

Contextualización de los fenómenos emergentes en la transmisión de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en Aragón: prácticas sexuales de riesgo, estrategias preventivas e información a profesionales de salud

Angel Gasch-Gallén¹, Aitor Calvo Arcos¹

¹ Asociación OMSIDA. Zaragoza

E-mail de correspondencia: omsida@omsida.org

RESUMEN

Introducción

La transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), es más frecuente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Es importante conocer las variables que influyen en las prácticas sexuales de riesgo (PSR) y sus características concretas en diferentes entornos. El objetivo fue identificar las características socio-demográficas y PSR de los HSH en Aragón y analizar su relación con el conocimiento y uso de estrategias preventivas y la comunicación con profesionales de salud.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal y de asociación con cuestionario online diseñado *ad hoc*, con preguntas sobre PSR, consumo de sustancias, estrategias preventivas y variables sobre actuación y comunicación con profesionales de salud.

Resultados

Participaron 159 HSH, con una media de edad de 34,9 (DS 11,2). Un 61% realizó PSR con parejas estables y un 54,7% con conocidas en aplicaciones. El 68,6 consumía alcohol y el 7,5% realizó chemsex. El 44% desconocía la profilaxis post-exposición al VIH (PPE), el 46,5% la profilaxis pre-exposición (PrEP) y el 78% las serologías. Entre los que conocían estrategias preventivas, los de 26-49 años se realizaron la prueba del VIH (97,1%; $p=0,015$), los residentes en municipios de mayor tamaño la PrEP (35,9%; $p=0,030$).

Los factores asociados al conocimiento de la posibilidad de realizarse serologías de ITS fueron: tener entre 26-49 (56,7%; $p=0,036$), estudios superiores (61,3%; $p<0,001$) y vivir en pareja (60%; $p=0,054$). Aquellos con estudios universitarios ocultaron información sobre PSR (62,4%; $p=0,022$) a profesionales de salud.

Conclusiones

La edad, tipo de municipio, nivel de estudios y situación de convivencia influyen en PSR y uso de estrategias preventivas. Es necesario contextualizar los fenómenos emergentes en HSH y conocer las características de su comunicación con profesionales de salud.

Palabras clave: VIH; ITS; hombres que tienen sexo con hombres; prácticas sexuales de riesgo; estrategias preventivas; profesionales de salud.

Contextualization of emerging phenomena in the transmission of HIV in men who have sex with men in Aragon: sexual risk practices, preventive strategies and information to health professionals

ABSTRACT

Introduction

HIV and other sexually transmitted infections (STI) are more frequent in men who have sex with men (MSM). It is important to know the variables that influence sexual risk practices (SRP) and their specific characteristics in different settings. The objective was to identify the socio-demographic characteristics and PSR of MSM in Aragón and analyze their relationship with the knowledge and use of preventive strategies and communication with health professionals.

Material and methods

Cross-sectional and associative descriptive study with adhoc online questionnaire, with questions on SRP, substance use, preventive strategies and variables on action and communication with health professionals.

Results

159 MSM participated, mean 34.9 (SD 11.2). 61% performed PSR with stable partners and 54.7% with partners known forma apps. 68.6 % consumed alcohol and 7.5% performed chemsex. 44% did not know post-exposure prophylaxis to HIV (PPE), 46.5% pre-exposure prophylaxis (PrEP) and 78% serology. Among those who knew preventive strategies, those aged 26-49 used the HIV test (97.1%, $p=0.015$), residents in larger municipalities PrEP (35.9%; $p=0.030$).

Factors related to the knowledge of perform serologies of STI were: being 26-49 (56.7%; $p = 0.036$), higher education (61.3%; $p<0.001$) and living with a partner (60%; $p = 0.054$). Those with university studies hid information about SRP (62.4%, $p=0.022$) from health professionals.

Conclusions

Age, type of municipality, level of studies and coexistence situation influence PSR and use of preventive strategies. It is necessary to contextualize the emerging phenomena in MSM and to know characteristics of their communication with health professionals.

Key words: HIV; STI; menwho have sex withmen; sexual riskpractices; preventivestrategies; healthprofessionals.

INTRODUCCIÓN

La transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Estado Español, es más frecuente en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), suponiendo un 54,3% del total de nuevos diagnósticos en el año 2017¹.

Estudios recientes, han identificado que en los últimos años han aparecido nuevas tendencias en cuanto a las prácticas sexuales de riesgo (PSR) de transmisión de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que constituyen ámbitos de preocupación y atención para los estudios epidemiológicos y diseños de intervenciones preventivas y de promoción de salud en los HSH^{2,3}.

Además existen nuevos escenarios y nuevas situaciones en las que se llevan a cabo dichas prácticas y en la actualidad, diversos estudios intentan explicar las razones por las cuáles los hombres que tienen sexo con hombres se involucran en prácticas de riesgo de transmisión de VIH⁴. Entre estas prácticas y nuevas situaciones destacan el *chemsex* o el *bareback*, en las que según las investigaciones, no se emplean métodos preventivos y se promueve el consumo de drogas, favoreciendo la expansión del VIH^{5,6}.

Otros estudios han encontrado relación entre el nivel de estudios y la realización de prácticas de riesgo, destacando la asociación entre bajos niveles de estudios y el aumento del riesgo de realizar dichas prácticas⁷. Un estudio realizado en el Estado Español encontró, entre los factores asociados a la penetración anal no protegida de alto riesgo, que residir en poblaciones de menos de 500.000 habitantes aumentaba el riesgo de realización de estas prácticas⁸.

Para poder desarrollar intervenciones que disminuyan la frecuencia de las prácticas sexuales de riesgo, se ha propuesto la necesidad de analizar la distancia entre las realidades de los HSH y las y los

profesionales de salud, destacando factores como el estigma^{9,10}, la falta de conocimientos¹¹ y el tipo de comunicación establecida¹², que suponen barreras que determinan la atención de los HSH.

En Aragón, la categoría HSH supone un 20,5% de las nuevas infecciones, sin embargo a nivel estatal suponen un 54,3%, según datos de 2017. Otras comunidades como Cataluña o Madrid mantienen números de nuevos diagnosticados en la categoría HSH muy altos, debido principalmente a que las dos grandes ciudades de España tienen una población LGTB más concentrada que otras ciudades o comunidades más pequeñas o con población más dispersa en el territorio, como sucede en Aragón. Más allá de una valoración exclusivamente positiva, estos datos hacen pensar en la necesidad de contextualizar y conocer las características concretas de nuestro entorno. Apenas hay información acerca de estos fenómenos emergentes que facilitan la realización de prácticas de riesgo, las estrategias preventivas y la relación con las y los profesionales de salud en Aragón.

El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre las características socio-demográficas de los HSH en la Comunidad Autónoma de Aragón y la realización de prácticas sexuales de riesgo, conocimientos sobre VIH y otras ITS y uso de estrategias de prevención. Como objetivo secundario, se estudió la asociación entre las características socio-demográficas y la comunicación con las/los profesionales de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para conocer las características socio-demográficas de los HSH en Aragón, las PSR y las estrategias preventivas que éstos conocían, así como el uso de las mismas. También se analizó la relación entre las características de la población de estudio y la percepción de barreras con las y los profesionales de salud.

Se diseñó un cuestionario con preguntas sobre variables socio-demográficas: edad, estudios (desde sin estudios hasta superiores), situación de convivencia (pareja estable, solo, familia, amigos) y tamaño del municipio (menos de 5.000, 5.000 a 20.000 y más de 20.000 habitantes). Se incluyeron preguntas sobre la realización de PSR sin protección (penetración anal sin condón receptiva e insertiva, mamada, beso negro, rimming, fist, feching, douching), el tipo de pareja con el que se realizaban (estable, ocasional, amigo, conocida a través de apps) y el consumo de sustancias (alcohol, otras drogas, chemsex) durante, antes o después de llevar a cabo dichas prácticas. Para este apartado del cuestionario se consultó la bibliografía existente centrada en poblaciones similares de HSH⁸. Se preguntó también sobre si conocían o no la existencia de determinadas estrategias preventivas (prueba del VIH, profilaxis post-exposición (PPE), serologías y profilaxis pre-exposición (PrEP) y en caso de conocerlas, si las habían utilizado. Por último, se incluyeron cinco preguntas para conocer la percepción de los participantes acerca de posibles barreras con las y los profesionales de salud, consultándoles dónde acudirían tras realizar prácticas sexuales de riesgo, así como para conocer su situación serológica y si ocultaban información sobre las prácticas sexuales.

El cuestionario, que fue anónimo y confidencial, se difundió a través de internet, por correo electrónico, en webs de la asociación OMSIDA, *facebook* y aplicaciones móviles, entre los meses de septiembre de 2017 y febrero de 2018. Previamente los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación, especificando que al cumplimentarlo daban su consentimiento para formar parte del estudio.

Para el análisis de los datos recogidos, se realizó un estudio descriptivo con las distribuciones de frecuencias y porcentajes de todas las variables. La variable cuantitativa continua edad, fue analizada mediante media, desviación estándar y rango. Posteriormente,

se llevó a cabo un análisis bivariado para estudiar la asociación entre las variables conocimientos y uso de estrategias preventivas y las variables socio-demográficas. También se realizó un estudio bivariado para analizar la asociación entre las características de la población de estudio y las afirmaciones que realizaron sobre información que daban a profesionales de salud. Se aplicó el test X^2 de Pearson o exacto de Fisher, según el tamaño de los grupos, exigiendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron un total de 159 HSH de entre 16 y 64 años de edad, con una edad media de 34,9 años (DE: 11,2). La mayoría tenían entre 26 y 49 años de edad (65,4%), seguidos de los menores de 26 (22%) y los mayores de 50 (12,6%). El 80,5% vivían en un municipio de más de 20000 habitantes. Como se presenta en la tabla 1, la mayoría de los participantes tenía estudios superiores (58,5%) y el 27% habían completado los estudios secundarios. Un 40,9% vivían solos y un 27% con la familia, seguidos de los que vivían con la pareja estable (25%).

En la tabla 2, se muestra la frecuencia de realización de prácticas sexuales sin ningún tipo de protección. La felación fue la que se realizó en mayor proporción (96,9%), seguida del annilingus (76,1%) y el rimming (74,8%). La penetración anal sin condón receptiva se realizó en un 50,9% y la insertiva en un 52,8% de las ocasiones. Las prácticas sexuales de riesgo, se realizaban en mayor proporción con las parejas estables (61%) seguidas de parejas conocidas a través de las aplicaciones móviles o apps (54,7%). La mayoría de participantes consumía alcohol (68,6%), el 29,6% otras sustancias y un 7,5% realizaba chemsex. De las estrategias preventivas sobre las que se preguntó, se observó que la prueba del VIH era la que más se conocía, con una frecuencia superior al 98,1% y también la posibilidad de realizarse serologías para conocer su estado de salud relacio-

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

		N (%)
EDAD	Hasta 25 años	35 (22)
	26 a 49 años	104 (65,4)
	Más de 50 años	20 (12,6)
ESTUDIOS	Sin estudios	6 (3,8)
	Primarios	17 (10,7)
	Secundarios	43 (27)
	Superiores	93 (58,5)
CONVIVENCIA	Con pareja estable	40 (25,2)
	Solo	65 (40,9)
	Con la familia	43 (27)
	Con amigos	11 (6,9)
MUNICIPIO	<5.000 habitantes	13 (8,2)
	5.000-20.000 hab.	18 (11,3)
	>20.000 habitantes	128 (80,5)

nado con diferentes ITS (78%). Otras estrategias, las conocía menos de la mitad de los participantes, como la PrEP (46,5%) y la profilaxis post exposición al VIH, siendo esta última la menos conocida de todas (44%).

Desconocimiento de estrategias preventivas y su asociación con las características socio-demográficas

De los 159 participantes, un 98,1% conocían la prueba del VIH, un 78% las serologías, un 46,5% la Profilaxis Pre-Exposición para el VIH y 70% la Profilaxis Post-Exposición al VIH (44%). Al estudiar la asociación entre el desconocimiento de estas medidas preventivas y las variables socio-demográficas, encontramos que la edad, los estudios, la situación de convivencia y el tamaño del municipio, se relacionaban con dicho desconocimiento (Tabla 3).

La edad se asoció al desconocimiento de la PrEP, siendo más frecuente en los que tenían menos de 25

años y en los que tenían entre 26 y 49 ($p=0,030$). Esta tendencia, aunque en proporciones inferiores se observó también en el caso del desconocimiento del uso de la serología. Los mayores de 50 años fueron los que en menor proporción desconocían la PrEP, pero desconocían más la existencia de serologías. El nivel de estudios apareció asociado al desconocimiento de la Profilaxis Post-Exposición ($p=0,006$) y también al desconocimiento de la PrEP ($p=0,007$), observándose que a mayor nivel de estudios, menor desconocimiento de ambas estrategias. Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas, los que convivían con pareja estable desconocían la PrEP en menor proporción, seguidos de los que vivían solos o con la familia, mientras que los que vivían con amigos la desconocían en mayor proporción ($p=0,069$). Los participantes que vivían en un municipio entre 5.000 y 20.000 habitantes, desconocían en mayor proporción la existencia de Profilaxis Post-Exposición, seguidos de los que vivían en municipios pequeños ($p=0,007$).

TABLA 2. FRECUENCIA DE PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO, TIPO DE PAREJA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	
	N (%)
Mamada	154 (96,9)
Beso negro	121 (76,1)
Rimming	119 (74,8)
Penetración Anal sin Condón Insertiva	84 (52,8)
Penetración Anal sin Condón Receptiva	81 (50,9)
Douching	30 (18,9)
Fist	16 (10,1)
Felching	15 (9,4)
TIPO DE PAREJA CON LA QUE SE REALIZAN LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	
	N (%)
Estable	97 (61)
Apps	87 (54,7)
Amigo	77 (48,4)
Ocasional	74 (46,5)
CONSUMO DE SUSTANCIAS	
	N (%)
Alcohol	109 (68,6)
Otras drogas	47 (29,6)
Chemsex	12 (7,5)
CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS	
	N (%)
Prueba VIH	156 (98,1)
Serología de ITS	124 (78)
Profilaxis Pre-Exposición para el VIH (PrEP)	74 (46,5)
Profilaxis Post-Exposición al VIH (PPE)	70 (44)

Utilización de las medidas preventivas y su asociación con las características socio-demográficas

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos tras el análisis del conocimiento de medidas preventivas en

relación con las características socio-demográficas. El análisis se realizó con las respuestas de los participantes que conocían estas medidas preventivas, diferenciando entre los que las utilizaron y los que no.

En relación con el uso de la prueba del VIH se encontró que de entre los que la conocían, eran los que

TABLA 3. DESCONOCIMIENTO DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS SEGÚN VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS †

	Prueba VIH (n=3)	PPE (n=82)*	PrEP (n=80)*	Serología de ITS (n=33)*
EDAD				
Hasta 25	1 (2,9)	22 (64,7)	25 (71,4)	9 (25,7)
26 a 49	1 (1,0)	49 (49,5)	47 (47,0)	16 (15,7)
Más de 50	1 (5,0)	11 (57,9)	8 (42,1)	8 (40,0)
	<i>p=0,426</i>	<i>p=0,287</i>	<i>p=0,030</i>	<i>p=0,038</i>
ESTUDIOS				
Sin estudios	–	6 (100)	6 (100)	1 (20)
Primarios	1 (5,9)	13 (81,3)	12 (70,6)	2 (11,8)
Secundarios	–	23 (54,8)	24 (58,5)	8 (18,6)
Superiores	2 (2,2)	40 (45,5)	38 (42,2)	22 (23,9)
	<i>p=0,486</i>	<i>p=0,006</i>	<i>p=0,007</i>	<i>p=0,683</i>
CONVIVENCIA				
Pareja estable	–	18 (46,2)	14 (37,8)	6 (15,4)
Solo	2 (3,1)	35 (56,5)	33 (50,8)	19 (29,2)
Familia	1 (2,3)	23 (56,1)	25 (59,5)	6 (14,0)
Amigos	–	6 (60,0)	8 (80)	2 (20,0)
	<i>p=0,677</i>	<i>p=0,721</i>	<i>p=0,069</i>	<i>p=0,196</i>
MUNICIPIO				
<5.000 habitantes	–	7 (58,3)	8 (66,7)	2 (15,4)
5.000-20.000 hab.	–	14 (77,8)	15 (83,3)	4 (22,2)
>20.000 habitantes	3 (2,3)	61 (50,0)	57 (46,0)	27 (21,4)
	<i>p=0,691</i>	<i>p=0,083</i>	<i>p=0,007</i>	<i>p=0,871</i>

† Valores expresados en N (%)

* Valores perdidos/desconocidos: n=7 en PPE; n=5 PrEP; n=2 Serología de ITS

tenían entre 26 y 49 años los que más la utilizaban ($p=0,015$). De los participantes que conocían la PrEP, la utilizaban en mayor proporción quienes residían en municipios de 5.000 a 20.000 habitantes y de más de 20.000 habitantes ($p=0,030$). El uso de serologías para conocer su estatus ante diferentes ITS, apareció asociado a la edad, el nivel de estudios y la situación de convivencia. Así, la mayor proporción de realización de estas pruebas fueron en jóvenes entre 26 y 49 años ($p=0,036$). Y los que tenían estudios universitarios, seguidos de los que tenían estudios primarios, quedando en menor proporción que los que habían completado los secundarios ($p<0,001$). Conviene señalar que la no utilización de serologías de ITS aumentaba a medida que disminuía el nivel de estudios.

Aunque sin llegar a la significación estadística, encontramos que los participantes que convivían en pareja eran los que más las utilizaban, mientras que aquellos que vivían con los amigos, los que tomaban la decisión de no utilizarlas en mayor proporción ($p=0,054$).

Preferencias sobre servicios de asistencia y comunicación con profesionales de salud

Encontramos relación entre el nivel de estudios y las preferencias de los participantes en cuanto al tipo de servicio al que acudirían para conocer su estado serológico. También entre el nivel de estudios y la posi-

TABLA 4. USO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL CASO QUE SI LAS CONOCIERAN SEGÚN VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS ξ .

	Prueba VIH n=156*		PPE n=70*		PrEP n=74*		Serología ITS n=124*	
	No utiliza	Utiliza	No utiliza	Utiliza	No utiliza	Utiliza	No utiliza	Utiliza
EDAD								
Hasta 25	5 (14,3)	29 (82,9)	10 (28,6)	2 (5,7)	6 (17,1)	4 (11,4)	14 (40)	12 (34,3)
26 a 49	2 (1,9)	101 (97,1)	36 (34,6)	14 (13,5)	36 (34,6)	17 (16,3)	27 (26)	59 (56,7)
Más de 50	-	19 (95)	4 (20)	4 (20)	7 (35)	4 (20)	2 (10)	10 (50)
	$p=0,015$		$p=0,536$		$p=0,177$		$p=0,036$	
ESTUDIOS								
Sin estudios	-	6 (100)	-	-	-	-	4 (66,7)	-
Primarios	2 (11,8)	14 (82,4)	2 (11,8)	1 (5,9)	4 (23,5)	1 (5,9)	7 (41,2)	8 (47,1)
Secundarios	2 (4,7)	41 (95,3)	14 (32,6)	5 (11,6)	12 (27,9)	5 (11,6)	19 (44,2)	16 (37,2)
Superiores	3 (3,2)	88 (94,6)	34 (36,6)	14 (15,4)	33 (35,5)	19 (20,4)	13 (14)	57 (61,3)
	$p=0,502$		$p=0,133$		$p=0,124$		$p<0,001$	
CONVIVENCIA								
Pareja estable	3 (7,5)	37 (92,5)	18 (45)	14 (35)	14 (35)	9 (22,5)	9 (22,5)	24 (60)
Solo	1 (1,5)	62 (95,4)	35 (53,8)	17 (26,2)	20 (30,8)	12 (18,5)	13 (20)	33 (50,8)
Familia	3 (7)	39 (90,7)	23 (53,5)	16 (37,29)	13 (30,2)	4 (9,3)	17 (39,5)	20 (46,5)
Amigos	-	11 (100)	6 (54,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	-	4 (36,4)	4 (36,4)
	$p=0,567$		$p=0,737$		$p=0,108$		$p=0,054$	
MUNICIPIO								
<5.000 habitantes	-	13 (100)	4 (30,8)	1 (7,7)	3 (23,1)	1 (7,7)	4 (30,8)	7 (53,8)
5.000-20.000 hab.	3 (16,7)	15 (83,3)	1 (5,6)	3 (16,7)	-	3 (16,7)	8 (44,4)	6 (33,3)
>20.000 habitantes	4 (3,1)	121 (94,5)	45 (35,2)	16 (12,5)	46 (35,9)	21 (16,4)	31 (24,2)	68 (53,1)
	$p=0,085$		$p=0,184$		$p=0,030$		$p=0,624$	

ξ Valores expresados en N (%)

*Valores perdidos/desconocidos: n=7 en PPE; n=5 PrEP; n=2 Serología de ITS

ble omisión de información a profesionales sanitarios (tabla 5). Los que tenían estudios primarios y secundarios preferían ir a una ONG especializada, mientras que los que no tenían estudios, preferían el uso de este recurso en menor proporción ($p=0,027$). También encontramos relación entre los estudios y el ocultamiento de información sobre las prácticas sexuales, riesgos y otros aspectos sobre sexualidad a los y las profesionales de salud, siendo los que poseían estudios universitarios, los que en mayor proporción habían llevado a cabo este ocultamiento ($p=0,022$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio exploramos las características socio-demográficas de los HSH en Aragón, encontrando que la población que participó mayoritariamente tenía entre 25 y 49 años, estudios universitarios, residía en ciudades grandes y vivían solos. Observamos también que más de la mitad de los participantes realizaba prácticas sexuales sin protección, situación que es consistente con los datos de incidencia de VIH en el estado Español¹. Los HSH aragoneses realizaban prácticas sexuales en mayor proporción con parejas

TABLA 5. PREFERENCIAS SOBRE SERVICIOS DE ASISTENCIA Y COMUNICACIÓN CON PROFESIONALES DE SALUD SEGÚN VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

	P1*	P2**	P3***	P4****	P5*****
EDAD					
Hasta 25	18 (51,4)	19 (54,3)	31 (88,6)	18 (51,4)	18 (51,4)
26 a 49	72 (69,2)	70 (67,3)	99 (95,2)	58 (55,8)	50 (48,1)
Más de 50	13 (65)	15 (75)	20 (100)	13 (65)	35 (75)
ESTUDIOS					
Sin estudios	3 (50)	6 (100)	5 (83,3)a	5 (83,3)	3 (50)b
Primarios	12 (70,6)	8 (47,1)	17 (100)a	6 (35,3)	8 (47,1)b
Secundarios	28 (65,1)	27 (62,8)	43 (100)a	21 (48,8)	15 (34,9)b
Superiores	60 (64,5)	63 (67,7)	85 (91,4)a	57 (61,3)	58 (62,4)b
CONVIVENCIA					
Pareja estable	28 (70)	26 (65)	35 (87,5)	21 (52,5)	17 (42,5)
Solo	38 (58,5)	45 (69,2)	62 (95,4)	41 (63,1)	27 (41,5)
Familia	32 (74,4)	26 (60,5)	42 (97,7)	22 (51,2)	26 (60,5)
Amigos	5 (45,5)	7 (63,6)	11 (100)	5 (45,5)	5 (45,5)
MUNICIPIO					
<5.000 habitantes	8 (61,5)	9 (69,2)	12 (92,3)	7 (53,8)	7 (53,8)
5.000-20.000 habitantes	11 (61,1)	10 (55,6)	17 (94,5)	7 (38,9)	12 (66,7)
>20.000 habitantes	84 (65,6)	85 (66,4)	121 (94,5)	75 (58,6)	56 (43,8)

†Valores expresados en N (%)

P1* Tras una práctica de riesgo, ¿Acudirías al servicio de urgencias?

P2**Para conocer tu estado serológico, ¿Acudirías a tu médico de atención primaria?

P3***Para conocer tu estado serológico, ¿Acudirías a una ONG especializada?

P4****Te sientes cómodo con un profesional sanitario hablando sobre prevención y prácticas sexuales?

P5*****¿Alguna vez has omitido información sobre tu sexualidad a un profesional sanitario cuando te pregunta por riesgos o prácticas sexuales?

a. Diferencias estadísticamente significativas ($p=0,027$)

b. Diferencias estadísticamente significativas ($p=0,022$)

estables y con parejas conocidas a través de las aplicaciones móviles, siguiendo las tendencias actuales¹³. Estos datos señalan, coincidiendo con otros estudios, la importancia de intervenciones para la mejora de la comunicación y toma de decisiones ante la realización de prácticas sexuales, tanto con parejas ocasionales conocidas a través de internet¹⁴ como con parejas estables¹⁵. Nuestros participantes consumían principalmente alcohol cuando tenían prácticas sexuales de riesgo, pero también observamos la presencia de otras sustancias. Identificamos también el fenómeno del chemsex, apenas estudiado hasta la fecha en nuestra Comunidad Autónoma, en una proporción coincidente con otros estudios⁵, lo que nos hace pensar en la ne-

cesidad de seguir recogiendo información sobre este fenómeno de cara a identificar, tanto su frecuencia como los factores influyentes en su práctica. Puesto que los estudios recientes destacan la existencia de este fenómeno en grandes ciudades⁶, parece necesario contextualizar sus dimensiones y analizar las situaciones específicas en los distintos entornos. En Aragón, donde existe un gran número de municipios y ciudades pequeñas, serían interesante saber si se lleva a cabo o no, o si se realiza ocasionalmente pero en ciudades grandes, u otras características como si se hace en entornos privados destinados a tal fin o en entornos domésticos, ya que las necesidades de intervención desde un prisma preventivo serían distintas.

Los resultados de nuestro estudio muestran la relación existente entre las variables socio-económicas y las prácticas sexuales de riesgo, el conocimiento y el uso de medidas preventivas, coincidiendo con otros estudios¹⁵. Es necesario contextualizar las diferentes situaciones que colocan a los HSH en situaciones de mayor vulnerabilidad frente a la realización de prácticas sexuales de riesgo y también frente al conocimiento y uso de estrategias de prevención. Con esto, parece necesario, coincidiendo con otros trabajos, desarrollar investigación y monitorización de cara a incorporar en los programas preventivos respuestas adecuadas a las necesidades específicas de las distintas poblaciones¹⁶. Los participantes más jóvenes desconocían en mayor medida la posibilidad de usar la PrEP y los de entre 25 y 49, las serologías para diferentes ITS. Aunque no hemos encontrado estudios al respecto, podemos pensar en la posible relación existente entre la baja percepción del riesgo y el interés por el uso de este tipo de estrategias¹⁷, lo que indicaría caminos a seguir en el diseño de intervenciones preventivas. No se han encontrado muchos trabajos que se interesen por el análisis de la Profilaxis Post-Exposición al VIH en HSH, aunque algunos ponen de manifiesto la necesidad de mejorar esta intervención remarcando aspectos como la vergüenza que viven las personas que acuden a las consultas, prejuicios del personal sanitario o dificultades en el seguimiento^{18,19}. Es importante destacar el hallazgo observado en este estudio, de que sean los universitarios los que conocen en mayor medida la existencia de esta estrategia y que además, sean los participantes que viven en municipios de hasta 20.000 habitantes, los que más la desconozcan. No disponemos de estudios que relacionen el tamaño del municipio con el conocimiento y uso de estrategias que deberían estar al alcance de la población, siendo este un aspecto muy importante que refleja la realidad de muchas Comunidades Autónomas como es el caso de Aragón.

La prueba del VIH en los HSH que formaron parte del estudio, fue utilizada en mayor medida por los que tenían entre 26 y 49 años, lo que puede indicar la necesidad de actuar para la difusión de la prueba en otros grupos de edad, diseñando intervenciones específicas y adaptadas. A partir de los hallazgos del estudio, cabría ampliar la investigación sobre la relación entre el uso de la PrEP y el tamaño de municipio, reflexionando sobre el acceso, seguimiento y cuidados en la adherencia a este tipo de tratamientos. También es importante tener en cuenta que el uso de la serología que determine la existencia de diferentes ITS que en ocasiones pueden cursar de forma asintomática y que pueden facilitar la transmisión de VIH, se aplica poco y en mayor medida entre quienes tienen estudios universitarios, entre 25 y 49 años y que conviven con parejas estables o solos. Observamos aquí la necesidad de seguir investigando en las relaciones entre la situación de convivencia, la aplicación de medidas preventivas y la realización de prácticas sexuales de riesgo¹⁵.

Los participantes con estudios superiores conocían y utilizarían en mayor medida los servicios de profesionales de salud del sistema público, mientras que quienes tenían otros niveles de estudios preferían utilizar las Organizaciones No Gubernamentales. Esto sugiere la necesidad de establecer medidas de comunicación efectivas entre el trabajo de las organizaciones del tercer sector y los servicios públicos de salud, focalizando la atención en personas con menores niveles de estudios. Esto puede estar relacionado también con el ocultamiento de información sobre sexualidad que, como otros estudios han puesto de manifiesto, demuestra la necesidad de establecer programas específicos de capacitación de las y los profesionales de salud²⁰.

Este estudio tiene varias limitaciones como las propias de un diseño transversal, el hecho de que la información sea recogida de forma voluntaria y las dificultades de acceso a para aquellas personas

que no pudieran disponer de conexión a internet o no tuvieran conocimiento del estudio. Además, se utilizó para la recogida de información un cuestionario no validado y creado específicamente para el presente estudio. Por estas razones, los resultados no pueden ser generalizables. Sin embargo, una de las fortalezas, radica precisamente en la contextualización **que ofrece** este estudio. Aporta datos sobre características propias del lugar en que viven los HSH que han tomado parte en el mismo, gracias al diseño de una herramienta de recogida de información que incluye variables como el tamaño del municipio, el uso de sustancias, lugares de referencia para la solución de problemas derivados de las prácticas sexuales de riesgo, e información que se comparte con profesionales de salud. Esta forma de recogida de información puede servir como instrumento de monitorización de los factores que influyen en la realización de prácticas sexuales de riesgo en HSH contextos específicos, rurales, urbanos y con condicionantes de tipo geográfico y poblacional que pueden determinar el desarrollo de políticas de prevención y promoción de salud en grupos de población vulnerables a la transmisión del VIH y otras ITS.

Como conclusiones destacamos que a partir de este estudio, podemos remarcar la necesidad de contextualizar los fenómenos emergentes sobre transmisión de VIH en HSH, como el *chemsex* y también de identificar las características socio-demográficas que pueden estar influyendo tanto en la realización de prácticas sexuales de riesgo, como en el uso de estrategias preventivas que podrían estar al alcance de la población. La capacitación de las y los profesionales de salud es indispensable en la actualidad, puesto que nos encontramos con situaciones de pérdida de información, falta de comunicación y dificultades a la hora de hablar de sexualidad, prácticas sexuales y mecanismos preventivos en los HSH participantes.

AGRADECIMIENTOS

El estudio fue subvencionado por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón, a través de la convocatoria ORDEN SAN/983/2017, de 29 de junio, por la que se realiza la convocatoria de subvenciones de salud pública para entidades sin ánimo de lucro que desarrollen proyectos de promoción de la salud y prevención de drogodependencias y otras adicciones y proyectos de promoción de la salud y prevención de VIH/Sida, para el año 2017.

REFERENCIAS

1. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf (consulta enero 2018).
2. Berg RC. Barebacking: a review of literature. Arch Sex Behav. 2009; 38(5): 754-64.
3. Herrera MC, Konda KA, Leon SR, Deiss R, Brown B, Calvo GM , et al. Impact of alcohol use on sexual behavior among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. Drug Alcohol Depend. 2016;161:147-54.
4. Jacques Aviñó C, García de Olalla P, Díez E, Martín S, Caylà JA. Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. Gac Sanit. 2015; 29: 252-7.
5. Fernández-Dávila P. "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. Rev Multidisc Sida. 2016; 4:41-65.
6. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Iburguchi L. Aproximación al Chemsex en España 2016. Apoyo Positivo, Imagina Más, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf> (consulta febrero 2018).
7. Millett GA, Peterson JL, Flores SA, Hart TA, Jeffries WL 4th, Wilson PA , et al. Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have

- sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis. *Lancet*. 2012 ; 380:341–8.
8. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Diez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:341–9.
 9. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: ECDC; 2017. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/evidence-brief-impact-stigma-and-discrimination-access-hiv-services-europe> (consulta marzo 2018)
 10. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013; 103: 813–21.
 11. Petroll, A. Mosack, K. Physician awareness of sexual orientation and preventative health recommendations to men who have sex with men. *Sex Trans Dis*. 2011; 38: 63–7.
 12. Bernstein KT, Liu K, Begier E. Attraction disclosure to health care providers among New York City Men: implications for HIV testing approaches. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1458-64.
 13. Phillips G, Magnus M, Kuo I, Rawls A, Peterson J, Jia Y, et al. Use of Geosocial Networking (GSN) mobile phone applications to find men for sex by men who have sex with men (MSM) in Washington, DC. *AIDS Behavior*. 2014; 18: 1630-7.
 14. Schnall R, Travers J, Rojas M, Carballo-Diéguez A. E-Health interventions for HIV prevention in high-risk men who have sex with men: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2014; 16:e134.
 15. Gasch Gallén A, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E. Assessing gender stereotypes and sexual risk practices in men who have sex with men. *Gac Sanit*. 2018; 32: 519-25.
 16. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, de Beltran P, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit*. 2017;31:175–7.
 17. Underhill, K., Guthrie, K.M., Colleran, C. Calabrese SK, Operario D, Mayer KH. Temporal fluctuations in behavior, perceived HIV risk, and willingness to use Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). *Arch Sex Behav*. 2018; 47:2109-21.
 18. Palich R, Martin-Blondel G, Cuzin L, Le Talec JY, Boyer P, Massip P, et al. Experiences of HIV postexposure prophylaxis (PEP) among highly exposed men who have sex with men (MSM). *Sex Trans Infect*. 2017; 93: 493-98.
 19. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2014; 28:2721-27.
 20. Corona E, Arango M. Ampliándonos hacia lo diverso: manual de capacitación sobre salud sexual y diversidad sexual para profesionales de atención primaria en salud. Arlington, VA: recursos de asistencia técnica y apoyo para SIDA se USAID, AIDSTAR-One. 2013. Disponible en: https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/final_lac_training_web.pdf (consulta marzo 2018).