepatitis C	4	50,0	4	50,0	8	4,6	
HPV y Sífilis	2	50,0	2	50,0	4	2,3	
No	59	62,8	35	37,2	94	53,7	
Práctica sexual							<0,001
Sexo oral							

Sí	31	35,2	57	64,8	88	50,9	
No	53	62,4	32	37,6	85	49,1	
Vaginal Receptiva							<0,001
Sí	34	94,4	2	5,6	36	20,8	
No	50	36,5	87	63,5	137	79,2	
Vaginal Insertiva							<0,001
Sí	43	76,8	13	23,2	56	32,4	
No	41	35,0	76	65,0	117	67,6	
Anal Receptiva							<0,001
Sí	11	13,4	71	86,6	82	47,4	
No	73	80,2	18	19,8	91	52,6	
Anal Insertiva							<0,001
Sí	15	19,2	63	80,8	78	45,1	
No	69	72,6	26	27,4	95	54,9	
Frecuencia con que conversan sobre la transmisión del VIH							0,522
Diariamente	6	40,0	9	60,0	15	8,7	
Frecuentemente	12	48,0	13	52,0	25	14,4	
Ocasionalmente	17	60,7	11	39,3	28	16,2	
Nunca	49	46,7	56	53,3	105	60,7	
Pareja acompaña en las consultas							0,020
Sí	41	59,4	28	40,6	69	39,9	
No	43	41,3	61	58,7	104	60,1	
Divulgación del VIH para la pareja							0,018
Sí	60	55,6	48	44,4	108	62,4	
No	24	36,9	41	63,1	65	37,6	
Considera importante la divulgación del VIH para la pareja							0,022
Sí	56	56,0	44	44,0	100	57,8	
No	28	38,4	45	61,6	73	42,2	

*Prueba Chi-cuadrado de Pearson o Exacto de Fisher

La orientación sexual obtuvo diferencia estadística entre las variables de forma de exposición (0,001), tipo de pareja (0,003), uso consistente del preservativo ($p=0,029$), presencia de IST ($p=0,002$), práctica sexual ($p<0,001$), decidir llevar a la pareja en las consultas ($p=0,020$), divulgar la infección por el VIH para el compañero sexual ($p=0,018$) y considerar importante esta divulgación ($p=0,022$) (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El perfil de los participantes mostró una prevalencia del sexo masculino, no heterosexuales y adultos jóvenes. Los hombres no heterosexuales son afectados desproporcionadamente por el VIH y otras IST, especialmente entre los más jóvenes. Un estudio realizado en los Estados Unidos también demuestra éxito similar y apuntó que en hombres más jóvenes, a medida que la edad del compañero sexual aumenta, la probabilidad de sexo sin preservación también aumenta⁽¹³⁾.

El sexo masculino presenta un conjunto específico de vulnerabilidad a las IST, principalmente debido a las raíces culturales que favorecen la participación en diversas prácticas sexuales de riesgo, fortalecido por la idea de que los hombres tienen más necesidad de sexo, desempeñando de esta forma un papel primordial en su exposición a situaciones vulnerables para la adquisición del VIH⁽¹⁴⁾.

En general, las nuevas infecciones por el VIH entre HSH ocurren debido a relaciones sexuales desprotegidas en presencia de carga viral detectable especialmente cuando no se tiene el conocimiento de la propia situación serológica. La transmisión de esta infección a menudo ocurre antes del establecimiento de una asociación fija, o como resultado de relaciones sexuales con otras personas durante la relación^(15,16).

Cuando se trata de la forma de exposición, un porcentaje significativo reportó haber adquirido el VIH en una relación homosexual. Los HSHs presentan vulnerabilidades distintas al VIH, que pueden estar relacionadas tanto a las actitudes y comportamientos sexuales (sexo anal sin preservativo), presencia de múltiples parejas, uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de internet para encontrar parejas sexuales y sexo grupal,⁽¹⁷⁾ así como por las estrategias incipientes de los servicios de salud en proponer reclutamiento y asistencia calificada para ese perfil de parejas sexuales.

En las parejas que viven en el contexto del VIH, la mayor preocupación involucra el riesgo de transmisión de esta infección entre asociaciones sexuales serodiscordantes, con carga viral detectable. La realidad de este estudio apunta un porcentaje significativo de pacientes con carga viral detectable, pero sin diferencias distintas entre la orientación sexual.

Los datos sobre la serología del compañero también llaman la atención, principalmente por el porcentaje de participantes que no tienen el conocimiento de la serología de su pareja, señalando la ausencia de habilidad para lidiar con esa condición. Se observa que la ausencia de conocimiento de la serología del compañero puede interferir en la toma de decisiones sobre la elección de un método de prevención más eficiente para la pareja⁽¹⁸⁾.

La literatura apunta la importancia de la implementación de estrategias combinadas, articulando primordialmente el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales vinculadas a la introducción de terapias antirretrovirales (TARV) precoz, favoreciendo la disminución de la carga viral en el plasma sanguíneo y posibilitando una reducción en la transmisión sexual del VIH^(19,20).

El uso consistente del preservativo en todas las relaciones sexuales aún no es una práctica realizada de forma asidua entre un cuantitativo significativo de las parejas. A pesar de las disposiciones de estrategias sinérgicas para la prevención de la transmisión del VIH y la promoción de la salud, la complejidad de las relaciones interpersonales sigue debilitando la toma de decisiones por medidas preventivas, ejerciendo gran influencia en las vulnerabilidades de las IST. Lidiar con diferentes expresiones de la sexualidad se ha mostrado un gran desafío para la sociedad y el servicio de salud, aún muy soportado por un modelo biomédico y heterosexual⁽²¹⁾.

Aunque el uso del preservativo es la medida más mencionada por la literatura y está dispuesta de forma gratuita por los servicios de salud, todavía existe una inconsistencia en la utilización de ese método. El negociar el uso del preservativo

representa un obstáculo entre las parejas, ya que, la no utilización de este método en muchas relaciones, se caracteriza como un signo de confianza e intimidad, que fortalece su compromiso y satisfacción en la relación, configurándose en una de las principales barreras para su uso⁽²²⁾.

Entre las prácticas sexuales desprotegidas se destaca el sexo anal, el cual presenta un riesgo diez veces mayor para transmisión del VIH, cuando es equiparado al sexo vaginal sin preservativo. En muchas situaciones, las relaciones sexuales desprotegidas pueden ser una elección consciente y deseada, es lo que puede ser observado en prácticas sexuales *bareback*, en el cual los HSH practican el sexo anal sin el uso del preservativo de forma intencional, por ser considerada más placentera⁽²³⁾.

A pesar de que la adhesión de la TARV reduce considerablemente el riesgo de transmisión sexual del VIH, el uso inconsistente del preservativo en PVVS predispone la adquisición de coinfecciones del VIH asociadas a otras IST, como en el presente estudio, en el que el porcentaje de esas coinfecciones fue significativo, especialmente la sífilis⁽²⁴⁾.

La utilización inconsistente del preservativo se convierte en una cadena cíclica, ya que la presencia de otras IST facilita el riesgo de transmisión del VIH debido a la interrupción de las barreras protectoras y al reclutamiento de células inmunitarias susceptibles al lugar de la infección. Entre las IST, la sífilis se destaca debido al aumento de la carga viral del VIH en el plasma sanguíneo del paciente y la disminución del recuento de células TCD4, lo que puede contribuir al avance de la infección por el sida⁽²⁵⁾.

Las parejas sexuales, principalmente de personas LGBT que viven en el contexto del VIH, necesitan una red de atención que ofrezca un cuidado holístico, de forma que no disponga sólo la oferta de diagnóstico y tratamiento, sino que transponga este enfoque proporcionando cuidados sostenibles mediante la utilización de estrategias adecuadas.

A pesar de que los estudios indican el aumento de la formación de parejas sexuales entre PVVS, el SAE de manera general, todavía no presenta soporte para atender a esta clientela, principalmente a las parejas no heterosexuales, proporcionando una barrera en el cuidado al usuario^(5,11,19). La actuación de este servicio es uno de los pilares para la gestión de la transmisión del VIH entre asociaciones sexuales, sin embargo lo que se observa es un hiato entre la actuación del SAE y la promoción de salud entre pacientes que presentan vida sexual activa.

El presente estudio identificó que la no divulgación del VIH al compañero y el hecho de no considerar importante la revelación del diagnóstico, está fuertemente asociada con las diferencias en la orientación sexual. Vivir con VIH en la sociedad actual mantiene fuertes relaciones con el estigma de convivir con el virus.

La opinión punitiva y el conocimiento incipiente de la sociedad afecta el bienestar de quien convive con esa infección y dificulta las interacciones en el medio social, familiar y conyugal, predisponiendo al aislamiento social y prácticas sexuales de riesgo. De esta forma, la actuación del servicio debe estar orientada a las necesidades de los HSH, involucrando las vulnerabilidades de las relaciones sexuales, proponiendo

intervenciones propicias para desmitificar el estigma de ser portador del virus VIH y tener una asociación sexual.

Revelar la condición serológica para la pareja implica sentimientos como miedo a la discriminación y estigmatización o de una reacción desfavorable. El impacto emocional de la divulgación entre asociaciones serodiscordantes aumenta la presión hacia una relación en términos de ansiedad, implica un elevado sufrimiento psíquico, culpa y miedos de la transmisión, y que puede ser emocionalmente exhaustivo^(26,27). La homofobia, parte de la estructura de la sociedad actual, es percibida más fuertemente por PVVS, ya que se suman los prejuicios en esos individuos, dificultando aún más la decisión de divulgar su status, mismo para una pareja íntima.

Los heterosexuales consideraron menos importante la divulgación del status para su pareja. Al analizar el contexto social e histórico de parejas heterosexuales y homosexuales se percibe que la infección por el VIH formó parte de la comunidad LGBT desde su descubrimiento, forzando a sus miembros a convivir con la posibilidad de infectarse. La infección entre parejas heterosexuales es cada vez más frecuente, sin embargo la incomodidad, principalmente entre mujeres, de hablar abiertamente sobre sexualidad puede dificultar la búsqueda a su tratamiento, divulgación del resultado y adhesión medicamentosa⁽²⁸⁾.

Una estrategia utilizada por HSH es el *serosorting*, o *seropositioning*, que significa comportamiento para reducir el riesgo de transmisión del VIH. Esta estrategia tiene en cuenta el estado serológico del VIH para la elección de la práctica sexual entre las parejas sexuales, como el sexo anal receptivo sin preservativo sólo con parejas sexuales VIH-negativas y relaciones sexuales anal insertivas con extraños o parejas VIH positivos⁽²⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Las personas no heterosexuales que viven con el VIH poseen una serie de factores con diferencias estadísticas para vulnerabilidades individuales (altas rentas, escolaridad) y sin embargo, se insertan en un contexto de alta vulnerabilidad social y programática (ausencia de la pareja durante las consultas, información insuficientes sobre el uso de la PEP, recibió información del servicio) en comparación con parejas heterosexuales.

La orientación sexual no se asoció a aspectos clínicos relevantes como la carga viral o la configuración de relaciones serodiscordantes o concordantes. Estos datos deben considerarse al desarrollar estrategias de intervención y acogida en servicios especializados.

REFERENCIAS

1. GBD 2015 HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 17]; 3: e361–87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470028>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids. [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/90>

3. Domingues CS, Waldman EA. Causes of death among people living with SIDA in the pre-and pos-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. PLoS One [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 May 25]; 9(12): 1-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263674/>
4. Almeida PD, Brito RCT, Araújo TME, Oliveira FBM, Sousa AFL, Araújo Filho ACA. Aids no piauí: análise do perfil epidemiológico. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2015 Jul [cited 2017 May 25]; 9(6): 8660-4. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6927/pdf/8233>
5. Tadesse M. Assessment of HIV discordance and associated risk factors among couples receiving HIV test in Dilla, Ethiopia. BMC Res Notes [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 May 25]; 7: 893. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295257/>
6. Stahlman S, Beyrer C, Sullivan PS, Mayer KH, Baral SD. Engagement of Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men (MSM) in the Response to HIV: A Critical Step in Achieving an AIDS-Free Generation. AIDS Behav [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Jul 17]; 20: S330–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27048235>
7. Sullivan S, Stephenson R. Perceived HIV Prevalence Accuracy and Sexual Risk Behavior Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the United States. AIDS Behav [Internet]. 2017 May [cited 2017 Jul 17]: 1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28488166>
8. McCree DH, Oster AM, Jeffries IV DJ, Denson DJ, Lima AC, Whitman H, et al. HIV acquisition and transmission among men who have sex with men and women: What we know and how to prevent it. Preventive Med [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 100: 132-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28450120>
9. Wood SM, Salas-Humara C, Dowhen NL. Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Infections, and Sexual and Reproductive Health in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Youth. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 63(6): 1027-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5543709/>
10. Gallén AG, Aznar CT, Aranda ER. Assessing gender stereotypes and sexual risk practices in men who have sex with men. Gac Sanit [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]. 1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28648255>
11. Oliveira LB, Matos MCB, Costa CRB, Jesus GJ, Argolo JGM, Reis RK. Establishment of partnerships in people living with HIV/Aids attended in a specialized center: experience report. Sylwan [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 162(7): 106-21. Available from: <http://www.sylwan.ibles.org/syl/index.php/archive/part/161/7/1/?currentVol=161¤tissue=7>
12. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 3 ed. Lisboa: Sílabo, 2003.
13. Pino H, Harawa NT, Liao D, Moore A, Karlamangla A. Age and Age Discordance Associations with Condomless Sex Among Men Who Have Sex with Men. AIDS Behav [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28144790>
14. C. Jacques Aviñó, P. García de Olalla, E. Díez, et al. Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. Gac Sanit [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 29, p. 252-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25869152>
15. Cissé M, Samba D, Abadie A, Emilie H, Bernier A, Fugon L, et al. Factors associated with HIV voluntary disclosure to one's steady sexual partner in mali: results

- from a community-based study. *J Biosoc Sci* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 48(1): 51-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627886>
16. Chakrapani V, Shunmugam M, Newman PA, Kershaw T, Dubrow R. HIV Status Disclosure and Condom Use Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men and Hijras (Male-to-Female Transgender People) in India: Implications for Prevention. *AIDS Care* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 29(2): 231-238. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2013.859113>
17. Lam CR, Holtz TH, Leelawiwat W, Mock PA, Chonwattana W, Wimonsate W, et al. Subtypes and Risk Behaviors Among Incident HIV Cases in the Bangkok Men Who Have Sex with Men Cohort Study. *AIDS Res Hum Retroviruses* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]: 1-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28019101>
18. Mwakalapuka A, Mwampagatwa I, Bali T, Mwashambwa M, Kibusi S, Mwansisya T. Emotional and Relationship Dynamics between HIV SeroDiscordance and Concordance Couples: A Narrative Literature Review and Theoretical Framework. *ARC J Public Health Community Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 17]; 2(2): 1-14. Available from: http://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1145&context=eastafrica_hs_sonam
19. Afe AJ, Fadero T, Oluokun O. HIV Sero-Discordant Couples in Southwest Nigeria: Prevalence and Associated Risk Factors. *J Aids HIV infections* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 1(1): 1-9. Available from: <http://www.annepublishers.co/articles/JAHI/1103-Hivsero-Discordant-Couples-in-Southwest-Nigeria-Prevalence-and-Associated-Risk-Factors.pdf>
20. Suzan-Monti M, Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Preau M, Dray-Spira R, et al. Sexual risk behaviour among people living with HIV according to the biomedical risk of transmission: results from the ANRS-VESPA2 survey. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 19(1): 20095. Available from: <http://www.jiasociety.org/jias/index.php/jias/article/view/20095>
21. Queiroz AAFLN, Sousa AFL, Matos MCB, Araújo TME, Reis RK, Moura MEB. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. *Rev bras enferm* [Internet]. 2018 [cited 2017 May 25]; 71(4). In press.
22. Leung KY, Powers KA, Kretzschmar M. Gender asymmetry in concurrent partnerships and HIV prevalence. *Epidemics* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 19: 53-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28169133>
23. Fonte VRF, Pinheiro CDP, Barcelos NS, Costa CMA, Francisco MTR, Spindola T. Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; (46): 65-79. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00050.pdf
24. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 316(2): 171-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27404185>
25. Callegari FM, Pinto-Neto LF, Medeiros CBS, Page K, Miranda AE. Syphilis and HIV Co-Infection in Patients Who Attend an AIDS Outpatient Clinic in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 25]; 18(1): 104-9. Available from: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-23732958>
26. Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RL, Faria MF, Goulart VC, et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 25]; 48(6):1026-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf

27. Yang R, Gui X, Xiong Y, Gao S, Yan Y. Five-year follow-up observation of HIV prevalence in serodiscordant couples. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 33: 179-84. Available from: https://www.researchgate.net/publication/272185901_Five-year_follow-up_observation_of_HIV_Prevalence_in_serodiscordant_couples
28. Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 18(5): 20302. Available from: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20302>
29. Torres RMC, Cruz MM, Périssé ARS, Pires DRF. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 1-10. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867017300910>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia