



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**Facultad de Medicina - Universidad de la República**

**Cátedra de Enfermedades Infecciosas**

**Facultad de Psicología- Universidad de la República**

**Programa Género, Sexualidades y Salud Reproductiva**

**Ciclo de Metodología Científica II 2019**

**Grupo 53**

## **La vida sexual de adultos jóvenes con un diagnóstico de VIH positivo.**

**Autores:**

Magella Correa

Dahiana Cunha

Belén Curiel

Cecilia Cukier

Romina D'Amato

Kensei Sakurai

**Docentes orientadores:**

Prof. Agda. Dra. Zaida Arteta

Mag. Asist. Gonzalo Gelpi

## **ÍNDICE**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Introducción.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Marco teórico</b>  |           |
| 1. Concepto de Virus de la inmunodeficiencia humana y vías de transmisión ..... | 5         |
| 2. Epidemiología .....  | 5         |
| 3. Concepto de sexualidad.....  | 6         |
| 4. Estado del conocimiento .....  | 7         |
| <b>Objetivos.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Metodología.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>Resultados.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>Discusión.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Conclusión.....</b>  | <b>26</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>Anexos</b>   |           |
| 1) Encuesta.....  | 29        |
| 2) Operacionalización de las variables.....                                     | 35        |

## **RESUMEN:**

En la presente monografía se aborda el tema sobre el impacto en la sexualidad de los adultos-jóvenes con un diagnóstico de VIH positivo. El objetivo es generar mediante una primera aproximación el conocimiento de la situación de la sexualidad de los adultos jóvenes ante un diagnóstico de VIH positivo, a partir de sus vivencias y prácticas sexuales. La metodología consiste en un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se aplicó desde setiembre y octubre del 2019, una encuesta presencial en el Hospital Pasteur, Asociación Española y COSEM a adultos jóvenes de entre 20 a 30 años con un diagnóstico de VIH positivo. Se realizó un muestreo por conveniencia, por lo que los resultados obtenidos no son representativos ni generalizables al resto de la población. En cuanto a los resultados, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los mismos en base a las encuestas realizadas a 25 participantes. Se observó que 16 de los 25 eran homosexuales varones. 22 revelaron su diagnóstico de VIH positivo a terceros y 2 no lo hicieron. En cuanto al deseo de mantener prácticas sexuales en los últimos 12 meses, 21 respondieron afirmativamente y 4 negativamente; y 22 las practicaron, mientras que 3 refirieron no haberlas practicado. Sobre la satisfacción sexual, 11 de los encuestados refirieron haberla sentido siempre, 9 casi siempre y 1 nunca en el último año. En referencia a la discriminación y el estigma, 7 de los participantes se sintieron discriminados en los últimos 12 meses. Concluimos que la revelación del diagnóstico VIH positivo a terceros parece ser un condicionante favorable para el ejercicio de la vida sexual pero al mismo tiempo expone a las personas a la posibilidad de ser discriminados y/o rechazados.

Palabras clave: VIH, sexualidad, vida sexual, prácticas sexuales, satisfacción sexual, discriminación.

## **ABSTRACT:**

This monograph approaches the impact on sexuality of young adults with a positive HIV diagnosis. The main purpose is to build, through a first approximation, knowledge of the sexuality situation of young adults with a positive HIV diagnosis based on their life experience and sexual practices. The methodology consists of an observational, descriptive, cross-sectional study. A face-to-face survey at Hospital Pasteur, Asociación Española and COSEM was applied from September to October 2019 to young adults between 20 and 30 years old with a positive HIV diagnosis. Sampling was done for convenience, so the obtained results are not representative or generalizable to the rest of the population. Regarding the results, a descriptive analysis of them was carried out based on the surveys done on 25 participants. It was observed that 16 of the 25 were gay men. 22 revealed their diagnosis of HIV positive to third parties and 2 did not. Regarding the desire to maintain sexual practices in the last 12 months, 21 responded

affirmatively and 4 negatively; 22 practiced them, while 3 reported not having practiced them. On sexual satisfaction, 11 of the respondents reported having always felt it, 9 almost always and 1 never in the last year. In reference to discrimination and stigma, 7 of the participants felt discriminated in the last 12 months. We conclude that the disclosure of HIV positive diagnosis to third parties seems to be a favorable condition for the exercise of sexual life but at the same time exposes people to the possibility of being discriminated and / or rejected.

Keywords: HIV, sexuality, sex life, sexual practices, sexual satisfaction, discrimination.

### **INTRODUCCIÓN:**

La infección por VIH constituye una epidemia a nivel mundial; y se transmite principalmente por vía sexual. El VIH presenta repercusiones tanto en el ámbito demográfico, social, cultural, económico como sanitario. A pesar del conocimiento extendido sobre la infección del VIH/Sida, diferentes estudios muestran un núcleo duro de actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con la misma. Debido al alcance que tiene el estigma social de la enfermedad en la población existe la necesidad de conocer el estado y la apreciación de comportamiento sexual posterior al diagnóstico del VIH. Según el artículo Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y VIH/Sida: pistas para la acción, se observan tendencias discriminatorias frente a personas VIH positivas, donde refieren que es conveniente mantener en secreto el diagnóstico de la infección. Además se observó que la segunda causa por la cual los jóvenes usan preservativo en las relaciones sexuales es para prevenir las infecciones de transmisión sexual, y dentro de éstas la que más les preocupa es la infección por VIH. En este mismo artículo se concluyó que todavía a pesar de la amplia información, siguen existiendo mitos sobre la enfermedad y todavía se cree que es una enfermedad mortal (1). Según el artículo AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/VIH, los sentimientos sobre sexualidad y VIH son complejos llevando a efectos psicológicos y fisiológicos en la actividad sexual. Muchos experimentan la adquisición del virus VIH como una pérdida de su sexualidad (2). Creemos que posteriormente al diagnóstico de VIH en adultos jóvenes hay una diferencia en relación a la vivencia de la sexualidad.

Por lo tanto, a partir de la valoración anteriormente mencionada, junto con la valoración de la consulta infectológica, queda en evidencia el impacto de la infección por VIH en la sexualidad de las personas. Además, la sexualidad no está integrada en la consulta médica y ésta forma parte de la salud. Tanto la salud mental como física están estrechamente relacionadas por ende necesitamos realizar una investigación que ofrezca mayor conocimiento al ya existente. En Uruguay existe escasa información al respecto de dicha problemática, siendo de utilidad el desarrollo de estrategias a partir del conocimiento obtenido.

## **MARCO TEÓRICO:**

### **1. Concepto de Virus de la inmunodeficiencia humana y vías de transmisión:**

Los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenecen a la familia Retroviridae. Se caracterizan por ser virus ARN y presentar una cápside recubierta por una envoltura lipídica derivada de la célula hospedadora. Gracias a la codificación de una transcriptasa inversa característica, es capaz de integrarse en el genoma de los linfocitos CD4, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones.

La historia natural de la infección por el VIH consiste en una primoinfección, asintomática o desapercibida, seguida de un período de latencia clínica de varios años en el que el virus sigue replicándose de forma activa en diversos compartimentos y en sangre periférica. En el siguiente período, la mayoría de los pacientes desarrolla infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunodepresión. A esta fase o período final se le denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La infección por el HIV se puede adquirir por transmisión materno-fetal y perinatal, incluida la leche materna, por transfusiones de sangre o derivados hemáticos contaminados, por trasplantes de órganos y tejidos de pacientes infectados, o a través de relaciones sexuales y por contacto directo con sangre (compartir jeringuillas) (3).

### **2. Epidemiología**

Entre 1981 y 1982 se reportaron ante el Centro de Control de Enfermedades (CDC) los primeros 593 casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que presentaron una mortalidad global del 41% (4). En el año 1984 empieza a vincularse este Síndrome con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Según estadísticas mundiales sobre el VIH del 2018, 37,9 millones de personas vivían con esta infección en todo el mundo, de los cuales 36,2 millones son adultos. Para el año 2018 las nuevas infecciones (1,7 millones) disminuyeron en un 40% respecto a 1997 (2,9 millones). El 54% de las nuevas infecciones a nivel mundial se produjeron en grupos de poblaciones claves (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadores/as sexuales y personas transgénero) (5).

El número de nuevas infecciones en América Latina y el Caribe en el año 2016 se estima en 120.000, cifra que prácticamente no ha variado desde el año 2010. Un tercio de estas nuevas infecciones están representadas por hombres y mujeres mayores de entre 15 y 24 años (6).

El primer caso de VIH se diagnosticó en Uruguay el 29 de julio de 1983, marcando el inicio de la epidemia en el país. Para el período 1983-2012, se estima que se registraron en el país 11.675

casos de VIH y 4.765 casos de SIDA, registrándose 2.315 muertes por esta causa. En los últimos 30 años, ha existido un crecimiento sostenido de casos de VIH y de SIDA; no obstante, ha disminuido progresivamente la proporción de casos que evolucionan a SIDA, así como la letalidad (7).

Actualmente en Uruguay existen 14080 personas con VIH, manteniéndose una prevalencia en población general menor al 1% y en poblaciones específicas mayor al 5% (personas trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, usuarios/as de drogas y personas privadas de libertad. Se estima que un 81% de las personas que viven con VIH en Uruguay conocen su estado serológico. (8). A su vez, se observa que la prevalencia del VIH en usuarios/as de ASSE es superior a la prevalencia en la población uruguaya en general, que el 72% de las notificaciones son por transmisión sexual, que la mayoría de los diagnósticos son urbanos y particularmente, de Montevideo, y que el 73% de los afectados/as tiene entre 15 y 44 años. En términos globales, predominan los varones (63%), pero hay un predominio femenino en los grupos de edad de 15 a 24 años y de 35 a 44.

En Uruguay existe un sub-diagnóstico, del cual se desconoce su magnitud (aunque se estima entre 25% y 30%); de hecho un estudio realizado con hombres que tenían sexo con hombres de 2008, señalaba que el 63% de las personas que resultaron positivas no tenían conocimiento de ello. También es elevada la proporción de personas que viven con VIH con un diagnóstico tardío, donde el diagnóstico llega a hacerse en etapa SIDA (7).

### **3. Concepto de sexualidad.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS) la sexualidad humana se define como: “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones no todas ellas se experimentan o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”(9).

La satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se respetan, protegen y cumplen los derechos humanos. Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en los documentos internacionales y regionales pertinentes, en otros documentos de consenso y en las legislaciones nacionales (9). Según Salud y Diversidad Sexual, guía para profesionales de la salud (10), la sexualidad es una

dimensión constitutiva e inherente al ser humano, estando presente desde el nacimiento (o incluso desde la vida intrauterina) hasta la muerte. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización. A lo largo del ciclo vital, la sexualidad presenta manifestaciones, intereses, expresiones, sentimientos y características diferentes. Las mismas son un producto socio histórico y no refieren exclusivamente a la biología. El concepto de sexualidad está en constante construcción y transformación. En su repercusión concreta en la vida se manifiesta a través del deseo, del placer, del erotismo, de la atracción, de la necesidad de gustar, de sentirse atractivo/a e identificarse con algo y también, en ocasiones, en el deseo de reproducirse. La sexualidad siempre está atravesada por una o varias de estas motivaciones, generalmente vinculadas a uno de los dos fines de la sexualidad: el erótico placentero y/o el reproductivo. Estas manifestaciones están condicionadas por lo que cada sociedad va definiendo como lo permitido y lo prohibido, lo público y lo privado, reglas que estructuran toda organización social. Asimismo la sexualidad, como “parte constitutiva de la personalidad”, está expuesta a todos los avatares de la subjetividad y puede ser fuente de placer y/o de angustia.

La sexualidad es eje de las relaciones humanas, implica a las relaciones y procesos sociales, a las instituciones, a las políticas, así como a las concepciones del mundo y la subjetividad (10).

La salud reproductiva se define como: “el estado general de bienestar físico, mental y social y (no solo ausencia de enfermedad o malestar) en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Implica la capacidad de los individuos de tener una vida sexual satisfactoria y segura, que puedan reproducirse teniendo la libertad para decidir cuándo y cómo hacerlo (10).

Por otro lado el comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente. Usualmente los términos de prácticas y conductas sexuales se emplean como sinónimos pero es preciso establecer que las conductas sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (11).

#### **4. Estado del conocimiento**

Existen numerosos estudios centrados en el VIH, sin embargo, son pocos los que estudian la vida sexual de las personas con un diagnóstico de VIH positivo.

Además de las alteraciones clínicas que el VIH puede traer a la vida de las personas, la estigmatización puede acarrear serios perjuicios sociales y psicológicos, debido a las sensaciones

de inferioridad, que aumentan significativamente la ansiedad, la soledad, la depresión y el deseo de muerte, con reducción de autoestima y autoconfianza, lo que lleva al aislamiento social y sexual de las personas que viven con el VIH.

La enfermedad puede interferir en las relaciones afectivas y sociales por el sentimiento de culpa y vergüenza que lleva al aislamiento de las personas, dificultando la adhesión al seguimiento clínico y a los antirretrovirales de muchas personas positivas para el VIH.

La revelación de la seropositividad sigue siendo una dificultad importante vivida por personas VIH positivas, marcada por el miedo a la no aceptación, a los sentimientos de culpa y vergüenza. Se percibió como el descubrimiento del VIH puede cambiar la vida de una persona, desorganizando las relaciones afectivo-sexuales. Esto lleva a muchas personas a temer la revelación del diagnóstico para sus cónyuges, debido al miedo al abandono. También en la revelación del VIH existe el temor de las actitudes negativas de las personas en relación a quienes viven con VIH positivo, de modo que asociado al VIH están las acusaciones de promiscuidad, de prostitución e incluso de infidelidad que llevan a las personas al aislamiento social por la vergüenza, miedo y depresión (12).

Existe evidencia sugestiva de que el estigma internalizado puede influir especialmente en el funcionamiento sexual. De hecho, Remien et al. (1995) declaró explícitamente que los obstáculos para una relación sexual saludable para las parejas afectadas por el VIH incluían el estigma relacionado con el VIH y proporcionó la siguiente cita como un apoyo anecdótico a este punto: "Cuando escuchas por primera vez que eres VIH positivo, no tienes ganas de hacer nada sexualmente". Del mismo modo, Geis et al. (1986) declaró que varios de los hombres seropositivos entrevistados creyeron que nadie querría tener una relación sexual con ellos.

En la literatura más amplia, Rolland (1994) afirma que "Casi cualquier condición crónica puede tener efectos psicosociales secundarios en la vida sexual de una pareja" (pág. 340) y estudios cuantitativos de los miembros de la pareja afectados por el VIH apoyan esta afirmación (13).

La sexualidad involucra aspectos de gran significado existencial. Su patrón de normalidad o anormalidad sufre mucha influencia de los valores socioculturales. Asociada a la infección de VIH, la sexualidad es percibida como "anormal", como un objeto de placer y deseo pero que a la vez encierra un fenómeno destructivo, la posibilidad de la transmisión del virus. Esta ambigüedad genera angustia y frustración e imposibilita la práctica de una vida sexual gratificante y placentera. (14).

La comprensión de la sexualidad de individuos con el VIH/SIDA todavía es reducida. Durante mucho tiempo, el comportamiento sexual de las personas infectadas por el VIH no recibió ninguna atención. Inicialmente el diagnóstico de la infección implicaba una sentencia de muerte. La vida sexual de estas personas parecía ser una cuestión secundaria centrada sólo en la prevención. Los

estudios sobre la sexualidad de las personas que viven con el VIH/SIDA se realizaron primero para comprender los factores asociados con la práctica del sexo inseguro y evaluar la eficacia de las intervenciones que tienen por objeto modificar este comportamiento. Sin embargo, comparativamente poco se sabe sobre las experiencias sexuales y adaptaciones de los individuos que viven con la infección. Considerando que la sexualidad es una dimensión relevante en la vida humana, estando las relaciones sexuales vinculadas no sólo a la reproducción, sino también a la afectividad de cada uno, es fundamental comprender la sexualidad de portador del VIH / SIDA, para promover la asistencia a la salud adecuada y humanizada, rompiendo el paradigma del modelo biomédico de atención a la salud que se centra principalmente en los aspectos biológicos para el cuidado. La particularidad de la infección por el VIH es de carácter transmisible y aún incurable, impone cambios y adaptaciones en la relación entre parejas sero-discordantes. Estos cambios causan impacto en la relación y el comportamiento afectivo-sexual de la pareja, llevando desde la abstinencia sexual entre ellos, hasta actitudes de negación del riesgo de adquisición y transmisión del virus.

A pesar del VIH/SIDA ser considerada una enfermedad crónica, posibilitando al individuo infectado una importante mejora física y emocional, estos todavía enfrentan diversos desafíos en lo que se refiere a los aspectos psicosociales, como el estigma y preconcepto, pues desde su descubrimiento estuvo asociada a prácticas sexuales desviantes de las reglas sociales, con consecuente compromiso en la vivencia de la sexualidad (15). Debido a que los primeros casos reportados en EEUU fueron en hombres homosexuales se llegó a pensar que el estilo de vida de los mismos estaba directamente relacionado con la enfermedad por lo que se le adjudicó nombres como “Gay cancer” , “Síndrome Gay” , “Peste Rosa” y “Peste Gay” que fueron desechados posteriormente al observarse un aumento en el número de casos en otras poblaciones como mujeres, niños y población heterosexual (16).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo**

### **general:**

Generar mediante un primer acercamiento a la temática el conocimiento de cuál es la situación relativa a la vida sexual de los adultos jóvenes de entre 20-30 años que son usuarios de los servicios de salud públicos y privados de la ciudad de Montevideo, ante un diagnóstico de VIH positivo en relación a sus vivencias y prácticas sexuales.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la proporción de sujetos con afectación de la sexualidad en la muestra estudiada.
- Determinar factores de riesgo y/o factores protectores asociados.
- Comparar las variables biológicas con variables de la vida sexual buscando asociaciones.

## **METODOLOGÍA:**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, que se realizó en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Pasteur, la Asociación Española y COSEM de la ciudad de Montevideo, Uruguay. La población de estudio eran adultos jóvenes de entre 20 a 30 años con un diagnóstico de VIH positivo. Se realizó un muestreo por conveniencia, el cual se encuentra dentro de los métodos no probabilísticos, por lo que los resultados obtenidos no son representativos ni generalizables al resto de la población. La elección se basó en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para los investigadores.

Participaron del estudio los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes con un diagnóstico de VIH positivo, con una edad en el rango de 20 a 30 años, en uso o no de terapia antirretroviral (TARV), carga viral detectable o indetectable. Los criterios de exclusión son: mujeres y hombres que adquieren el VIH por transmisión vertical. En un principio se planteó obtener una muestra dentro del rango de 80 a 100 participantes, pero finalmente se logró una muestra de 25 participantes, debido al breve tiempo de recolección, las características de los criterios de inclusión y exclusión y a que algunos de los individuos se negaron a participar del estudio, lo que determinó una reducción del número total de participantes.

Los datos se comenzaron a recolectar luego de aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética, para Proyectos de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La misma se realizó dentro de las pautas marcadas por la Declaración de Helsinki 2004, Decreto 379/08 del 4 de Agosto de 2008 y Ley 18.831 de Protección de Datos Personales y Acción de "Habeas Data En un periodo que fue desde el 3 de setiembre hasta el 18 de octubre del 2019. La encuesta se llevó a cabo luego de que cada participante finalizará su consulta infectológica en un consultorio independiente, en el Instituto de Higiene, la Asociación Española, COSEM y en un espacio físico brindado por el Hospital de Clínicas los días lunes, martes, jueves y viernes en horarios vespertinos. A todos los participantes que accedieron a participar de la investigación se solicitó la firma del consentimiento informado previo a la realización de cada encuesta.

Respecto al instrumento de medición (se adjunta en anexo 1), se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas de tipo cuantitativo, diseñado por los investigadores. La elaboración de este instrumento se basó en datos sociodemográficos que posteriormente se utilizaron para la confección de escalas de tipo likert. Los investigadores fueron capacitados para la instancia de aplicación del instrumento. Se garantizó la anonimización de los datos y fueron encriptados en bases que resguardan el anonimato de los participantes, se cumplieron con todas las normativas establecidas con respecto a tareas investigativas en seres humanos en nuestro país. En todos los

casos las variables contenidas en la encuesta se adjuntan en el anexo 2. Al finalizar la encuesta los participantes que se identificaron como lesbiana, gay, bisexual, transgénero, o queer (LGTBIQ) que se vean afectados emocionalmente fueron informados y derivados al centro de referencia amigable (CRAm), servicio del cual uno de los coautores es coordinador. En caso de que los/las participantes afectados se identificaron como heterosexuales fueron informados y derivados a otro servicio de atención psicológica universitario que esté en condiciones de dar una respuesta rápida. Posteriormente se colocó la información de los participantes en una base de datos Excel desde dónde se realizó un análisis descriptivo, las variables cualitativas se expresaron en términos de proporciones según corresponda.

Fue necesaria una readaptación de los objetivos previamente establecidos debido a que durante el transcurso de la investigación los mismos resultaron ambiciosos. En cuanto a los dos primeros objetivos específicos, dada la imposibilidad de definir la variable afectación de la sexualidad con los resultados obtenidos, optamos por aproximarnos a conocer la influencia de ciertos condicionantes para el ejercicio saludable de la vida sexual, y sentar de esta manera las bases para que futuras investigaciones profundicen en la relación entre las prácticas sexuales y los condicionantes antes mencionados. En cuanto al objetivo de comparación de variables, no fue posible realizar dichas comparaciones con test estadísticos como habíamos planteado previamente debido al bajo número de sujetos que componen la muestra. Si bien esto impidió llegar a resultados estadísticamente significativos se realizó un análisis descriptivo relacionando las variables de interés.

## **RESULTADOS:**

Debido a que se obtuvieron un total de 25 encuestas se optó por realizar un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

Los hallazgos referentes a las características sociodemográficas de la muestra encuestada se muestran en la tabla 1. Los datos obtenidos referente a las Condicionantes para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual son presentados en las tablas 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5.

**Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra estudiada:**

| <b>Variable</b>                      | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| <b>Sexo asignado al nacer (n=25)</b> |                     |                       |
| Hombre                               | 21                  | 84                    |

|  |                     |                       |
|--|---------------------|-----------------------|
| Mujer  | 4                   | 16                    |
| <b>Identidad de género (n=25)</b>              | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Cis género masculino                           | 20                  | 80                    |
| Cis género femenino                            | 4                   | 16                    |
| Transgénero masculino                          | 0                   | 0                     |
| Transgénero femenino                           | 1                   | 4                     |
| <b>Orientación sexual (n=25)</b>               | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Homosexual                                     | 16                  | 64                    |
| Bisexual                                       | 3                   | 12                    |
| Heterosexual                                   | 6                   | 24                    |
| Otro   | 0                   | 0                     |
| <b>Lugar de nacimiento (n=25)</b>              | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Uruguay  | 19                  | 76                    |
| Extranjero                                     | 6                   | 24                    |
| <b>Estado civil (n=25)</b>                     | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Soltero/a                                      | 20                  | 80                    |
| Casado/a                                       | 1                   | 4                     |
| Viudo/a  | 0                   | 0                     |
| Unión de hecho                                 | 1                   | 4                     |
| Unión concubinaria                             | 3                   | 12                    |
| <b>Máximo nivel educativo alcanzado (n=25)</b> | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Primaria completa                              | 1                   | 4                     |

|                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| Primaria incompleta   | 0  | 0  |
| Secundaria completa   | 2  | 8  |
| Secundaria incompleta | 6  | 24 |
| Terciaria completa    | 5  | 20 |
| Terciaria incompleta  | 11 | 44 |

**Tablas 2: Condicionantes para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual.**

**Tabla 2.1 Condicionantes biológicos para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual.**

| <b>Fecha del diagnóstico (n=25)</b> | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 0-6 meses                           | 6                       | 24                        |
| 6-12 meses                          | 3                       | 12                        |
| Mayor a 12 meses                    | 16                      | 64                        |
| <b>Carga viral (n=25)</b>           | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |
| Detectable                          | 6                       | 24                        |
| Indetectable                        | 17                      | 68                        |
| Datos perdidos                      | 2                       | 8                         |

**Tabla 2.2 Conocimiento acerca de las vías de trasmisión de VIH para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual.**

| <b>Conocimiento de las vías de trasmisión de VIH (se aceptaban múltiples respuestas de cada participante)*</b> | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |
|--|---------------------|---------------------------|
|  |                     |                           |

|   |                     |                       |
|---|---------------------|-----------------------|
| Compartir mate  | 0                   | -                     |
| Compartir jeringas  | 22                  | -                     |
| Coito anal  | 23                  | -                     |
| Picadura de mosquitos   | 0                   | -                     |
| Besos   | 1                   | -                     |
| Coito vaginal   | 22                  | -                     |
| Compartir ropa de cama  | 1                   | -                     |
| Transmisión vertical  | 18                  | -                     |
| Lactancia   | 14                  | -                     |
| Otros   | 3                   | -                     |
| <b><u>Frecuencia por la que consulta o recibe información sobre las vías de transmisión de VIH en los servicios de salud (n=25)</u></b> | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Nunca   | 2                   | 8                     |
| Casi nunca  | 3                   | 12                    |
| A veces   | 8                   | 32                    |
| Casi siempre  | 3                   | 12                    |
| Siempre   | 9                   | 36                    |

\*Aclaración: en esta pregunta se podía marcar más de una opción, por lo que no corresponde calcular el porcentaje.

**Tabla 2.3 Revelación del diagnóstico de VIH para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual.**

| <b>Revelación de diagnósticos a terceros (n=25)</b>   | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentajes<br/>(%)</b> |
|---|-------------------------|----------------------------|
| Si  | 22                      | 88                         |
| No  | 2                       | 8                          |
| No contesta   | 1                       | 4                          |
| <b>Frecuencia en la cual comunicaron a sus compañeros/as sexuales su diagnóstico de VIH positivo (n=25)</b> | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b>      |
| Nunca   | 8                       | 32                         |
| Casi nunca  | 1                       | 4                          |
| A veces   | 4                       | 16                         |
| Casi siempre  | 3                       | 12                         |
| Siempre   | 8                       | 32                         |
| Datos perdidos  | 1                       | 4                          |

**Tabla 2.4 Discriminación y estigma para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual.**

| <b>Personas que se sintieron discriminadas por su diagnóstico de VIH positivo en los últimos 12 meses (n=25)</b> | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |
|--|-------------------------|---------------------------|
| Si   | 6                       | 24                        |
| No   | 18                      | 72                        |
| Datos perdidos   | 1                       | 4                         |
| <b>Espacios en lo que se ha sentido discriminado (se aceptaban múltiples respuestas de cada participante)*</b>   | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |

|   |    |   |
|---|----|---|
| Familias  | 3  | - |
| Institución educativa   | 0  | - |
| Centro de salud   | 5  | - |
| Trabajo   | 6  | - |
| Otro  | 2  | - |
| No corresponde contestar (ya que no se sintieron discriminados) | 15 | - |
| Datos perdidos  | 1  | - |

\*Aclaración: en esta pregunta se podía marcar más de una opción, por lo que no corresponde calcular el porcentaje.

**Tabla 2.5 Condicionantes de la vida sexual para el mantenimiento de la vida sexual y salud sexual.**

| <b>Deseo de mantener prácticas sexuales en los últimos 12 meses (n=25)</b>          | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |
|---|-------------------------|---------------------------|
| Si  | 21                      | 84                        |
| No  | 4                       | 16                        |
| <b>Personas que han mantenido prácticas sexuales en los últimos 12 meses (n=25)</b> | <b>n<br/>(personas)</b> | <b>Porcentaje<br/>(%)</b> |
| Si  | 22                      | 88                        |
| No  | 3                       | 12                        |

| <b>Frecuencia de uso de métodos de barrera en las prácticas sexuales en los últimos 12 meses (n=25)</b>              | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|--|---------------------|-----------------------|
| Nunca  | 3                   | 12                    |
| Casi nunca   | 0                   | 0                     |
| A veces  | 1                   | 4                     |
| Casi siempre   | 11                  | 44                    |
| Siempre  | 9                   | 36                    |
| Datos perdidos   | 1                   | 4                     |
| <b>Frecuencia en la cual ha sentido satisfacción sexual en las prácticas sexuales en los últimos 12 meses (n=25)</b> | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Nunca  | 1                   | 4                     |
| Casi nunca   | 0                   | 0                     |
| A veces  | 1                   | 4                     |
| Casi siempre   | 9                   | 36                    |
| Siempre  | 12                  | 48                    |
| Datos perdidos   | 2                   | 8                     |
| <b>Deseo de masturbarse en los últimos 12 meses (n=25)</b>   | <b>n (personas)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Si   | 17                  | 68                    |

|   |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|
| No  | 7                 | 28                |
| Datos perdidos  | 1                 | 4                 |
| <b>Personas que se masturbaron en los últimos 12 meses (n=25)</b> | <b>n</b>          | <b>Porcentaje</b> |
|   | <b>(personas)</b> | <b>(%)</b>        |
| Si  | 17                | 68                |
| No  | 7                 | 28                |
| Datos perdidos  | 1                 | 4                 |

**Relación entre algunas variables:**

En primer lugar, observamos que de los 25 entrevistados, 21 son hombres de los cuales 16 se identificaron como homosexuales (Tabla 1). Como se mencionó anteriormente, 6 de los individuos entrevistados dijeron ser extranjeros no nacidos en Uruguay. De estos 6, 3 refirieron haber recibido el diagnóstico de VIH hacía más de 12 meses, 1 entre los 6 y 12 meses previos a la realización de la entrevista, y 3 hacía menos de 6 meses (Tabla 1). En relación a la frecuencia con que los entrevistados han consultado o recibido información vinculada a las vías de transmisión del VIH en los servicios de salud, evidenciamos que en el sector público: 2 personas contestaron que “nunca” recibieron información, 2 “casi nunca”, 3 “a veces”, 1 “casi siempre” y 5 “siempre”. En cambio, en el sector privado: 1 persona contestó “casi nunca”, 5 “a veces”, 2 “casi siempre” y 4 “siempre”. A su vez, aquellos encuestados que refieren no recibir información “nunca” o “casi nunca” en los servicios de salud refirieron utilizar internet y los medios de comunicación como fuentes de consulta e información (Tabla 2.2). Para establecer qué encuestados poseen conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH, se utilizó el siguiente criterio: se consideró con conocimiento a quienes respondieron dos de las siguientes opciones de transmisión del virus (compartir jeringas, coito anal, coito vaginal, transmisión vertical y lactancia) y ninguna de las opciones que no transmiten el virus (compartir mate, picadura de mosquito, besos, compartir ropa de cama). La opción “otro” no se consideró en este criterio. Quienes no cumplieron dicho criterio fueron considerados con desconocimiento de

las vías de transmisión del VIH (3 participantes). Objetivamos que quienes no poseen conocimiento tienen un nivel educativo bajo, 1 refirió tener primaria completa y 2 secundaria incompleta. Por otra parte, de quienes fueron clasificados como con conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH, 9 refirieron un máximo nivel educativo alcanzado de terciaria incompleta, 5 terciaria completa, 5 secundaria incompleta, 2 secundaria completa y 1 primaria completa (Tabla 1/ Tabla 2.2).

Se observó que, tanto en los encuestados que refirieron tener carga viral detectable como en quienes refirieron tener carga viral indetectable, 50% mencionaron que utilizaban métodos de barrera en sus prácticas sexuales con una frecuencia de “casi siempre” en los últimos 12 meses. Mientras que quienes refirieron tener carga viral detectable e indetectable, contestaron que los utilizaban “siempre” en un 33% y 38% respectivamente; y 17% y 6% de éstos refirieron no haberlos utilizados “nunca” (Tabla 2.1/ Tabla 2.5).

En cuanto a los participantes que fueron considerados como con desconocimiento sobre las vías de transmisión del VIH (3) y la frecuencia de utilización por parte de éstos de métodos de barrera, 1 mencionó utilizarlos "siempre", 1 "casi siempre" y 1 "nunca". En tanto, de los participantes que fueron considerados como con conocimiento 8 contestaron que "siempre" utilizaban métodos de barrera, 10 "casi siempre", 1 "a veces", 2 "nunca" y 1 no contestó la pregunta (Tabla 2.2/ Tabla 2.5).

En relación al uso de métodos de barrera, de los 9 encuestados que contestaron usarlos “siempre”, 4 "nunca" comunicaron su diagnóstico a sus compañeros/as sexuales, 2 contestaron que "siempre" lo comunicaron , 2 "casi siempre" y 1 "a veces". De los 11 que respondieron que “casi siempre” utilizaron método de barrera, 4 de ellos "siempre" le comunicaron el diagnóstico a sus compañero/a sexuales , 4 "nunca" lo hicieron , 1 "casi siempre" , 1 "a veces" y 1 "casi nunca". Una sola persona que respondió “a veces” utilizar método de barrera refirió que "a veces" comunicó su diagnóstico a sus compañero/a sexuales (Tabla 2.3 /Tabla 2.5).

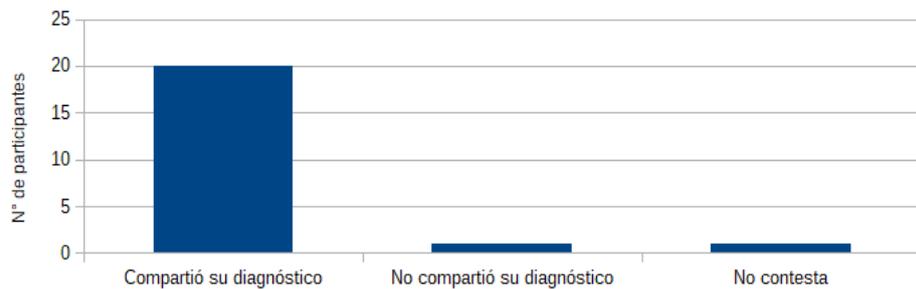
Respecto a la vida sexual y la fecha de diagnóstico de la infección de VIH: de los 21 entrevistados que dijeron haber sentido deseo sexual durante sus prácticas sexuales en los últimos 12 meses, 14 refirieron haber recibido el diagnóstico de VIH hace más de 12 meses, 3 en el período de 6 a 12 meses previos a la realización de la encuesta, y 4 hace menos de 6 meses. Mientras tanto, de los 4 participantes que manifestaron no tener deseo de mantener prácticas sexuales en los últimos 12 meses, 2 de ellos refirieron tener una fecha de diagnóstico menor a 6 meses y los 2 restantes mayor a 12 meses. Además, uno de los que dijo tener un diagnóstico desde hace menos de 6 meses, contestó no tener

deseo de mantener prácticas sexuales pero sí haber tenido las mismas en el último año. En cambio, un encuestado que refirió haber recibido el diagnóstico de VIH hace más de 12 meses, contestó no haber sentido deseo, ni haber mantenido prácticas sexuales en los últimos 12 meses (Tabla 2.2/ Tabla 2.5).

En relación a las prácticas sexuales y a la satisfacción sexual, de los 22 encuestados que refirieron haber mantenido prácticas sexuales en los últimos 12 meses, 11 refirieron haber sentido "siempre" satisfacción sexual durante las mismas, 9 dijeron haberla sentido "casi siempre", 1 "a veces", y 1 dijo "nunca" haberla sentido (tabla 2.5). En cuanto a la revelación del diagnóstico de VIH, de los 22 encuestados que dijeron haber tenido prácticas sexuales en los últimos 12 meses, 20 respondieron haber compartido su diagnóstico con alguna persona alguna vez, 1 no lo compartió y 1 no respondió la pregunta. En relación a la revelación del diagnóstico de VIH a sus compañeros sexuales en los últimos 12 meses, de los mismos 22 encuestados, 7 respondieron haber compartido "siempre" el mismo, 3 refirieron compartirlo "casi siempre", 3 "a veces", 1 "casi nunca" y 8 refirieron "nunca" haberlo contado. En cambio, de los 3 encuestados que refirieron no haber mantenido prácticas sexuales en los últimos 12 meses, 2 refirieron haber compartido su diagnóstico con terceros y 1 refirió no haberlo compartido con nadie (Tabla 2.3 / Tabla 2.5).

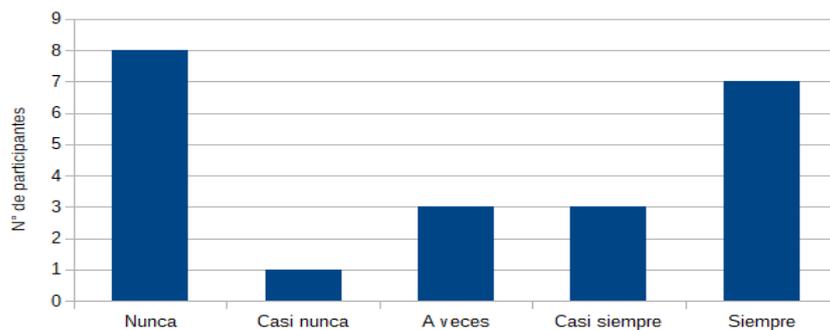
Revelación del diagnóstico a terceros en participantes que mantuvieron prácticas sexuales en los últimos 12 meses

Gráfica 1



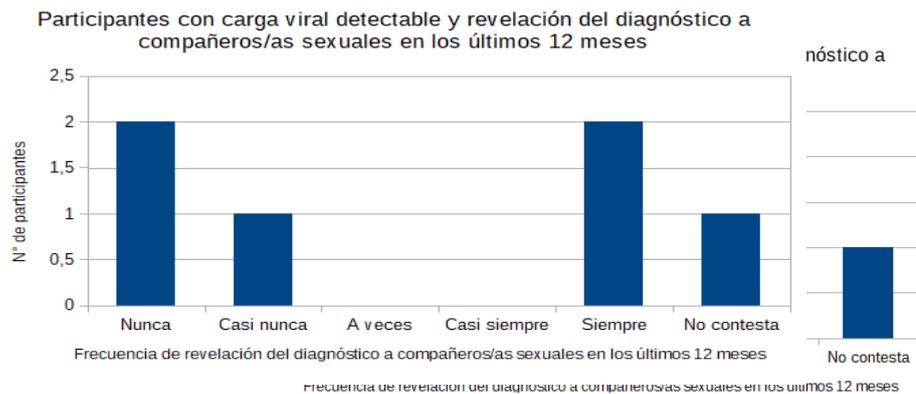
Revelación del diagnóstico a compañeros/as sexuales en participantes que mantuvieron prácticas sexuales en los últimos 12 meses

Gráfica 2



Observamos que de 17 encuestados con carga viral indetectable 14 le comunicaron el diagnóstico a su pareja y solo 3 no lo comunicaron, no siendo posible discriminar si estos últimos tienen o no una pareja estable. Por otra parte objetivamos que 6 de los 17 encuestados “nunca” comunica a sus compañeros sexuales y 4 lo comunica “a veces”. Por otro lado, los participantes con carga viral detectable (6), 4 refirieron haber revelado el diagnóstico a su pareja. En cuanto a la revelación del diagnóstico a compañeros/as sexuales, quienes contaron tener carga viral detectable, 2 refirieron contarle “siempre”, 1 “casi nunca”, 2 “nunca” y 1 no respondió la pregunta (Tabla 2.2/ Tabla 2.3).

**Gráfica 3**



**Gráfica 4**



En cuanto a la revelación del diagnóstico a terceros y la discriminación por el diagnóstico del VIH, se encontró que de los 22 participantes que dijeron haberlo contando a alguna persona, 7 refirieron sentirse discriminados por su diagnóstico de VIH en los últimos 12 meses. Mientras que estos 7 participantes que mencionaron sentirse discriminados, 2 “siempre” habían comunicado su diagnóstico a sus compañeros/as sexuales en los últimos 12 meses, 2 “casi siempre”, 2 “a veces” y 1 “nunca”(Tabla 2.3/ Tabla 2.4).

En relación a la frecuencia con que se han sentido discriminados 1 encuestado respondió “casi siempre”, 3 “a veces”, 6 “casi nunca”, 13 personas “nunca” y 2 no contestaron a la pregunta. A su vez de aquellos participantes que respondieron “casi siempre”, “a veces” y “casi nunca” se evidenció que refieren haberse sentido discriminados en los siguientes espacios: Centro de salud, trabajo y familia. Siendo Centro de salud la respuesta más frecuente (Tabla 2.4).

En cuanto a la discriminación/estigma, 7 entrevistados han sido discriminados por su diagnóstico de VIH positivo, 17 no han sido discriminados y una persona no contestó la pregunta. De aquellos que contestaron afirmativamente 4 participantes contestaron que "casi siempre" han sentido satisfacción sexual en sus prácticas sexuales y 3 "siempre" (Tabla 2.4/ Tabla 2.5).

### **Nota de diario de campo:**

Si bien los resultados de nuestro estudio fueron cuantitativos por el instrumento utilizado, durante el desarrollo del mismo surgieron comentarios al culminar las respectivas aplicaciones que consideramos relevantes ya que los mismos reflejan la necesidad de realizar este tipo de investigaciones debido al impacto que la infección del VIH genera en la vida sexual de las personas. Una participante mencionó sentir como una carga o como una mochila su diagnóstico y la responsabilidad de tener que contarle a futuros compañeros/as sexuales, "...siento miedo de conocer a alguien nuevo y que me rechace o me discrimine por mi diagnóstico...". Otro participante refirió que cuando fue diagnosticado sentía falta de deseo sexual pero luego al obtener información sobre el VIH/SIDA pudo "...romper el estigma..." y tiempo después logró sentirse igual que antes de su diagnóstico frente a las prácticas sexuales. En otra instancia, en relación al momento de confirmación del diagnóstico de VIH un encuestado mencionó, "...cuando me dijo que tenía VIH quería salir y tirarme abajo de un ómnibus". Por otro lado un participante que había sido diagnosticado con VIH hacía un mes comentó estar esperando tener carga viral indetectable para volver a mantener prácticas sexuales. En otra entrevista, un participante refirió haber sentido miedo de mantener prácticas sexuales con su pareja luego de haber recibido el diagnóstico de infección por VIH.

### **DISCUSIÓN:**

De los hallazgos del presente trabajo consideramos importante destacar que, de la muestra encuestada, 21 son hombres y 16 se identificaron como homosexuales, estos resultados son similares a los obtenidos en los trabajos de la región y el mundo, los cuales informan que la prevalencia es mayor en poblaciones específicas como se menciona en el informe epidemiológico del ministerio de salud pública publicado en julio de 2019. Dicho informe revela que la prevalencia de VIH en poblaciones específicas, donde se incluyen a los varones gay, es mayor al 5%, no así en población heterosexual en la cual es menor al 1%. (8). Estos hallazgos refuerzan la idea de que el género actúa como determinante social de la salud, existiendo una asociación entre el modelo hegemónico de masculinidad y factores que aumente el riesgo de contraer VIH. Siendo esperable que los hombres ejerzan su sexualidad sin demasiada censura que los expone constantemente a situaciones de riesgo. (10)

En la muestra estudiada se observó que de los 6 participantes no nacidos en el Uruguay, 4 (16,6%) de ellos tenían un diagnóstico hacía menos de 12 meses, lo que se asemeja a la tasa de nuevos diagnósticos en el año 2018 de casos de nacionalidad extranjera (8,4%). (8)

En relación al conocimiento de las vías de transmisión de VIH y la frecuencia con la que reciben información de las mismas en los servicios de salud, la mayoría de los encuestados fueron considerados como con conocimiento y contestaron haber recibido información frecuentemente. A pesar de esto, se observó que un pequeño porcentaje refirió no haber recibido nunca o casi nunca información, esto marca una brecha entre las capacitaciones disponibles realizadas en el último tiempo para alcanzar las metas sanitarias establecidas y la información comunicada.

En cuanto a los hallazgos descritos acerca del conocimiento de las vías de transmisión y la frecuencia de uso de métodos de barrera observamos que, entre los participantes que fueron considerados con desconocimiento no se encontró predominancia de determinada frecuencia de uso de métodos de barrera durante las prácticas sexuales. En cambio, en los individuos clasificados como con conocimientos, existió un mayor número de encuestados que indicaron una frecuencia de “casi siempre” y “siempre” del uso de métodos de barrera, respecto a los que respondieron “a veces” o “nunca”. La mayor frecuencia de uso de estos métodos en el grupo con conocimiento de las vías de transmisión concuerda con la idea de que la falta de información es un obstáculo bien conocido para el uso de métodos de barrera (10). Si bien en el grupo con desconocimiento no se halló una menor frecuencia en su uso, esto puede explicarse por el bajo número de individuos que fueron clasificados como con desconocimiento de las vías de transmisión, con la consecuente baja probabilidad de encontrar variaciones.

Además, no se encontraron diferencias en la frecuencia de uso de métodos de barrera entre los sujetos con carga viral detectable e indetectable. En ambos casos la frecuencia “casi siempre” y “siempre” fue la más indicada, pero también existió un porcentaje que indicó “nunca” usar algún método de barrera en cualquiera de los dos casos. Esto podría explicarse por el hecho de que, a pesar del conocimiento extendido de que los métodos de barrera son necesarios para prevenir la transmisión sexual del VIH, su uso suele percibirse como una barrera para la intimidad, interfiriendo con el placer sexual y la satisfacción que pueden llevar a su difícil aceptación. (15)

En cuanto a la relación de las frecuencias de uso de métodos de barrera en las prácticas sexuales y la frecuencia en que las personas comunican su diagnóstico de VIH positivo a sus compañeros sexuales en los últimos 12 meses, encontramos que la mayoría de los que usan “siempre” métodos de barrera, “nunca” comunican su diagnóstico a compañeros/as sexuales, y que en los que “casi

siempre” utilizan métodos de barrera existe una frecuencia similar entre las respuestas “siempre” y “nunca”. Esta conducta es concordante con lo expresado en el artículo "No quiero que me rechacen": Experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres” el cual expresa “La mayoría de los participantes señaló que discutir sobre el estado serológico no es una conducta usual que ocurra con las parejas sexuales. En un encuentro sexual ocasional ellos no lo suelen preguntar, así como prefieren que a ellos no se les pregunte. El principal motivo por el cual prefieren no comunicar su seroestatus es que no creen necesario hacerlo si se utiliza condón en las relaciones sexuales” (17).

Consideramos que estos hallazgos respecto al porcentaje de participantes que refirieron nunca usar métodos de barrera está condicionado por aspectos conductuales, uno de ellos se relacionan con los niveles de homofobia y transfobia internalizados que llevan a la falta de autocuidado y cuidado de los otros. (10).

En cuanto a la fecha del diagnóstico y el deseo sexual, la mayoría de los participantes que respondieron haber sentido deseo sexual durante su práctica sexual en los últimos 12 meses, contestaron tener un diagnóstico mayor a 12 meses. En cambio, en los 4 participantes que manifestaron no sentir deseo sexual se demostró que 2 tenían un diagnóstico menor a 6 meses y 2 mayor a 12 meses. En estudio similares se encontró que durante los primeros momentos posteriores al diagnóstico la mayor parte experimentó cambios significativos en su sexualidad. En este mismo estudio se revela que la mayoría vivió periodos de abstinencia, en algunos casos de fuerte aislamiento, hasta comenzar un lento reinicio de su sexualidad (18). Esta relación se ve reafirmada por los comentarios realizados por los entrevistados. Como se mencionó anteriormente, uno de ellos refirió ausencia de deseo sexual luego del diagnóstico pero con el paso del tiempo y luego de informarse acerca de la infección por VIH, su diferencia con el SIDA, pudo volver a realizar sus prácticas sexuales como antes del diagnóstico.

En relación a la carga viral, de los participantes con carga viral indetectable (17), 82,3% mencionaron haber contado el diagnóstico a su pareja alguna vez. En el restante porcentaje de los casos donde los participantes con carga viral indetectable no comunicaron su diagnóstico a su pareja, no pudimos discriminar si esto se debió a que no tenían pareja o a que no se lo habían comunicado a la misma, debido a que nuestra unidad de análisis se centró en parejas sexuales y no en vínculos de parejas, ya que se priorizó el plano sexual frente al afectivo. Por otra parte, en la revelación del diagnóstico a compañeros/as sexuales en el grupo de individuos con carga viral indetectable encontramos que 6 refirieron “nunca” haberlo comentado, frente a 4 que refirieron

contarlo “siempre”). Estos resultados parecen concordar con los obtenidos en otros estudios donde se expresa que la baja carga viral es una razón para no revelar el diagnóstico (19).

La mayor frecuencia de revelación del diagnóstico de VIH a las parejas, frente a la revelación del mismo a compañero/as sexuales puede explicarse también porque en encuentros sexuales ocasionales no suele considerarse necesario contarlos. (20) En otro estudio se menciona que la mayoría de quienes viven con VIH indicaron mantener relaciones sexuales protegidas y ser selectivos con la información que revelan en el caso de mantener relaciones ocasionales.(18).

Encontramos una relación positiva entre los encuestados que dijeron haber tenido prácticas sexuales en los últimos 12 meses y entre quienes compartieron su diagnóstico con alguna persona alguna vez. En las encuestas observamos que 90,9% de quienes mantuvieron prácticas sexuales habían revelado su diagnóstico a terceros. En cambio, en quienes no mantuvieron prácticas sexuales el porcentaje hallado fue menor, 66,6% habían compartido su diagnóstico con alguna persona alguna vez. Esto coincide con trabajos que mencionan que compartir el diagnóstico de infección por VIH tiene una serie de consecuencias potencialmente positivas, y que la ansiedad relacionada a la preocupación de la divulgación del mismo podría tener un efecto negativo para quienes viven con VIH en el contexto de sus relaciones interpersonales.(21)

Se evidenció que de los 22 encuestados que revelaron su diagnóstico a alguna persona, 7 (31,8%) mencionaron sentirse discriminados por el mismo en el último año. De estos 7, 6 habían revelado su diagnóstico de VIH a un compañero/a sexual en los últimos 12 meses. Estos hallazgos se apoyan en diferentes estudios, por ejemplo en (agregar nombre del artículo) se afirma que la divulgación del diagnóstico del VIH expone a las personas al posible rechazo y discriminación. (21)

Esta relación también se ve apoyada por comentarios que surgieron de parte de los entrevistados durante la investigación, como es el caso de la participante que refirió temor frente a la posibilidad de ser rechazada o discriminada al contar su diagnóstico de VIH en futuras relaciones.

A diferencia de lo que se menciona en el artículo: *Stigma on the Streets, Dissatisfaction in the Sheets: Is Minority Stress Associated with Decreased Sexual Functioning Among Young Men Who Have Sex with Men?*, donde se hace referencia a que “El estigma internalizado permaneció asociado negativamente con la satisfacción global, mientras que la aceptación percibida del vecindario permaneció positivamente asociada con la satisfacción del orgasmo”; en nuestros hallazgos se objetivó que aquellos sujetos que mayormente se sintieron discriminados, refirieron haber sentido satisfacción sexual durante sus prácticas sexuales "siempre" y "casi siempre" (22).

En cuanto a los resultados obtenidos en las preguntas referidos al autoerotismo, creemos que posiblemente existió un sesgo en el patrón de respuestas a causas de las representaciones negativas que aún existen sobre las prácticas masturbatorias.

En cuanto a la frecuencia con la que los encuestados refieren haber sentido discriminación en el último año, diez la han experimentado en Centros de Salud. En (...) se encontró que la mayoría de los trabajadores de la salud consideraron que no tenían las habilidades adecuadas para prestar servicios de manera efectiva a hombres gay y solicitaron capacitación para mejorar sus habilidades clínicas. Teniendo en cuenta que de nuestra muestra 16 se identificaron como homosexuales, esto puede tener relación con la frecuencia y el lugar donde refieren haberse sentido discriminados. (23). Este fenómeno se conoce como discriminación múltiple, situación en la que una persona sufre discriminación por más de un motivo, dando lugar a un trato desigual entre los diferentes grupos de usuarios dentro de la asistencia sanitaria (24).

### **CONCLUSIONES:**

Se destaca que esta investigación sobre la vida sexual de adultos jóvenes con un diagnóstico de VIH positivo es la primera de su tipo en realizarse en Uruguay.

Mediante los hallazgos que encontramos en el transcurso de nuestro proyecto podemos concluir que la revelación del diagnóstico de la infección por VIH pareciera ser un condicionante para el mantenimiento de una vida sexual saludable en los adultos jóvenes que participaron en este estudio. Se observó una mayor cantidad de participantes que mantuvieron prácticas sexuales y habían revelado su diagnóstico, que los que no lo habían revelado nunca.

Al mismo tiempo, la revelación del diagnóstico a terceros y/o compañeros sexuales expone a quienes viven con VIH a la posibilidad de ser discriminados y/o rechazados.

También concluimos que podría existir una relación entre tener un diagnóstico de VIH positivo y estar expuesto a situaciones de discriminación en diferentes ámbitos e instituciones, destacándose que la vulnerabilidad que presentan estos individuos en los servicios de salud sigue siendo elevada, posiblemente vinculada a la múltiple discriminación.

Esperamos que este primer trabajo que nos acerca al conocimiento de cómo viven su sexualidad los adultos jóvenes con un diagnóstico de VIH positivo, sea el puntapié para próximas investigaciones, debido a la importancia y al desconocimiento que existe sobre esta temática. Sugerimos que en el futuro se profundice en el resto de los condicionantes que podrían influir en

el mantenimiento de una vida sexual saludable, ya que en el presente estudio fue imposible concluir significativamente por el bajo número muestral.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. MSP. Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y. 2009;118.
2. Van Der Straten A, Vernon KA, Knight KR, Gómez CA, Padian NS. Managing HIV among serodiscordant heterosexual couples: Serostatus, stigma and sex. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 1998;10(5):533–48.
3. P F. *Medicina Interna*. Elsevier, editor. Barcelona España; 2012. 2543 p.
4. CDC. Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) -- United States [Internet]. 1982. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.htm>
5. Mundiales E, El S. ONUSIDA datos estadísticos 2018. 2019;1–7.
6. OPS ONU SIDA. Prevención de la infección por el VIH bajo la LUPA. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Vol. 1. Washington DC; 2017.
7. Schenck M. Policlínicas inclusivas. 2016;186. Available from: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/policlinicasinclusivas.pdf>
8. Divisi S. Día nacional del VIH / SIDA. 2019;
9. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *Hum Reprod Program* [Internet]. 2013; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
10. [guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf](#).
11. Bahamón M, Viancha M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol desde ....* 2014;31.
12. Caliarì JDS, Teles SA, Reis RK, Gir E. Factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH. 2017;1–7.
13. Talley AE, Bettencourt BA. A relationship-oriented model of HIV-related stigma derived from a review of the HIV-affected couples literature. *AIDS Behav*. 2010;14(1):72–86.

14. Geraldo B, Souto A, Kiyota LS, Bataline MP, Bor- MF, Boni S, et al. O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana \* The sex and the sexuality in carriers of the human immunodeficiency virus. 2009;188–91.
15. Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: O impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do hiv/aids. Rev da Esc Enferm. 2010;44(3):759–65.
16. Miranda Gómez O, Nápoles Pérez M. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Cuba Med Mil. 2009;38(3–4):63–72.
17. Fernández-Dávila P, Morales-Carmona A. "No quiero que me rechacen": Experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. Escritos Psicol / Psychol Writings. 2014;7(2):44–55.
18. Villar M, Tutora S, Fern IL. las personas con VIH. 2012;
19. Bairan A, Taylor GAJ, Blake BJ, Akers T, Sowell R, Mendiola R. A model of HIV disclosure: Disclosure and types of social relationships. J Am Acad Nurse Pract. 2007;19(5):242–50.
20. Sánchez IG. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit [Internet]. 2004;18. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500007)
21. Evangeli M, Wroe AL. HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. AIDS Behav. 2017;21(1):1–11.
22. Dennis H TA. Stigma on the Streets, Dissatisfaction in the Sheets: Is Minority Stress Associated with Decreased Sexual Functioning Among Young Men Who Have Sex with Men? J Sex Med [Internet]. 2019;16(2):267–77. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609518313845>
23. Tucker JD, Meier BM, Devoto C, Szunyogova E, Baral S. Sexual health and human rights: protecting rights to promote health. BMC Infect Dis. 2019;19(1):4–7.
24. Uni L, Derecho E. Discriminación múltiple en la asistencia sanitaria. 2013;1–4.

**Agradecimientos:**

Queremos agradecer a la Cátedra de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela y al Instituto de Psicología de la Salud de Facultad de Psicología por cedernos

el espacio físico para reunirnos; a COSEM, La Española e Instituto de Higiene por permitirnos llevar a cabo la realización de las encuestas en sus centros.

### **ANEXO 1: Encuesta**

#### Datos socio-demográficas:

1. Sexo asignado al nacer:

Hombre

Mujer

Otro \_\_\_\_\_

2. Identidad de Género:

Cis género masculino

Cis género femenino

Transgénero masculino

Transgénero femenino

3. Orientación sexual:

Homosexual

Bisexual

Heterosexual

Otro \_\_\_\_\_

4. Edad: \_\_\_\_\_

5. Principal ascendencia étnica racial:

Blanco

Afrodescendiente

Indígena

Mestizo

Otro \_\_\_\_\_

6. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

7. Barrio de residencia: \_\_\_\_\_

8. Estado civil:

Soltero

Casado

Viudo/a

Unión de hecho

Unión concubinaria

9. Máximo nivel educativo alcanzado:

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Terciaria completa

Terciaria incompleta

10. Ocupación:

Si

No

Variables biológicas:

1. Fecha diagnóstico:

0 a 6 meses

6 a 12 meses

Mayor a 12 meses

2. Carga Viral:

Detectable

Indetectable

3. En los últimos 12 meses, usted ha tomado su medicamento:

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

Conocimiento del usuario sobre su enfermedad:

1. Usted alguna vez ha compartido su diagnóstico con alguna persona?

Si

No

No contesta

2. ¿A quiénes de las siguientes personas usted ha compartido el diagnóstico antes mencionado?

Padre

Madre

Hermano

Hermana

Amigo

Amiga

Abuelo

Abuela

Pareja

Compañero del trabajo/liceo/universidad

Compañera del trabajo/liceo/universidad

Equipo de salud

Otro \_\_\_\_\_

3.Cuál de las siguientes vías de transmisión usted considera correcto:

Compartir mate

Compartir jeringas

Coito anal

Picadura de mosquitos

Besos

Coito vaginal

Compartir ropa de cama

Transmisión vertical (Madre-hijo durante el embarazo)

Lactancia

Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Con qué frecuencia usted ha consultado o recibido información vinculada a las vías de transmisión de VIH en los servicios de salud?:

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

5. ¿En qué otros espacios usted ha recibido información y/o consultado sobre el VIH y sus vías de transmisión?:

Institución educativa

Trabajo

Hogar

Internet

Comunidad

Medios de comunicación

Vida sexual:

1. En los últimos 12 meses usted ¿ha tenido el deseo de mantener la práctica sexual con alguna persona?:

Si

No

2. En los últimos 12 meses, usted ha tenido el deseo de tener prácticas sexuales con:

Hombres

Mujeres

Ambos

3. ¿Usted ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?:

Si

No

4. En los últimos 12 meses, usted ha mantenido relaciones sexuales con:

Hombres

Mujeres

Ambos

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted ha utilizado algún método de barrera en sus prácticas sexuales?:

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

6. Cuáles ha utilizado? Marque todas las que corresponda.

Preservativo masculino

Preservativo femenino

Campo látex

7. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia, usted ha comunicado a sus compañero/a sexuales su diagnóstico de VIH positivo?:

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

8. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia, usted sentido satisfacción sexual en sus prácticas sexuales?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

9. En los últimos 12 meses, usted ¿ha deseado masturbarse?

Si

No

10. En los últimos 12 meses, usted ¿Se ha masturbado?

Si

No

Discriminación/ Estigma:

1. En los últimos 12 meses, Usted ¿cree que ha sido discriminado por su diagnóstico de VIH positivo?

Si

No

2. ¿Con qué frecuencia?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

3. ¿En qué espacio usted se ha sentido discriminado?

Familia

Institución educativa

Centro de salud

Trabajo

4. En relación a la pregunta anterior ¿Con que frecuencia usted se ha sentido discriminado?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

5. ¿A qué actor de los siguientes identifica como principal agente discriminador?

Madre-Padre

Amigo/as

Compañero/a de trabajo/estudio

Conocido/a

Desconocido/a

Médico/a

Profesor/a

Otro

## **ANEXO 2: Operacionalización de las variables**

Edad.

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del individuo hasta la actualidad.
- Operacionalización: Edad declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cuantitativa continua, utilizada como discreta
- Categorías: 20 a 30 años.

Nivel educativo:

- Definición conceptual: Nivel de educación más alto que la persona ha alcanzado.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa ordinal.
- Categorías: De primaria incompleta hasta universitario completo.

Ocupación:

- Definición conceptual: Aquel que se ampara bajo un contrato de trabajo entre empleador y empleado, y es sujeto a los impuestos correspondientes.
  - Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
  - Escala de medición: Cualitativa nominal.
  - Categorías: trabaja; no trabaja
- Sexo designado al nacer:

- Definición conceptual: Diferencias biológicas y genéticas entre varones y mujeres; machos y hembras

Intersexual: personas que nacen con características biológicas de ambos sexos y que por sus características cromosómicas, gonadales y/o genitales desafían los criterios binarios de clasificación médicos jurídicos macho y hembra.

- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: Hombre; mujer; otros.

Identidad de género:

- Definición conceptual: Construcción social de los roles que establece pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres.

- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: Cis género masculino; Cis género femenino; Transgénero masculino; Transgénero femenino.

Orientación sexual:

- Definición conceptual: Hacia qué género orienta la persona su deseo erótico afectivo:

-Orientación homosexual: orientación del deseo erótico afectivo de una persona hacia personas de su mismo género.

-Orientación heterosexual: orientación del deseo erótico afectivo de una persona hacia personas del género opuesto.

-Orientación bisexual: orientación del deseo erótico afectivo de una persona hacia personas de ambos sexos

- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.

- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: Homosexual; Bisexual; Heterosexual; Otros
- Ascendencia racial:
- Definición conceptual: Cada uno de los cuatro grandes grupos étnicos en que se suelen dividir la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas, como el color de la piel o el cabello, que se transmiten por herencia de generación en generación.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: Blanco; Afrodescendiente; otros
- Lugar de nacimiento:
- Definición conceptual: sitio geográfico que refiere el entrevistado.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: El/la entrevistado/a podrá redactar la respuesta en un campo libre.
- Barrio de residencia:
- Definición conceptual: lugar geográfico en el que refiere residir el entrevistado
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: El/la entrevistado/a podrá redactar la respuesta en un campo libre.
- Estado civil:
- Definición conceptual: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Categorías: Soltero, Casado, Viudo/a, Unión de hecho, Unión concubinaria
- Fecha diagnóstico:
- Definición conceptual: Fecha en la cual el entrevistado refiere haber sido informado de que posee la infección por VIH.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa ordinal
- Categorías: 0 a 6 meses, 6 a 12 meses, Mayor a 12 meses
- Carga viral:

- Definición conceptual: cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa nominal
- Categorías: Si, No  
Adherencia al tratamiento:
- Definición conceptual: toma de medicamentos de acuerdo a con la dosificación y el programa descrito.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa ordinal
- Categorías: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre  
Divulgación del diagnóstico:
- Definición conceptual: el entrevistado ha revelado la información sobre su diagnóstico.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Si, no, no contesta  
Persona a quien ha divulgado el diagnóstico:
- Definición conceptual: personas quienes el entrevistado ha referido haber revelado su diagnóstico.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Padre, Madre, Hermano, Hermana, Amigo, Amiga, Abuelo, Abuela, Pareja, Compañero del trabajo/liceo/universidad, Compañera del trabajo/liceo/universidad, Equipo de salud, Otro.  
Vías de transmisión:
- Definición conceptual: es el mecanismo por el que una enfermedad trasmisible pasa de un hospedero a otro.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Compartir mate, Compartir jeringas, Coito anal, Picadura de mosquitos, Besos, Coito vaginal, Compartir ropa de cama, Transmisión vertical (Madre-hijo durante el embarazo), Lactancia, Otros.  
Frecuencia con que recibe la información de vías de transmisión:

- Definición: Cuan a menudo el entrevistado refiere haber recibido información sobre la vías de transmisión.
  - Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
  - Escala de medición: Cualitativa ordinal
  - Categorías: Nunca , Casi nunca , A veces , Casi siempre ,Siempre
- Espacio donde ha recibido la información:

- Definición: lugar físico donde el entrevistado refiere haber recibido información sobre las vías de transmisión de VIH
  - Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
  - Escala de medición: Cualitativa ordinal
  - Categorías: Institución educativa, Trabajo, Hogar, Internet, Comunidad, Medios de comunicación
- Libido:

- Definición: es una emoción que impulsa a la búsqueda de contacto e interacción sexual.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Si, no

Destinatario del deseo sexual:

- Definición: hacia quienes el entrevistado/a ha referido sentir deseo sexual, en los últimos 12 meses
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Hombre, mujeres, ambos.

Relación sexual en los últimos 12 meses:

- Definición: es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distintos sexo o del mismo.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Si, no

Personas con quien ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 12meses:

- Definición: Personas con las que el entrevistado refiere haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 12meses.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.

- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Categorías: Hombre, mujer, ambos.  
Frecuencias de uso de métodos de barrera:
- Definición: Cuan a menudo el entrevistado refiere haber utilizado dispositivos mecánicos que se aplican sobre el aparato genital para impedir el contacto directo de las secreciones y mucosas, en los últimos 12 meses.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa ordinal
- Categorías: Nunca , Casi nunca , A veces , Casi siempre , Siempre  
Tipo de métodos de barrera:
- Definición: tipos de métodos de barrera que el entrevistado/a refiere haber utilizado.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa nominal
- Categorías: preservativo masculino, femenino y campo de látex  
Frecuencia de revelación del diagnóstico de VIH a compañeros sexuales, en los últimos 12 meses.
- Definición: cuan a menudo el entrevistado refiere haber revelado su diagnóstico de VIH a las personas con quienes mantuvo relaciones sexuales, en los últimos 12 meses .
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa ordinal
- Categorías: Nunca , Casi nunca , A veces , Casi siempre , Siempre  
Frecuencia de satisfacción sexual en los últimos 12 meses:
- Definición: cuan a menudo el entrevistado ha experimentado una respuesta afectiva y emocional surgida de la evaluación de las interacciones sexuales personales y de la percepción de la consumación del deseo erótico, en los últimos 12 meses.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa ordinal
- Categorías: Nunca , Casi nunca , A veces , Casi siempre , Siempre  
Deseo de masturbación:
- Definición: el entrevistado refiere haber deseado llevar a cabo la auto-estimulación de sus zonas erógena en los últimos 12 meses.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa nominal

- Categorías: Si, no  
Práctica de masturbación:
- Definición: el entrevistado refiere haber realizado la auto-estimulación de sus zonas erógena en los últimos 12 meses.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa nominal
- Categorías: Si, no  
Percepción de discriminación por seropositividad:
- Definición: el entrevistado refiere haber percibido un trato desigual y perjudicial debido a su infección por VIH, en los últimos 12 meses.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa nominal
- Categorías: Si, no  
Frecuencia de percepción de discriminación por seropositividad:
- Definición: cuan a menudo el entrevistado refiere haber percibido un trato desigual y perjudicial debido a su infección por VIH.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa ordinal
- Categorías: Nunca , Casi nunca , A veces , Casi siempre , Siempre  
Vínculo en donde percibió la discriminación:
- Definición: vínculo en el cual el entrevistado percibió haber recibido un trato desigual y perjudicial debido a su infección por VIH.
- Operacionalización: Información declarada por el/la entrevistado/a.
- Escala de medición: cualitativa nominal
- Categorías: Madre-Padre, Amigo/as, Compañero/a de trabajo/estudio, Conocido/a, Desconocido/a, Médico/a, Profesor/a, Otros.

### **Anexo 3:**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE**

Proyecto “La vida sexual de los adultos jóvenes con un diagnóstico de VIH positivo”.

Investigadores responsables: Prof. Agda. Dra Zaida Arteta y Lic. Psi. Gonzalo Gelpi

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, de la Facultad de Medicina, UdelaR.

Estudiantes que participan: Magella Correa, Cecilia Cukier, Belén Curiel, Dahiana Cunha, Romina D’Amato, Kensei Sakurai .

Firmas de investigadores responsables:

.....  
.....

Prof. Agda. Dra Zaida Arteta . Psi. Gonzalo Gelpi

E-mail: zaidaarteta@gmail.com E-mail: ggelpi@psico.edu.uy

Teléfono: 24876981

**El objetivo general** de la investigación es conocer y analizar como ejercen su sexualidad los adultos jóvenes de Montevideo que han sido diagnosticados con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) con el fin de detectar los principales obstáculos a los que se enfrentan en su vida sexual cotidiana.

Para participar de la investigación se requerirá que los participantes cumplan los siguientes requisitos: poseer un diagnóstico de VIH positivo con una edad en el rango de entre 20-30 años, excluyendo quienes hayan adquirido la infección por vía materno-fetal.

La presente encuesta será realizada en el ámbito de la consulta infectológica en las mutualistas COSEM, La Española y el Hospital Pasteur, el día en el que los participantes concurren, y, la duración de la misma se estima aproximadamente de 15 minutos. Será voluntaria y se protegerá la intimidad y el secreto de los datos aportados por el participante y de los que se obtendrán durante el estudio, mediante la anonimización de los mismos.

No es una investigación terapéutica, no supone beneficios directos, no dará derecho a ninguna

remuneración ni compensación de carácter económica, cumpliéndose así con las normativas nacionales y las específicas de Facultad de Medicina, UY.

Si en algún momento el participante sintiese el deseo de retirarse de la investigación podrá hacerlo en cualquiera momento que lo desee, sin explicación de causa y sin que esta decisión tenga ninguna repercusión negativa sobre su persona ni sobre la asistencia que le corresponda recibir a futuro.

Mediante la firma de este documento dejo constancia de que participo del mismo por mi libre elección y que acepto participar de la monografía “La vida sexual de adultos jóvenes con un diagnóstico de VIH positivo”.

Por favor, lee atentamente y completa este formulario marcando con una cruz cada uno de los ítems.

He leído y comprendido la hoja de información del presente estudio.

Sí  No

He tenido oportunidad de realizar preguntas en relación con el presente estudio, y en caso afirmativo he recibido respuestas satisfactorias.

Sí  No

Acepto participar voluntariamente en este estudio.

Sí  No

He sido informado/a de los objetivos del estudio

Sí  No

He sido informado/a sobre los criterios de selección de los participantes

Sí  No

He sido informado/a sobre lo que tendré que hacer en este estudio

Sí  No

He sido informado/a sobre los beneficios y posibles riesgos

Sí  No

He sido informado/a que puedo retirarme en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, y que en caso de retirarme, esto no me generará ningún perjuicio.

Sí  No

Firma y aclaración del participante:

Firma y aclaración del investigador: