

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS, CON
DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL
PERIODO DE JUNIO-SEPTIEMBRE DE 2011.**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO/A CIRUJANO/A

BONILLA VÁSQUEZ RAFAEL ANDRÉS

FERNÁNDEZ TORO MARÍA HELENA

Director: Dr. Francisco Cornejo.

Asesor metodológico: Dr. Marcelo Placencia.

Quito, 2011.

Dedicatoria

A mi mamá,

porque sin su amor simplemente no sería quién soy.

A mi papá,

porque ahora es más mi amigo que nunca,

y a quién miro hacia arriba.

A mi tío Ricardo, mis tías Cris, Norita y Marete,

porque han sido como padres para mí.

Al Papino y la Mamina,

porque los extraño.

A mi ñaño y mi ñaña,

porque soy feliz de tenerlos.

A María Helena,

porque es mi universo y la razón de mi sonrisa.

Andrés.

Dedicatoria

A Dios porque su voluntad me permitió llegar a esta meta.

A mi padre por darme el más infinito y puro amor, por ser mi ejemplo de valor, honestidad y trabajo. A mi madre, por darme la vida por ser un ejemplo de perseverancia y cariño.

A ellos que me enseñaron a caminar por la vida y querer ser mejor cada día.

A mis hermanos Carlos, David y Josué que son mi alegría, mi orgullo y mi felicidad.

Por su comprensión y su aliento en los momentos más duros.

A Rafael Andrés por enseñarme el valor de la tolerancia, el respeto y el amor, por abrir su corazón y darme todo sin esperar algo a cambio. Por permitirme compartir con él nuestro sueño de ser médicos y la pasión por la vida.

A todos y cada uno de mis maestros ya que sus enseñanzas plasmaron en mí la ciencia y la conciencia sobre mi actuar, sobre mi profesión.

María Helena.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ADN	Ácido desoxirribonucleico.
ARN	Ácido ribonucleico.
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres.
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA.
PSE	Pareja sexual estable.
PSO	Pareja sexual ocasional.
PVV	Personas que viven con el VIH.
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TAR	Terapia antirretroviral
TARMA	Tratamiento antirretroviral de máxima actividad.
TS	Trabajador/a sexual.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

TABLA DE CONTENIDOS

• GLOSARIO DE TÉRMINOS	4
• TABLA DE CONTENIDOS	5
• LISTA DE TABLAS	14
• LISTA DE GRÁFICOS	15
• RESUMEN	18
1. INTRODUCCIÓN	20
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana	23
2.1.1. Epidemiología	23
2.1.1.1. Estadística mundial y de América Latina	23
2.1.1.2. Estadística en el Ecuador	25
2.1.2. Virus de la Inmunodeficiencia Humana	26
2.1.2.1. Estructura del Virus de Inmunodeficiencia Humana	26
2.1.2.2. Replicación del VIH	28
2.1.2.3. Grupos y subgrupos del VIH-1	29
2.1.2.4. Transmisión del VIH	29

2.1.3. Infección primaria del VIH	33
2.1.4. Latencia clínica e infección crónica	36
2.1.5. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	38
2.1.5.1. Definición de caso de SIDA	38
2.1.6. Diagnóstico de la infección por VIH durante las diferentes etapas	42
2.1.6.1. Diagnóstico de la infección aguda	42
2.1.6.2. Diagnóstico de la infección crónica	42
2.1.7. Terapia antiretroviral de máxima actividad	44
2.1.7.1. Objetivos principales de la TARMA	46
2.1.8. Carga viral plasmática	47
2.2. Sexualidad	48
2.2.1. Definición de sexo	48
2.2.1.1. Sexo genético	48
2.2.1.2. Sexo gonadal y desarrollo genital	48
2.2.1.2.1. Desarrollo gonadal masculino	48
2.2.1.2.2. Desarrollo gonadal femenino	49
2.2.1.2.3. Desarrollo de genitales internos	50
2.2.1.2.4. Desarrollo de genitales externos	50

2.2.2. Fisiología del sexo	51
2.2.2.1. Estímulo sexual	51
2.2.2.2. Respuesta sexual	52
2.2.3. Identidad y preferencia sexual	54
2.2.3.1. Identidad de género	54
2.2.3.2. Orientación o preferencia sexual	54
2.2.4. Conductas sexuales de riesgo	55
2.3. Problemática sexual del paciente con VIH	55
2.3.1. Grupos de riesgo	55
2.3.2. Factores sociodemográficos relacionados con la infección y la transmisión del VIH/SIDA	57
2.3.2.1. Género	57
2.3.2.2. Raza	58
2.3.2.3. Estado civil	58
2.3.2.4. Religión	59
2.3.2.5. Nivel de instrucción	59
2.3.2.6. Nivel socioeconómico	59
2.3.2.7. Situación laboral	60

2.3.3. Nivel de información y práctica de conductas sexuales de riesgo	60
2.3.4. Preocupación por la salud, percepción de riesgo y su influencia en la práctica de conductas sexuales de riesgo	61
2.3.5. TARMA y conductas sexuales de riesgo	63
2.3.6. Influencia de las creencias sobre la enfermedad y la TARMA en las conductas sexuales de riesgo	64
2.3.7. La promiscuidad en el contexto de las conductas sexuales de riesgo del paciente con VIH/SIDA	65
2.3.8. Uso de preservativo como medida de prevención de transmisión	66
2.3.8.1. Autoeficacia y uso de preservativo	67
2.3.9. Respuesta inmunológica y conductas sexuales de riesgo	68
2.3.10. Alcohol y drogas como generadores o potenciadores de conductas de riesgo	69
3. JUSTIFICACIÓN	70
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	71
5. HIPÓTESIS	72
6. OBJETIVOS	74
6.1. Objetivos generales	74
6.2. Objetivos específicos	74

7. METODOLOGÍA	76
7.1. Tipo de estudio	76
7.2. Muestra	76
7.3. Procedimientos de recolección de información	77
7.4. Criterios de inclusión	78
7.5. Criterios de exclusión	78
7.6. Análisis de datos	78
7.7. Aspectos administrativos	79
7.8. Operacionalización de variables	79
8. ASPECTOS BIOÉTICOS	87
9. RESULTADOS	88
9.1. Resultados descriptivos	88
9.1.1. Características de la población	88
9.1.2. Estado civil y religión	88
9.1.3. Nivel de instrucción y tipo de empleo	89
9.1.4. Identidad y preferencia sexual	92
9.1.5. Actividad sexual y abstinencia	94
9.1.6. Parejas sexuales, promiscuidad y uso de preservativo	95

9.1.7. Relaciones con trabajadoras sexuales	96
9.1.8. Motivo para uso de preservativo	98
9.1.9. Motivo para no uso de preservativo siempre	99
9.1.10. Relación entre consumo de alcohol y uso de preservativo	102
9.1.11. Estado de salud	103
9.1.12. Estadio de la enfermedad y actividad sexual	104
9.1.13. Creencias y conocimientos sobre VIH/SIDA y TARMA	105
9.1.14. Prevalencia de uso consistente de preservativo	106
9.1.15. Prevalencia de conocimientos adecuados	107
9.1.16. Prevalencia de conductas sexuales de riesgo	108
9.1.17. Prevalencia de conocimientos y conductas adecuados	109
9.2. Resultados analíticos	127
9.2.1. Género	127
9.2.1.1. Género y estado civil	127
9.2.1.2. Género y nivel de instrucción	127
9.2.1.3. Género y tipo de empleo	127
9.2.2. Tendencia sexual	127
9.2.2.1. Estado civil y tendencia sexual	127

9.2.2.2.	Nivel de instrucción y tendencia sexual	128
9.2.3.	Tipo de pareja sexual	130
9.2.3.1.	Género y tipo de pareja sexual	130
9.2.3.2.	Tipo de empleo y tipo de pareja sexual	130
9.2.3.3.	Tipo de empleo y tipo de pareja sexual	130
9.2.3.4.	Estado civil y tipo de pareja sexual	130
9.2.3.5.	Tendencia sexual y tipo de pareja sexual	131
9.2.4.	Actividad y abstinencia sexual	131
9.2.4.1.	Estado civil y abstinencia sexual	131
9.2.4.2.	Nivel de instrucción y actividad sexual	132
9.2.4.3.	Tendencia sexual y actividad sexual	133
9.2.4.4.	Adecuados conocimientos, conductas y actividad sexual	133
9.2.4.5.	Género y tipo de actividad sexual	133
9.2.4.6.	Promiscuidad y tipo de actividad sexual	134
9.2.4.7.	Estado civil y actividad sexual	134
9.2.4.8.	Nivel de instrucción y abstinencia sexual	134
9.2.5.	Promiscuidad	134
9.2.5.1.	Género y promiscuidad	134

9.2.5.2.	Estado civil y promiscuidad	134
9.2.5.3.	Nivel de instrucción y promiscuidad	135
9.2.5.4.	Tipo de empleo y promiscuidad	135
9.2.5.5.	Tipo de actividad sexual y promiscuidad	136
9.2.5.6.	Sexo con trabajadores sexuales y promiscuidad	136
9.2.5.7.	Tendencia sexual y promiscuidad	136
9.2.6.	No uso de preservativo bajo efectos del alcohol	137
9.2.6.1.	Estado civil y no uso de preservativo bajo efectos del alcohol	137
9.2.6.2.	Tipo de actividad sexual y no uso de preservativo bajo efectos del alcohol	137
9.2.7.	Conductas sexuales de riesgo	137
9.2.7.1.	Género y conductas sexuales de riesgo	137
9.2.7.2.	Tipo de actividad sexual y conductas sexuales de riesgo	137
9.2.7.3.	Tendencia sexual y conductas sexuales de riesgo	138
9.2.8.	Adecuados conocimientos	138
9.2.8.1.	Religión y adecuados conocimientos	138
9.2.8.2.	TARMA, CVI y adecuados conocimientos	138
9.2.8.3.	Tendencia sexual y adecuados conocimientos	138

9.2.8.4.	Nivel de instrucción y adecuados conocimientos	139
9.2.9.	Adecuadas conductas y conocimientos	139
9.2.9.1.	Tendencia sexual y adecuadas conductas y conocimientos	139
9.2.9.2.	Religión y adecuadas conductas y conocimientos	139
9.2.9.3.	Tipo de empleo y adecuadas conductas y conocimientos	139
9.2.9.4.	Actividad sexual y adecuadas conductas y conocimientos	140
9.2.9.5.	Nivel de instrucción y adecuadas conductas y conocimientos	140
9.2.9.6.	T. de actividad sexual y adecuadas conductas y conocimientos	140
10.	DISCUSIÓN	141
11.	CONCLUSIONES	158
12.	RECOMENDACIONES	161
13.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	163
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
15.	AGRADECIMIENTOS	173
16.	ANEXOS	174
16.1.	CUESTIONARIO	175
16.2.	HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	183

LISTA DE TABLAS

1. Tabla 1. Manifestaciones sintomáticas de la infección aguda por VIH.	35
2. Tabla 2. Definición de caso de SIDA.	39
3. Tabla 3. Lista parcial de los medicamentos antirretrovirales.	45
4. Tabla 4. Características de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acudieron a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en julio 2011.	111
5. Tabla 5. Características de los pacientes con VIH/SIDA del HEE en julio de 2011, según sexo biológico.	118
6. Tabla 6. Características de los pacientes con VIH/SIDA del HEE en julio de 2011, según orientación sexual.	121
7. Tabla 7. Características de los pacientes con VIH/SIDA del HEE en julio de 2011, según diagnóstico y actividad sexual.	124

LISTA DE GRÁFICOS

1. Gráfico 1. Tendencia global de VIH, 1990 a 2009.	24
2. Gráfico 2. Evolución anual de casos reportados de VIH, SIDA y defunciones. Ecuador 1984 a 2009.	26
3. Gráfico 3. Estructura del VIH.	27
4. Gráfico 4. Algoritmo diagnóstico de VIH.	44
5. Gráfico 5. Estado civil por género al nacimiento en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	89
6. Gráfico 6. Nivel de instrucción por género en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	90
7. Gráfico 7. Nivel de instrucción por tendencia sexual en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	91
8. Gráfico 8. Tipo de empleo por género en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	91
9. Gráfico 9. Tipo de empleo por tendencia sexual en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	92
10. Gráfico 10. Tendencia sexual por género en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	93
11. Gráfico 11. Tipo de actividad sexual por grupo en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	95
12. Gráfico 12. Tipo de pareja sexual por grupo en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	97
13. Gráfico 13. Promiscuidad en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	97

14. Gráfico 14. Uso de preservativo por tipo de pareja en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	98
15. Gráfico 15. Motivo para uso de preservativo en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	99
16. Gráfico 16. Motivo para no uso de preservativo en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	100
17. Gráfico 17. Motivo para no uso de preservativo por género en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	101
18. Gráfico 18. Motivo para no uso de preservativo por tendencia sexual en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	102
19. Gráfico 19. Sexo no seguro bajo efectos del alcohol en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	103
20. Gráfico 20. Actividad sexual y estadio de los pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	105
21. Gráfico 21. Consistente uso de preservativo en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	107
22. Gráfico 22. Adecuados conocimientos en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	108
23. Gráfico 23. Conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	109
24. Gráfico 24. Adecuadas conductas y conocimientos en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	110
25. Gráfico 25. Tendencia sexual por estado civil en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011.	128

- 26. Gráfico 26.** Tendencia sexual por nivel de instrucción en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011. 129
- 27. Gráfico 27.** Actividad sexual por estado civil en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011. 132
- 28. Gráfico 28.** Promiscuidad por estado civil en pacientes con VIH/SIDA del HEE, julio 2011. 135

RESUMEN

Desde el inicio de la era de la terapia antirretroviral se evidenció una reducción de la morbimortalidad en los pacientes con VIH/SIDA, al igual que un concomitante incremento en las conductas sexuales de riesgo. Posteriormente se demostró que este efecto es consecuencia de las creencias de los pacientes sobre su enfermedad y sobre el impacto del tratamiento en esta.

También se determinó que existen múltiples factores relacionados con dichas conductas y que estas características varían de acuerdo a las condiciones particulares de cada grupo poblacional. De igual manera, se determinó que las mencionadas conductas son susceptibles de ser modificadas a conductas sexuales saludables mediante intervenciones.

Consideramos, por lo antes descrito, que era necesario determinar cuál es la realidad de los pacientes con VIH/SIDA en el Ecuador, cuáles son sus conductas sexuales de riesgo y cuál es la prevalencia de estas. Para este fin desarrollamos un estudio descriptivo exploratorio de corte transversal con evaluación y análisis de conductas, actitudes y prácticas.

Participaron un total de 108 pacientes con VIH/SIDA que acudieron al servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el mes de Julio de 2011. Encontramos que esta enfermedad se encuentra dentro de todos los grupos etarios, géneros, razas, estados civiles, preferencias sexuales, niveles de instrucción y situaciones laborales; con algunas características similares a las descritas en otras poblaciones y muchas otras diferentes.

Determinamos que la población con VIH/SIDA predominantemente estaba conformada por hombres y heterosexuales, una cuarta parte eran homosexuales y una minoría bisexuales o transgénero; los subgrupos que más conductas sexuales de riesgo presentaron fueron los hombres y los homosexuales. El alcohol fue un factor fuertemente asociado a no uso de preservativo, especialmente en hombres. Un 39% de los pacientes presentaron uso inconsistente de preservativo, el 35% no tenían adecuados conocimientos, el 61% presentó conductas sexuales de riesgo y apenas la cuarta parte de los pacientes sexualmente activos mostraron concomitantemente adecuados conocimientos y conductas sexuales saludables.

1.INTRODUCCIÓN

Desde la aparición de la terapia antirretroviral de máxima actividad (TARMA) en 1996, ésta ha tenido un impacto positivo en la reducción de morbilidad y mortalidad en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Aparte de los efectos benéficos, existe evidencia que sugiere que la terapia también ha presentado efectos no intencionales sobre las conductas sexuales de los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y SIDA. Concretamente, esta evidencia inicial sugiere que los pacientes que se encuentran bajo TARMA presentan un incremento en la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo y en la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH (1 - 3).

Existen tres conductas sexuales de riesgo definidas en la literatura: relaciones sexuales no protegidas, actividad sexual con trabajadores sexuales y actividad sexual con más de una pareja (4). Todas ellas son ampliamente conocidas como factores de riesgo para adquirir o transmitir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Un meta análisis realizado en 2004 por Crepas, Hart y Marks, publicado en JAMA, demostró que no existe aumento en las prácticas sexuales inseguras dependiente de TARMA o carga viral en pacientes que se encuentran bajo TARMA, sin embargo se observó un aumento de las prácticas antes mencionadas en aquellos pacientes que creen que la TARMA reduce la transmisión de VIH y en aquellos a quienes no les preocupa mantener prácticas sexuales no seguras debido a la disponibilidad de la TARMA (1).

En 2010, se realizó en Perú un estudio cualitativo (4) mediante entrevistas y grupos focales, a pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento con TARMA; donde se concluye

que los pacientes estudiados, conservan o incrementan la práctica de comportamientos sexuales de riesgo que facilitarían la transmisión de VIH a sus parejas serodiscordantes.

Entre las respuestas encontradas sobre el fenómeno se evidencian varias de las creencias de los pacientes respecto al tratamiento. Una de ellas es que la terapia logra un “adormecimiento del virus”, de manera que permite el regreso a las actividades cotidianas de la persona afecta, haciendo que la transmisión de la infección a sus parejas sea posible, pero que éste virus “adormecido” sea inofensivo para una persona previamente sana. Otra de las creencias es que el término “carga viral indetectable” implica curación de la enfermedad y por lo tanto imposibilidad de transmitir el virus a otra persona.

Por otra parte, describen que los pacientes que mantienen relaciones sexuales con parejas ocasionales, no adoptarían medidas de protección ya que no comparten un vínculo emocional, no frecuentarán más a esta pareja y por tanto al contraer la infección ésta no podrá reclamarles; situación que difiere con las parejas estables, con quienes si adoptarían medidas de protección. De similar forma, los pacientes que mantienen relaciones sexuales con trabajadores sexuales, no usarían medidas de protección ya que estas personas supuestamente saben cómo prevenir la transmisión de la enfermedad.

Identificaron como razones para no usar preservativo la incomodidad, interferencia en el placer sexual, falta de disponibilidad y la creencia de que no es necesario cuando la pareja también está infectada por el VIH.

Se ha determinado que variables como empleo, nivel de educación, remuneración salarial, lugar de vivienda y estado civil tendrían una asociación significativa con el incremento en la incidencia de conductas sexuales de riesgo.

El periodo de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH hasta que el paciente decide acudir para control e inicio del tratamiento es variable, en la mayoría de casos mayor a un año. A partir de este punto el paciente adquiere progresivamente, gracias a la consejería, nuevos conocimientos sobre la enfermedad y la sexualidad saludable. Debido al escaso conocimiento en los primeros meses posteriores al diagnóstico, los pacientes mantienen una actividad sexual con varias parejas y/o sin medidas de protección. De igual manera una autopercepción del estado de salud como “bueno” se comporta como elemento adyuvante para éste hecho. En el transcurso de la enfermedad, existe un deterioro progresivo de la salud del individuo, que determina una disminución de su actividad sexual, subsanada una vez que se restablece el bienestar del paciente con la TARMA.

2. MARCO TEÓRICO

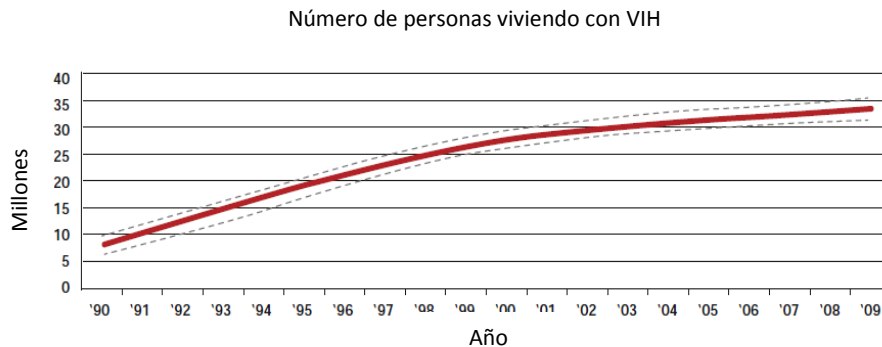
2. 1. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

2.1.1. Epidemiología

2.1.1.1. Estadística mundial y de América Latina. Se estima que a finales del año 2009 existían aproximadamente 33,3 millones de personas viviendo con VIH en el mundo. A pesar de la disminución progresiva de las cifras de nuevas infecciones, en la mayoría de los países en los que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha tenido un gran impacto, el número de personas viviendo con VIH ha incrementado en un 27% con respecto al año 1990. El incremento en la cifras de prevalencia obedece a varias razones: la introducción de la terapia antiretroviral que ha disminuido las muertes relacionadas con la enfermedad, mayor acceso al tratamiento, mejora en programas de prevención y cuidado de los pacientes; además de mayor conocimiento por parte de adultos jóvenes sobre la enfermedad y su transmisión (5).

El número de personas viviendo con VIH (adultos y niños) en América central y Sudamérica durante el 2009 fue de 1,4 millones versus 1,1 millones en el 2001 y el porcentaje de prevalencia determinada para los dos períodos de tiempo fue de 0,5%.

Gráfico 1. Tendencia global de VIH, 1990 a 2009.



(Fuente: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Epidemic update. En: Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. [s.l.]: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2010. p. 24, adaptado).

Algo más de la mitad de personas que viven con VIH son mujeres y niñas. En África sub-Sahariana, una de las regiones con mayor prevalencia de VIH, mujeres con edades comprendidas entre los 15 a 24 años tienen una probabilidad ocho veces superior a los hombres de tener un estado seropositivo.

El número registrado de muertes globalmente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el año 2009 fue de 1,8 millones de personas. En América del Norte, Europa Central y del Oeste, las muertes relacionadas con el SIDA disminuyeron tan pronto se estableció la terapia antiretroviral. En Asia, Sudamérica y Centroamérica no se ha evidenciado tal disminución pero la cifra de muertes se ha estabilizado. En América central y del sur se han registrado cifras que van desde 53 000 personas fallecidas a causa del VIH en el 2001, a 58 000 personas en el 2009; mientras que en Europa del Este, estos valores han incrementado sustancialmente (5).

Mundialmente se encontraron 2,6 millones de nuevos casos de VIH en el 2009, 19% menos que en 1999 y 21% menos que en 1997. De estos, 92 000 nuevos casos de VIH en el 2009 corresponden a América Central y del Sur.

Por último, tan solo el 35% de personas que ameritan tratamiento antirretroviral en el mundo, tienen acceso a la terapia.

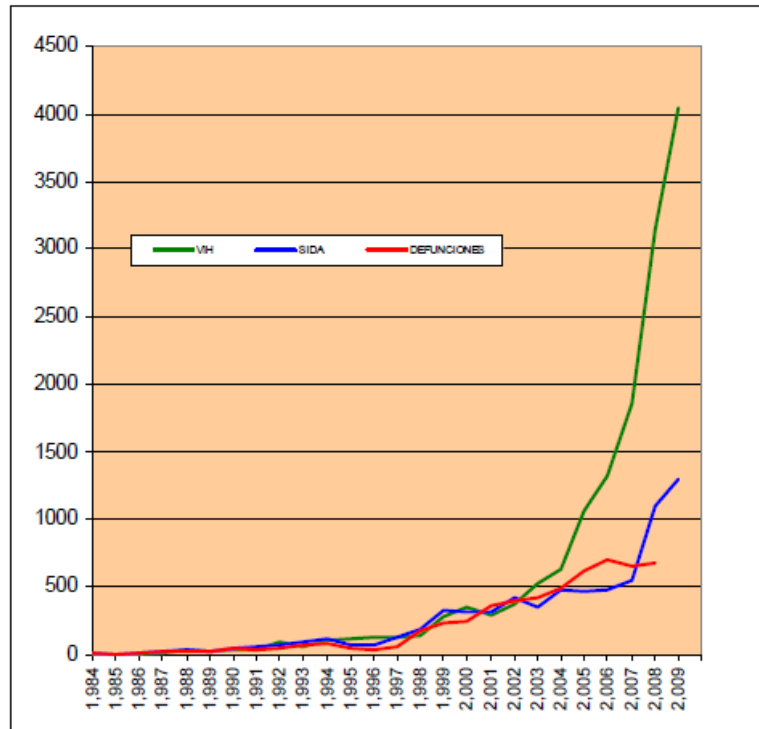
2.1.1.2. Estadística en el Ecuador. En el año de 1984 se notificaron los primeros casos de VIH/SIDA en el Ecuador. Desde entonces se han registrado hasta el 2009 un total de 14 773 casos de VIH y 7 037 casos de SIDA.

Durante la primera década de éste siglo se evidenció un creciente incremento en el número de nuevos casos de VIH y SIDA, sin embargo el pico máximo de ésta tendencia se presentó en los años 2008 y 2009, en los que se reportó casi el 40% del total de casos de SIDA observados. Probablemente en función a la implementación de un mejor sistema de notificación.

Durante el 2009 la mayoría de los casos se localizaron en la región costa, siendo así que la provincia con mayor prevalencia de casos de VIH y SIDA fue el Guayas seguido por Esmeraldas, Santa Elena y Pichincha.

Por otra parte, el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 20 y 44 años, constituyendo el 72,5% del total de casos de VIH y el 78,3% de casos de SIDA. El género masculino presentó un mayor número de casos con una razón hombre/mujer de 2,44 en el 2009. La mortalidad relacionada con el VIH/SIDA, se ha estabilizado en una cifra de 600 a 700 casos por año, similar a lo referido por la UNAIDS en el reporte global del año 2010 (6).

Gráfico 2. Evolución anual de casos reportados de VIH, SIDA y defunciones. Ecuador 1984 a 2009.



(Fuente: Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA-ITS. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero de 2008 – Diciembre de 2009. Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.)

2.1.2. Virus de la Inmunodeficiencia Humana

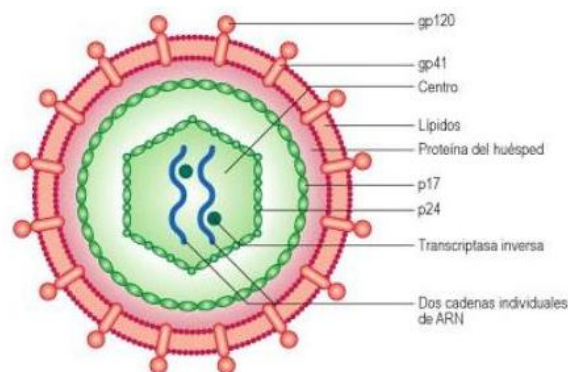
2.1.2.1. Estructura del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Según la clasificación taxonómica del virus del VIH, éste pertenece a la familia Retroviridae, al subgrupo lentivirus, que incluye a los virus VIH-1 y VIH-2. El virus VIH-1 fue el primero en ser aislado y se relaciona en mayor proporción con los casos de la enfermedad mundialmente. Adicionalmente en éste se advierte mayor transmisibilidad y una progresión más rápida a SIDA con respecto al VIH-2 (7 - 11).

Los virus del VIH-1 y VIH-2 son de estructura similar, su diámetro es de 100 – 120 nm y al igual que el resto de retrovirus, poseen una cubierta o membrana constituida por una bicapa lipídica que presenta una proteína transmembrana llamada gp41, asociada a una glucoproteína de cubierta externa denominada gp120. Por debajo de ésta y estabilizándola se encuentra la matriz con la proteína p17.

La segunda capa de forma icosaédrica denominada cápside está constituida por la proteína p24. Ésta se encuentra cubriendo a una tercera capa: la nucleocápside, formada por las proteínas p6, p7 y la proteasa p10 (7-11).

Su genoma está compuesto por dos moléculas de ARN monocatenario de polaridad positiva (ssRNA+) asociados a la transcriptasa inversa p50 (TI) y a la integrasa p31. Las proteínas estructurales son codificadas por los genes gag, pol y env, también presentes en otros tipos de retrovirus. Conjuntamente con estos tres genes básicos, el virus del VIH-1 posee seis genes adicionales: tat, rev, vpu, vif y nef; el VIH-2 cuenta con el gen vpx en lugar del gen vpu.

Gráfico 3. Estructura del virus del VIH.



(Fuente: Spicer W. Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Barcelona: Elsevier; 2009.p.149).

2.1.2.2. Replicación del VIH. El ciclo vital inicia con la unión de alta afinidad de la proteína p120 de la cubierta viral con la molécula CD4 presente predominantemente en los linfocitos T y en menor proporción en los macrófagos, células dendríticas y células de Langerhans. Los principales correceptores para el virus del VIH-1 son el CCR5 y CXCR4. Al fijarse a los receptores modifica su configuración para permitir la unión con los correceptores y de ésta manera ingresar a la célula hospedera.

Con el cambio de configuración se produce una fusión entre la membrana viral y la membrana de la célula a través de la proteína p41, la cual penetra en la célula a invadir y se enrolla sobre sí misma para permitir la fusión.

El Ácido Ribonucleico (ARN) viral se descubre e ingresa a la célula atacada, la enzima transcriptasa inversa realiza la transcripción del ARN viral hacia Ácido Desoxirribonucleico (ADN) de doble cadena que se integra al azar en el ADN celular por medio de la enzima integrasa.

Tras la integración, el provirus puede permanecer inactivo o estar a diferentes niveles de expresión genética. La secuencia genética integrada es relativamente lábil en una célula en reposo por lo que necesita de la activación celular para completar su ciclo vital.

Para la formación de nuevos viriones, después de la transcripción el RNA mensajero (mRNA) se traduce a proteínas que atraviesan procesos de glucosilación, miristilación, fosforilación y escisión. Estas proteínas se unen con enzimas y con el ARN viral en la membrana celular, de manera que al salir de la célula huésped el virus adquiere su nueva cubierta (12).

2.1.2.3. Grupos y subgrupos del VIH -1. En relación con la variabilidad genética del VIH-1, existen tres grupos denominados M, O y N. El grupo M predomina mundialmente y posee a su vez subgrupos o clades: A1, A2, B, C, D, F1, F2, G, H, J Y K además de sus resultantes formas recombinantes (CRF).

La distribución geográfica de los subgrupos de VIH ésta claramente afectada por el tráfico vírico que genera la combinación entre estos y un incremento de las CRF. Explícitamente, la recombinación de subgrupos obedece a la infección con más de uno de ellos en un mismo individuo (12).

2.1.2.4. Transmisión del VIH. Existen tres formas reconocidas para la transmisión efectiva del VIH: sexual, vertical y parenteral.

A. Transmisión sexual: definida como el principal modo de transmisión en todo el mundo, es responsable del 90% de todas las infecciones (9). Inicialmente el SIDA fue denominado como síndrome de inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales, traducida del inglés “gay-related inmunodeficiency” (GRID), debido a que los primeros casos observados en 1980 ocurrían en hombres homosexuales (11).

Actualmente en Estados Unidos la mayor parte de nuevos casos de seropositividad se registran en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), sin embargo el contagio de la enfermedad a través de relaciones heterosexuales es superior en todo el mundo (5, 12).

En el hombre se han encontrado grandes cantidades del virus tanto en el semen como en las células mononucleares, especialmente durante infecciones

genitales. En la mujer concentraciones similares se encuentran presentes en las células de la citología cervicouterina y en el líquido vaginal.

El sexo anal receptivo representa una fuente importante de transmisión debido a la alta probabilidad de traumatismo y laceración de la mucosa anal, con la consecuente inoculación directa en la sangre y a la infección directa de las células de Langerhans (9,12).

La transmisión de hombres a mujeres es ocho veces superior debido a una concentración superior del virus en el semen, una emisión mayor de secreciones infectadas en la eyaculación y un mayor tiempo de contacto de estas con la mucosa vaginal y cervical. Además se han descrito factores como la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) ulcerativas y no ulcerativas, la falta de circuncisión, altas concentraciones del virus en el plasma, el empleo de anticonceptivos orales, la menstruación, la ectopia cervical y el déficit de vitamina A como factores facilitadores de la transmisión sexual del VIH (10, 12, 13).

- B. Transmisión parenteral: la infección se adquiere por la transfusión de sangre y sus hemoderivados, el trasplante de tejidos y por el uso de drogas intravenosas infectadas con el virus del VIH. Antes de 1985 se infectaron 10 000 personas receptoras de productos sanguíneos, aproximadamente un 90 a 100% de todas las que ameritaron dicho procedimiento.

En la actualidad se realiza una primera etapa de selección del donante en función de sus factores de riesgo. Posterior a la obtención de la muestra de sangre se realiza la identificación de antígenos y anticuerpos del VIH, de los

virus de la hepatitis B y C, conjuntamente con la investigación de sífilis en el suero. Es así que el riesgo de infección por transfusión actualmente ha disminuido sustancialmente en todo el mundo.

Los accidentes laborales son también una vía importante de transmisión. La literatura refiere que el riesgo de transmisión del VIH después del pinchazo con un objeto cortopunzante o con agujas infectadas con el virus es de 0,3% y el riesgo relacionado con la exposición de mucosas es del 0,9% (12). Aunque en la mayoría de los casos el virus necesita de una entrada o disrupción en la piel para ingresar al huésped, también se ha reportado la transmisión posterior al contacto con piel intacta; no obstante, no se ha podido cuantificar el riesgo de ésta exposición.

Entre los factores inherentes al accidente laboral que pueden incrementar el riesgo de transmisión de VIH encontramos el volumen de sangre contaminada, el tiempo de contacto con la sangre y una vía de entrada potencial. Así también, factores relacionados con el virus como una carga viral elevada y/o cepas más virulentas del VIH pueden entrañar de igual forma un mayor riesgo de transmisión en el accidente laboral. En todos estos casos la terapia profiláctica post-exposición ha demostrado disminuir el riesgo de transmisión del VIH en gran proporción.

- C. Transmisión vertical: la transmisión de madre a hijo puede darse durante el embarazo, el parto y la lactancia. La evidencia sugiere que la transmisión se puede propiciar desde el primer y segundo trimestre de embarazo, sin embargo el mayor riesgo se ha documentado durante el tercer trimestre de gestación, el

nacimiento y la lactancia, aún más si estas situaciones se presentan en el contexto de una enfermedad sin tratamiento retroviral, alcanzando incluso prevalencias de 25 a 35% en los países en vías de desarrollo (12, 13).

Los factores de riesgo maternos comprobados para el incremento de transmisión son: valores altos de carga viral en el suero, linfocitos CD4 bajos, la ruptura prematura de membranas y el parto. Otros elementos como la corioamnionitis, ITS, el parto pretérmino, el consumo de drogas y alcohol además de procedimientos obstétricos invasivos también se han relacionado con mayor riesgo de transmisión de madre a hijo, pero no han sido completamente demostrados.

Estrategias encaminadas a disminuir éste tipo de transmisión comprenden la administración de tratamiento antirretroviral único (zidovudina) o tratamiento combinado (zidovudina más lamivudina); disminuir al máximo la exposición del feto a secreciones y sangre materna además de evitar la lactancia.

La lactancia también constituye un riesgo potencial de transmisión para el recién nacido. La transmisión a través de ésta práctica se facilita con un número disminuido de linfocitos CD4 maternos, cuando se constata la presencia de VIH en la leche materna, cuando la lactancia ocurre en los primeros meses de vida, en presencia de mastitis y carencia de vitamina A en la madre.

Fluidos corporales como la orina, las lágrimas, el sudor y la saliva han demostrado poseer bajas concentraciones del VIH por lo que no son consideradas como vías efectivas de transmisión (11,14).

En la saliva factores como el inhibidor de la proteasa leucocitaria secretora (SLPI) se encuentran en cantidades cercanas a las necesarias para inhibir al virus in vitro. Adicionalmente la saliva producida por las glándulas submaxilares despega la proteína gp120 del virión impidiendo la unión a la célula huésped. A su vez las células infectadas son destruidas dada la hipotonicidad de las secreciones, en tanto que la tromboespondina I y las mucinas engloban al VIH para eliminar al virión del organismo (9,12).

2.1.3. Infección primaria del VIH

La infección inicial está definida como el período de tiempo transcurrido desde el ingreso del virus al cuerpo hasta antes de que se generen los anticuerpos específicos contra el SIDA. Puede durar de semanas a meses y variar en cuanto al mecanismo de infección celular según la vía a través de la cual se adquiere la infección. Los virus pueden infectar el bazo y otros órganos linfoides donde se replican en grandes cantidades para posteriormente llegar a la sangre y diseminarse en todo el cuerpo originando una viremia (7,8,9).

Las células dendríticas también juegan un papel importante en este tipo de infección inicial. Éstas expresan un receptor de alta afinidad para el VIH llamado DC-SIGN; después de la unión con el receptor, el virión se interna en la célula dendrítica para que ésta a lo posterior incremente su infectividad contra los linfocitos CD4 (12, 13).

Generalmente la sintomatología aparece de dos a cuatro semanas después de adquirir la infección en aproximadamente el 50% de los pacientes y dura un estimado de dos a tres semanas (7, 12). El cortejo sintomático conocido como Síndrome Retroviral Agudo se caracteriza por la presencia de fiebre acompañada de sintomatología semejante a la

mononucleosis infecciosa, junto con síntomas gastrointestinales y manifestaciones neurológicas (7, 9, 13, 15) que se detallan en la tabla 1.

La fiebre suele ser de inicio súbito, acompañada o no de sudor nocturno y escalofríos. Habitualmente la adenomegalia es generalizada aunque las cadenas ganglionares afectadas con mayor frecuencia son las cervicales, occipitales y axilares.

El exantema se caracteriza por ser maculo-papular generalizado, con lesiones de aproximadamente 5 - 10 mm, no pruriginoso; sin embargo se han descrito también exantemas con lesiones de centro hemorrágico-necrótico y lesiones vesico-papulares pruriginosas.

La faringitis observada en estos pacientes puede acompañarse de eritema y edema más no de exudados ni hipertrofia amigdalina. Ocasionalmente además de los anteriores, se puede evidenciar un enantema a nivel del paladar duro. Se han descrito úlceras en el sistema gastrointestinal y también a nivel genital. A nivel respiratorio los pacientes pueden presentar tos y raramente infiltrados intersticiales difusos indicativos de neumonitis.

Por último la sintomatología neurológica encontrada a nivel central y a nivel periférico suele ser muy variable. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la cefalea con fotofobia, la meningitis aséptica y la encefalitis que suelen resolverse espontáneamente (7). También pueden existir trastornos de la conducta como depresión, irritabilidad e incluso psicosis (9, 13, 15 - 17).

Tabla1. Manifestaciones sintomáticas de la infección aguda por VIH.

SÍNTOMA		PORCENTAJE
Sistémicos	• Fiebre	96%
	• Linfadenopatía	74%
	• Exantema maculopapular en cara, tronco, palmas y plantas	70%
	• Mialgias y artralgias	54%
	• Pérdida de peso	13%
Respiratorio	• Faringitis	70%
Gastrointestinal	• Diarrea	32%
	• Náuseas y vómitos	27%
	• Hepatoesplenomegalia	14%
	• Aftas	12%
Neurológico	• Cefalea	32%
	• Meningitis aséptica o encefalitis	12%
	• Neuropatía periférica	
	• Parálisis facial	
	• Síndrome de Guillan Barré	
	• Neuritis bronquial	
	• Dificultad cognitiva	
• Psicosis		

Autores: Bonilla RA, Fernández MH. (Fuente: Chacón J, Aguado C, García-Mauricio A, Aliaga L, Andérica G, Arizcorreta A, et al. La infección por el VIH. Guía práctica. 2ª. Ed. Sevilla: Gráficas Monterreina; 2003).

La intensa replicación viral causa una disminución en los linfocitos CD4 lo que conlleva una mayor susceptibilidad de adquirir una infección oportunista, de entre las que cabe destacar,

la meningitis tuberculosa o criptocócica, candidiasis orofaríngea, neumonía por *P. jiroveci*, infecciones por citomegalovirus y esofagitis por *Candida* (12, 13).

Durante este período el sistema inmune mediante inmunidad celular y humoral intenta librar al organismo del virus. Debido a esto, a nivel analítico se evidencia principalmente en las dos primeras semanas de infección linfopenia transitoria por la disminución de los linfocitos CD4 y CD8, además de trombocitopenia, incremento en la velocidad de eritrosedimentación e incremento en los valores de fosfatasa alcalina y transaminasas. A su vez los valores séricos de ARN viral se encuentran en concentraciones máximas, de alrededor de 10^5 a 10^6 copias. También se puede encontrar al antígeno p24 en sangre periférica y líquido cefalorraquídeo (18 - 20).

Posterior a ésta etapa, generalmente de tres a seis semanas del ingreso del virus, se produce una linfocitosis por incremento en las cifras de linfocitos T. El aumento obedece sobre todo a expensas de los linfocitos T CD8, invirtiéndose la relación CD4/CD8. Este cambio surge dada la gran necesidad de la capacidad citotóxica de este grupo celular, requerida para disminuir las elevadas concentraciones del VIH. La alteración suele resolverse espontáneamente al término de la fase aguda de la enfermedad con la producción de nuevos linfocitos CD4, que en algunos casos alcanzan valores muy cercanos a los normales, aunque el curso habitual es la disminución progresiva de estas células (13).

2.1.4. Latencia clínica e infección crónica

La destrucción de los linfocitos infectados, tanto por linfocitos citotóxicos a nivel sanguíneo, como por células del sistema dendrítico folicular a nivel de los ganglios linfáticos, disminuye en gran parte las altas concentraciones del ARN viral. Sin embargo los ganglios linfáticos y los linfocitos CD4 en latencia se convierten en un reservorio del virus, es aquí en donde por

un tiempo aproximado de 10 años se produce una replicación y muerte viral progresiva más o menos controlada. Luego de ello el incremento de las concentraciones del VIH a nivel linfático vence sus sistemas de control y produce una nueva viremia que determina el estadio clínico de SIDA (12, 20).

En esta etapa los pacientes generalmente se encuentran asintomáticos por lo que se habla de una latencia clínica, no obstante no podemos hablar de una latencia virológica al existir una replicación estable del VIH que determina la cronicidad de la infección.

La falta de control por el sistema inmune y la cronicidad de la infección están ligadas en primer lugar a la capacidad de mutación del virus. Por otra parte las elevadas cifras de linfocitos T citolíticos (CD8), producidas en el intento de controlar la infección aguda por VIH son consumidas por la elevada replicación viral. Ésta última al coexistir en el sistema linfático junto con la presentación de antígenos, limita la formación de nuevos linfocitos CD8.

El tercer mecanismo a través del cual el VIH escapa del sistema inmune es la eliminación de la molécula del antígeno leucocitario humano (HLA) en las células infectadas, lo que disminuye la capacidad de los linfocitos CD8 para reconocer y eliminar estas células. Por último las células infectadas escapan a los efectos de los anticuerpos debido al cambio en la configuración de sus receptores.

Otros mecanismos no menos importantes incluyen: la disminución de la participación de los linfocitos CD4 en la respuesta inmune debido a su empleo como receptor de alta afinidad del VIH, la localización del VIH en sitios como el sistema nervioso central en donde las funciones del sistema inmune están parcialmente restringidas y la localización de los

linfocitos CD8 a nivel periférico en donde las concentraciones de VIH inicialmente son inferiores a las encontradas en el tejido linfático.

Como se mencionó anteriormente, además de la reserva de VIH a nivel linfático, existe también un fondo de reserva en las células CD4 que se encuentra en latencia post-integración al genoma de la célula huésped. Esta reserva se forma durante la infección aguda por VIH pero puede incrementar o restablecerse en los episodios de replicación viral. Los virus en latencia al recibir la señal de activación podrán proceder a formar nuevos provirus y estos a su vez convertirse en virus con capacidad replicativa.

2.1.5. Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida

La evidencia sugiere que las personas con carga viral estable, por un tiempo aproximado de seis a doce meses, progresan más lentamente hacia el estadio de SIDA que aquellos con cargas virales altas (12). Otro elemento que ayuda a determinar la progresión clínica del paciente es el grado de disminución de los linfocitos CD4, ya que a mayor reducción de estas células durante la fase aguda de la enfermedad, mayor riesgo de progresión.

Cuando los linfocitos CD4 disminuyen por debajo de un nivel crítico (menor a 200 células/ μ l), el individuo adquiere una gran susceptibilidad a infecciones oportunistas. El tratamiento antirretroviral permite incrementar la supervivencia de los pacientes pero no siempre determina el incremento en los valores de CD4.

2.1.5.1. Definición de caso de SIDA. El sistema de clasificación del CDC, propuesto en 1993, estratifica a la infección por el VIH tanto en categorías clínicas numeradas del 1 al 3, como en categorías inmunológicas denominadas con las letras A, B y C. Éstas al combinarse generan 9 categorías, detalladas en la tabla 2.

Éste sistema de clasificación a diferencia del propuesto en 1987 tiene utilidad al establecer el pronóstico del paciente. Bajo este sistema los individuos con conteos iguales o inferiores a 200 células/ μ l (A3, B3 y C3) tienen SIDA a igual que las personas en categorías C1, C2 y C3.

Tabla 2. Definición de caso de SIDA.

Células CD4	Categoría A	Categoría B	Categoría C
1. 500 o superior.	A1	B1	C1
2. 200 a 499	A2	B2	C2
3. 200 o menor	A3	B3	C3

Autores: Bonilla RA, Fernández MH. (Fuente: Fauci A, Clifford H. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. En: Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J, Editores. Harrison principios de Medicina Interna. 16 ed. Vol.1. The McGraw-Hill Companies, Inc. Chile; 2006, adaptado).

Categoría A: los pacientes pertenecientes a esta categoría generalmente están asintomáticos y presentan adenopatía generalizada persistente.

Categoría B: esta categoría contiene a los pacientes seropositivos que presentan enfermedades producidas por el VIH no incluidas en las enfermedades de la categoría C:

1. Fiebre de 38°C o superior por más de un mes.
2. Diarrea durante más de un mes.
3. Angiomatosis bacilar.

4. Candidiasis oral.
5. Leucoplasia oral vellosa.
6. Candidiasis vulvovaginal persistente.
7. Displasia cervical moderada a severa.
8. Enfermedad pélvica inflamatoria.
9. Absceso tuboovárico.
10. Herpes zóster en más de un dermatoma o de presentación recidivante.
11. Neuropatía periférica.
12. Listeriasis.
13. Púrpura trombocitopénica idiopática.

Categoría C: pacientes que presentan enfermedades definitorias de SIDA:

1. Neumonía recurrente.
2. Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
3. Infecciones por otras micobacterias.
4. Candidiasis esofágica.
5. Criptococosis en el SNC.
6. Histoplasmosis diseminada.
7. Coccidiomicosis diseminada.

8. Neumocistosis.
9. Toxoplasmosis a nivel pulmonar y en el SNC.
10. Criptosporidiasis.
11. Isosporiasis.
12. Ciclosporiasis.
13. Micosporidiasis.
14. Infecciones por citomegalovirus.
15. Lesiones cutáneas y mucocutáneas por herpes de más de un mes de duración.
16. Infección herpética visceral especialmente en esófago, pulmón e hígado.
17. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
18. Sarcoma de Kaposi.
19. Linfoma inmunoblástico.
20. Linfoma cerebral.
21. Carcinoma cervicouterino invasivo.

No existen intervalos claramente definidos para la aparición de las diferentes infecciones y neoplasias oportunistas. En general los pacientes con conteos de CD4 inferiores a 100 presentan infecciones oportunistas, aunque también se han registrado pacientes asintomáticos con conteos inferiores a 50 células/ μ l. Variables dependientes de cada país como la prevalencia de determinada infección, pueden

influir en el grado de presentación de infecciones oportunistas en los pacientes en categorías B y C. Una vez que el paciente entra en una categoría determinada, la clasificación de su diagnóstico es irreversible aunque se logre una mejoría clínica e inmunológica (12).

2.1.6. Diagnóstico de la infección por VIH durante las diferentes etapas

2.1.6.1. Diagnóstico de la infección aguda. Durante la infección aguda por VIH el recuento de la carga viral plasmática y la existencia del antígeno p24 son esenciales para diagnosticar la infección. La carga viral plasmática tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 97% y puede ser detectable en los individuos tres a cinco días antes de que la antigenemia para p24 se exprese. Esta última prueba tiene a diferencia de la carga viral, una sensibilidad del 89% y una especificidad del 100%. El examen inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) o llamado inmunoanálisis enzimático (EIA) de tercera y cuarta generación también puede ser aplicado para la detección del antígeno p24. En caso de obtener resultados positivos en estos estudios se deberán practicar a lo posterior pruebas confirmatorias para establecer el diagnóstico. En caso de ser negativos y tener el antecedente de un evento de alto riesgo se deberá repetir las pruebas en dos a cuatro semanas (12).

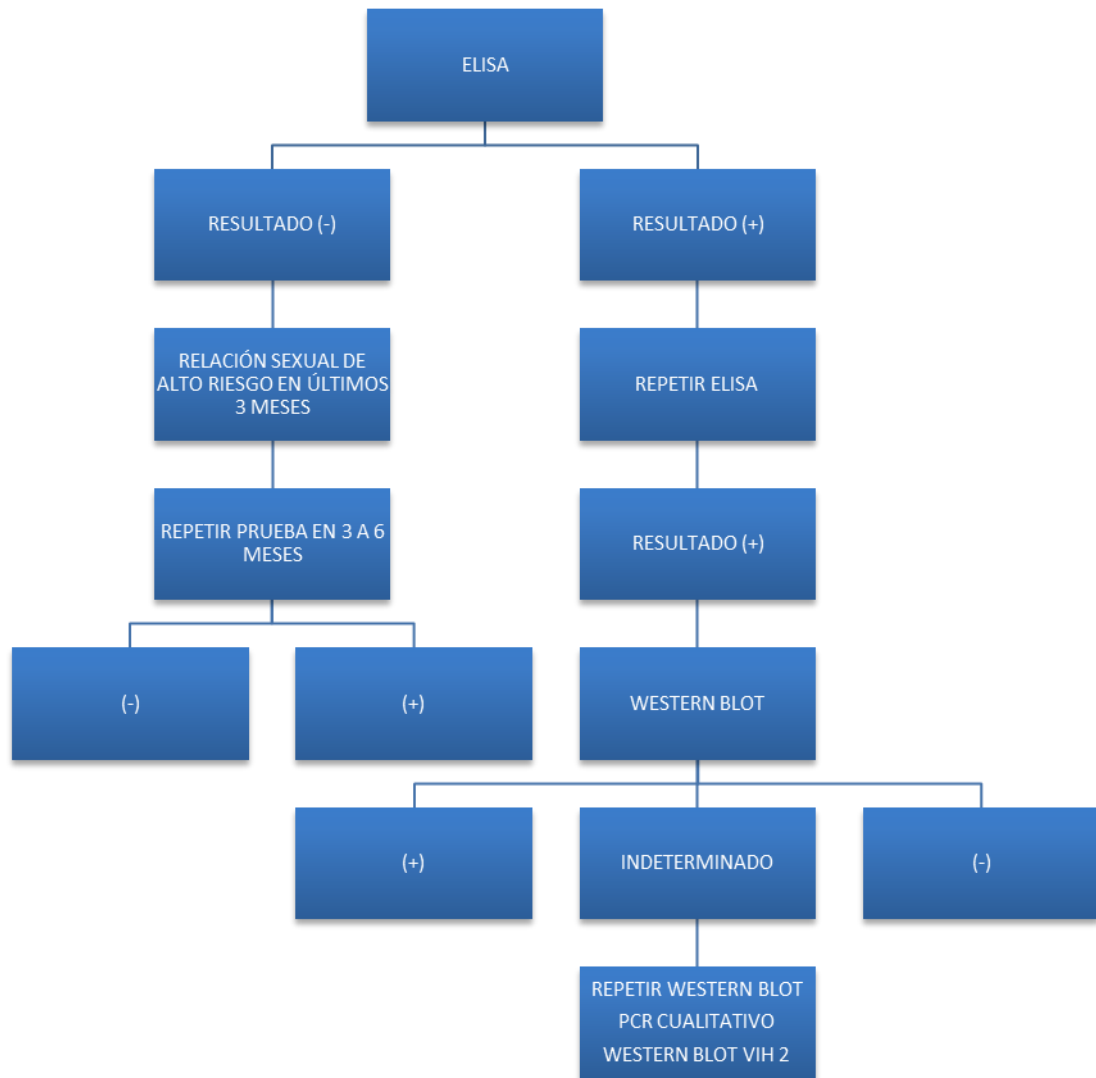
2.1.6.2. Diagnóstico de la infección crónica. Cuatro a doce semanas tras la inoculación del virus en el huésped, se crean anticuerpos específicos para los antígenos del VIH, lo cual puede ser evidenciado en la prueba ELISA. Esta prueba de detección sistemática, utiliza antígenos del VIH-1 y VIH-2 para generar una reacción de anticuerpos. Tiene una sensibilidad del 99,5% (10), cuyos resultados pueden ser

positivos a través de una reacción intensa, indeterminados cuando se obtiene una reacción parcial o negativos cuando no se obtiene reacción. Por el contrario su especificidad es reducida, factores como hepatopatías, autoanticuerpos, anticuerpos contra los antígenos de la clase II, la inmunización para influenza y otras infecciones víricas agudas pueden generar resultados falsos positivos (12, 21, 22).

Por tal razón es imperativo utilizar una prueba de confirmación de la infección como lo es el Western Blot. Al igual que el ELISA este examen utiliza antígenos del virus que desencadenan la reacción mediada por anticuerpos. La presencia de anticuerpos específicos para los antígenos dispuestos según peso molecular se expresa como una banda. De tal manera que en una prueba negativa no se evidencian bandas correspondientes a los antígenos del VIH.

En 1993 la Food and Drug Administration (FDA) dictaminó como una prueba positiva de Western Blot a aquella en la que se registran al menos dos bandas positivas de los antígenos del VIH (p24, p41, p120/160). Se califica como indeterminada a una prueba en la que la reacción para los antígenos es tenue ya sea debida a una reacción cruzada o a la falta en ese momento de la enfermedad de anticuerpos específicos. En estos casos es mandatorio repetir la prueba de Western Blot un mes posterior a la primera realizada. En caso de sospechar de una infección aguda por VIH otras técnicas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del ADN, la PCR del ARN, el análisis del ADN y la antigenemia para p24 pueden confirmar el diagnóstico (12, 22).

Gráfico 4. Algoritmo de diagnóstico de VIH.



Autores: Bonilla RA, Fernández MH. (Fuente: Fauci A, Clifford H. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. En: Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J, Editores. Harrison principios de Medicina Interna. 16 ed. Vol.1. The McGraw-Hill Companies, Inc. Chile; 2006.p. 1189-1265).

2.1.7.Terapia antiretroviral de máxima actividad

La terapia antiretroviral combinada o terapia antiretroviral de máxima actividad (TARMA), extendida para su aplicación terapéutica desde 1996, ha disminuido sustancialmente las

cifras de morbimortalidad en los pacientes con VIH/SIDA. Ésta surge como respuesta a la necesidad de afrontar una enfermedad crónica, potencialmente fatal y de la necesidad de ofrecerle al paciente la oportunidad de extender sus años de vida y mejorar la calidad de la misma. La terapia está fundamentada en tres tipos de fármacos (12):

1. Los inhibidores de la enzima transcriptasa inversa vírica.
2. Los inhibidores de la enzima proteasa vírica.
3. Los inhibidores de la fusión.

Tabla 3. Lista parcial de los medicamentos antirretrovirales.

Tabla 9-1. Lista parcial de los medicamentos antirretrovirales				
Inhibidores de la transcriptasa reversa				
Inhibidores de proteasas	Análogos nucleósidos		Análogos no nucleósidos	Análogos no nucleótidos
Amprenavir	Abacavir	Stavudina	Delavirdina	Adefovir
Indinavir	Combivir	Trizivir	Efavirenz	
Lopinavir y ritonavir	Didanosina	Zalcitabina	Nevirapina	
Nelfinavir	Lamivudina	Zidovudina		
Ritonavir				
Saquinavir				

(Fuente: Ambrosino Wyszynski A, Bruno B, Ying P, Chuang L, Friedlander M, Rubenstein B. Pacientes con infección por VIH. En: Ambrosino Wyszynski A, Wyszynski B. Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona: Masson, S.A; 2006.p.182).

La definición de TARMA se limita estrictamente a la utilización de uno de los siguientes regímenes:

1. Dos o más inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa en combinación con al menos un inhibidor de la proteasa o un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido.

2. Un inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa en combinación con al menos un inhibidor de la proteasa y un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido.
3. Ritonavir o saquinavir en combinación con un inhibidor de la transcriptasa inversa nucleósido.
4. Abacavir y tres o más inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa.

Las guías internacionales no reconocen combinaciones de estavudina, zidovudina en combinación con cualquier inhibidor de la proteasa o inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (3, 23).

2.1.7.1 Objetivos principales de la TARMA. Existen cuatro objetivos principales de la TARMA:

1. Reducir la morbilidad asociada al VIH y prolongar la duración y la calidad de la supervivencia.
2. Restaurar y preservar la función inmunológica perdida.
3. Suprimir notoriamente la carga viral en plasma y que las cifras permanezcan disminuidas por un tiempo prolongado.
4. Prevenir la transmisión secundaria del VIH.

Generalmente la disminución de las cifras de carga viral por debajo de los límites detectables suele ocurrir entre las doce a veinte y cuatro semanas posterior al inicio del tratamiento. Los predictores del éxito de la terapia son: el uso de una terapia antirretroviral potente, la adecuada adherencia del paciente al tratamiento, concentraciones moderadas del virus en sangre y un conteo de células CD4 de más

de 200 células/ μ L al inicio del tratamiento; además de una rápida disminución de la concentración viral en el plasma posterior al inicio del tratamiento.

El éxito de la TARMA dependerá de elegir la combinación ideal de tratamiento en función de las recomendaciones para su uso. Además deberá ser individualizada en función de la probabilidad de adherencia, efectos adversos e interacciones con otros medicamentos. Debido al creciente número de resistencia a la TARMA muchos países han implementado el test de resistencia dentro de los exámenes a realizar previo al inicio de la TARMA (22-24).

2.1.8.Carga viral plasmática

Es la cuantificación a través de técnicas de biología molecular de las concentraciones sanguíneas del VIH. La denominación de carga viral indetectable varía según el lugar en donde se realice el análisis y el método de cuantificación.

En la actualidad existen varios test válidos para realizar el diagnóstico de la infección aguda y el seguimiento de la TARMA, sin embargo es recomendable utilizar el mismo método durante el transcurso de la enfermedad.

La sensibilidad de las pruebas ha mejorado en el transcurso de los años, de manera que hoy en día pruebas como la RT-PCR ultrasensible 1.5 (Roche) y la Real Time HIV -1 assay (Abott) poseen una sensibilidad para detectar concentraciones inferiores a 50 copias/ml (22).

2.2 Sexualidad

2.2.1. Definición de sexo

El sexo es la característica genética y morfológica que determina la diferenciación entre género masculino y femenino. El sexo no sólo está influenciado por la carga genética del individuo ni su apariencia fenotípica, la expresión de este distintivo es aún más compleja ya que también está determinada por factores psicológicos y psicosociales (25).

2.2.1.1. Sexo genético. El sexo genético se define desde el mismo momento de la formación del cigoto en la fecundación. Las células que lo originan tienen la mitad de carga genética del individuo del que proceden, es decir, son células haploides de 23 cromosomas que al unirse originan una nueva célula con 46 cromosomas (diploide) de una combinación XY para el género masculino y XX para el género femenino (26).

2.2.1.2. Sexo gonadal y desarrollo genital. A partir de la quinta semana de vida embrionaria se produce la diferenciación gonadal, determinada por la carga genética del espermatozoide que fecunda el óvulo. Inicialmente las gónadas femeninas y masculinas son similares de manera que se conocen como gónadas indiferenciadas (26).

2.2.1.2.1. Desarrollo gonadal masculino. Las gónadas tienen su origen en el mesotelio, el mesénquima y las células germinales primitivas. Inicialmente se produce un engrosamiento y proliferación del mesotelio y el mesénquima que da lugar a la formación de la cresta gonadal y posteriormente a los cordones gonadales. Durante el proceso del plegamiento del embrión las células germinales primitivas ascienden desde el saco vitelino a través del mesotelio del intestino

posterior, hacia las crestas gonadales y a partir de la sexta semana entran en los cordones gonadales. El gen SRY codifica el factor determinante de testículo (TDF) cuya función es desarrollar a partir de los cordones gonadales, los conductos seminíferos, la rete testis y los túbulos rectos; los cuales se encuentran separados del epitelio de superficie por la túnica albugínea.

Entre los túbulos seminíferos se encuentra el mesénquima que origina las células intersticiales o células de Leydig, cuya función a partir de la octava semana es secretar testosterona y androstenediona, encargadas de estimular el desarrollo de los genitales externos masculinos. Adicionalmente en los testículos embrionarios, específicamente en las células de Sertoli ubicadas en la pared de los túbulos seminíferos, se inicia la producción de la hormona antimülleriana (HAM) encargada de inhibir la formación de los conductos paramesonéfricos responsables de la formación del útero y de las trompas uterinas.

Por último el epitelio de superficie se aplana y forma el mesotelio. La rete testis da origen a los conductillos eferentes y la unión de estos con el conducto mesonéfrico forma el conducto del epidídimo.

2.2.1.2.2. Desarrollo gonadal femenino. La médula de la gónada indiferenciada origina los testículos mientras que la corteza forma los ovarios. Los cordones gonadales al igual que en el testículo se extienden hacia la médula para formar la red ovárica, sin embargo a lo posterior esta degenera y desaparece. Los cordones corticales se extienden en el epitelio de superficie y a medida que crecen penetran en su interior las células germinales primitivas. En la semana dieciséis de vida embrionaria los cordones se fragmentan originando los folículos primitivos cada

uno de los cuales cuenta con una ovogonia que a lo posterior crecerá y formará un ovocito primario.

2.2.1.2.3. Desarrollo de genitales internos. Inicialmente los genitales masculinos y femeninos se encuentran en un período denominado estadio indiferente del desarrollo sexual ya que son similares. Los embriones femeninos y masculinos cuentan con los conductos mesonéfricos y los conductos paramesonéfricos. Bajo influjo de la testosterona los conductos mesonéfricos se transforman en los genitales externos masculinos. Su porción proximal forma el epidídimo y el resto del conducto da lugar al conducto deferente, la vesícula seminal y al conducto eyaculador.

En el embrión femenino los conductos mesonéfricos degeneran y se desarrollan los conductos paramesonéfricos. Su extremo proximal se abre en la cavidad peritoneal en forma de embudo formando las trompas uterinas, mientras que el extremo distal forma el primordio uterovaginal que se convierte en el tubérculo sinusal, el ligamento ancho, el fondo de saco rectouterino y vesicouterino. El tubérculo sinusal forma los bulbos sinovaginales que posteriormente darán lugar a la vagina.

2.2.1.2.4. Desarrollo de genitales externos. El desarrollo de los genitales externos inicia de la cuarta a la séptima semana, a partir del mesénquima se forma el tubérculo genital con las tumefacciones labioescrotales y los pliegues urogenitales. El crecimiento progresivo del tubérculo genital genera un falo primitivo que en el caso del sexo femenino cesa tempranamente y origina el clítoris mientras que en el sexo masculino continúa su crecimiento hasta que da a lugar al pene. El prepucio se forma de una invaginación ectodérmica, los cuerpos cavernosos y esponjosos del

pene se originan del mesénquima del falo primitivo. En el hombre las tumefacciones labioescrotales crecen y se fusionan formando el escroto mientras que en la mujer la fusión no se completa lo que determina la presencia de los labios mayores y su fusión en la parte posterior y anterior forma las comisuras labiales. Por otra parte los pliegues urogenitales forman en el hombre la uretra esponjosa y en la mujer los labios menores y el frenillo de los labios mayores (26).

2.2.2. Fisiología del sexo

2.2.2.1. Estímulo sexual. La respuesta sexual del individuo está determinada por elementos psicológicos, sociales y de interacción con otras personas. La relación entre estos elementos genera cambios físicos y mentales durante la respuesta sexual, representados por una serie de modificaciones temporales a nivel neurológico, hemodinámico, hormonal y genital (27 - 32).

El acto sexual masculino está influenciado tanto por estímulos psicológicos como por estímulos directos a nivel genital. Los estímulos psicológicos pueden desencadenar, potenciar e incluso inhibir la respuesta sexual. Un adecuado estímulo psicológico o una estimulación directa de los genitales pueden alcanzar por sí solos la eyaculación. Sin embargo, usualmente la estimulación encefálica a través de factores psicológicos conjuntamente con la estimulación sexual y sus respectivos mecanismos reflejos a nivel de la medula lumbosacra, generan la respuesta sexual (27, 28).

La mujer también necesita de estímulos psicológicos y genitales para desencadenar la respuesta y el deseo sexual. Éste último no depende únicamente de la estimulación, factores como la educación, impulso fisiológico y el influjo hormonal

determinado por el ciclo sexual, pueden también modificarlo. La estimulación del glándula del clítoris produce impulsos importantes que inician la respuesta sexual; no menos relevantes son los estímulos directos a nivel de la vagina, la vulva y el periné ya que ellos pueden desencadenar también el deseo y la sensación sexual. Estos estímulos, como en el hombre, también viajan por el nervio pudendo y el plexo sacro hacia la médula sacra y desde éste punto al encéfalo. El arco reflejo integrado por la médula espinal sacra y lumbar son también responsables de los fenómenos observados durante esta fase (27).

2.2.2.2. Respuesta sexual. La respuesta sexual está constituida por cuatro etapas que se detallan a continuación (27, 29, 30):

- A. Excitación: en el hombre la erección del pene es directamente proporcional al grado de estimulación sexual. Los impulsos parasimpáticos que determinan el crecimiento y engrosamiento del pene están mediados por el óxido nítrico, el péptido intestinal vasoactivo y la acetilcolina. Estos se transmiten desde la médula espinal sacra a través de los nervios pélvicos hasta el pene en donde disminuyen la resistencia vascular de sus arterias y relajan las fibras musculares del tejido eréctil.

La estimulación parasimpática adicionalmente promueve la secreción de moco por parte de las glándulas uretrales y bulbouretrales que se suman a la secreción de líquido prostático y de las vesículas seminales para formar el líquido pre-seminal que contribuye a la lubricación en el acto sexual.

En la mujer también se produce vasodilatación importante a nivel genital. Se evidencia erección del clítoris, engrosamiento de los labios menores y

elevación del útero con el consiguiente estiramiento de la vagina. La lubricación vaginal que aumenta progresivamente durante las fases de excitación y orgasmo surge a consecuencia de la trasudación del plasma a través de las paredes de la vagina y en menor proporción de la producción de secreciones por parte de las glándulas parauretrales femeninas o de Skene, especialmente, durante el orgasmo.

- B. Meseta o estabilización: Durante este período la excitación incrementa a menor velocidad que en la fase previa. El introito vaginal se tensa, existe salida de líquido pre-eyaculatorio en el hombre. Durante los juegos sexuales prolongados la erección masculina y la lubricación femenina suelen variar.
- C. Orgasmo: La clímax sexual tiene lugar en el punto máximo de excitación. Extra-genitalmente se produce taquicardia, elevación de la tensión arterial y de la frecuencia respiratoria. Durante esta fase se producen contracciones intermitentes en los genitales, en la musculatura del suelo pélvico, abdomen y cuello. En el hombre la eyaculación consta de dos fases: una fase de producción y emisión seminal y la propiamente eyaculatoria. En la primera la contracción del músculo liso de las vesículas seminales, la próstata y el conducto deferente produce una mezcla heterogénea llamada semen que se acumula a nivel del bulbo uretral. En la segunda y última fase llamada eyaculatoria se cierra el esfínter vesical, se contraen los músculos isquiocavernosos y bulbocavernosos y se expulsan las secreciones acumuladas conjuntamente con la contracción de los músculos del suelo pélvico.

En las mujeres se producen contracciones del útero, del suelo pélvico especialmente del músculo pubococcígeo.

- D. Resolución: la fase de resolución es la culminación de la respuesta sexual, los parámetros biológicos alterados en fases anteriores retornan a sus niveles normales. Esta fase se expresa por una sensación de bienestar, relajación muscular y un período refractario de duración variable. En el hombre el período refractario suele ser mayor y durante este tiempo ningún estímulo puede desencadenar una nueva respuesta sexual. Por el contrario en las mujeres éste período refractario suele ser de corta duración y de existir el estímulo adecuado pueden acontecer varios orgasmos.

2.2.3. Identidad y preferencia sexual

2.2.3.1 Identidad de género. Es la autoidentificación de un individuo al sexo masculino, sexo femenino, un tercer sexo o sexo diferente a ambos, o un punto intermedio entre los dos primeros. La expresión de género es la manifestación externa de la identidad de género (29 - 31).

2.2.3.2. Orientación o preferencia sexual. Hace alusión a la tendencia o preferencia de un individuo por un género, con carga erótica, entre las que se encuentran las preferencias heterosexual, homosexual y bisexual. Esta predilección implica deseo sexual y sentimientos de emoción hacia personas del mismo género, del género opuesto o ambos. Existen dos corrientes que explican su origen: la primera manifiesta que la preferencia sexual es innata e inmodificable en el transcurso de la vida, mientras que la segunda acepta que la orientación sexual es el reflejo de las

experiencias vividas por el individuo, altamente susceptible de cambio especialmente durante la segunda infancia, la adolescencia y en la vida adulta (31 - 34).

2.2.4. Conductas sexuales de riesgo

Se definen como conductas de riesgo a todas aquellas prácticas que impliquen el riesgo de adquirir o transmitir ITS incluyendo el SIDA: A. Relaciones sexuales sin preservativo. B. Promiscuidad. C. Relaciones sexuales con parejas ocasionales y/o trabajadoras sexuales.

Ya que la relación sexual entraña un grado variable de riesgo el único medio 100% efectivo para prevenir infecciones transmitidas por contacto sexual es la abstinencia (4, 16).

2.3 Problemática sexual del paciente con VIH

2.3.1. Grupos de riesgo

La epidemia de VIH ha mostrado sus efectos en grupos poblacionales de diferentes estratos económicos, preferencias sexuales, culturas y religiones. Es de destacar la transición entre una epidemia confinada en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a la epidemia actual en la que cada año cada vez más mujeres heterosexuales adquieren la infección por VIH. Es así que la investigación en este grupo ha encontrado, entre uno de sus hallazgos, que las mujeres infectadas por VIH con bajos ingresos económicos y pertenecientes a grupos minoritarios tienen más depresión, ansiedad y estrés a diferencia de otros grupos afectados por esta enfermedad (16, 35 - 37).

Por otra parte, con el creciente número de pacientes del género femenino infectadas, se ha evidenciado una mayor susceptibilidad de adquirir la infección ya que, como hemos

mencionado anteriormente, la transmisibilidad durante el coito vaginal es ocho veces superior desde el hombre a la mujer; las personas con tendencia sexual bisexual tienen menor uso consistente de preservativo con sus parejas femeninas que con sus parejas masculinas, probablemente al percibir menor riesgo por parte de este primer grupo. Y por último, en los países en los que el consumo de drogas intravenosas ocupa un lugar importante en las causas de transmisión de la infección, existe una significativa proporción de mujeres infectadas por uso directo de drogas intravenosas o a través de relaciones sexuales no protegidas con consumidores (36, 38 - 40).

Así mismo se ha demostrado que los efectos del alcohol y otras drogas son los responsables de una mayor prevalencia de comportamiento sexuales de riesgo, debido a que disminuyen las inhibiciones y alteran la capacidad de juicio.

Otro grupo de riesgo lo constituyen los pacientes con enfermedades mentales crónicas ya que el consumo de sustancias, la falta de conocimiento de la transmisión del VIH, las infecciones de transmisión sexual y la práctica de conductas sexuales de riesgo exponen al individuo a la infección y facilitan su transmisión. Trastornos mentales graves como la esquizofrenia pueden también predisponer al individuo a mantener conductas sexuales de riesgo, dificultar el tratamiento médico y la detección de nuevas patologías psiquiátricas.

Las depresión, ansiedad y baja autoestima pueden acompañarse de una prevalencia incrementada de conductas sexuales de riesgo. En 1996, Ross y Roser (16) efectuaron un estudio en pacientes homosexuales en el cual la depresión estuvo íntimamente relacionada con el diagnóstico de VIH. Evidencia adicional sugiere que el tratamiento de la depresión en estos pacientes se correlaciona con una disminución de la práctica de conductas de riesgo versus mayor información, acceso a consejería o conocer a alguien con la enfermedad.

Individuos con una personalidad hostil o impulsiva, o con antecedentes de abuso sexual con sintomatología de trastorno por estrés postraumático, también presentan mayor riesgo de tener conductas sexuales de riesgo que aumentan la probabilidad de adquirir ITS en donde se incluye el VIH (40 - 42).

2.3.2. Factores sociodemográficos relacionados con la infección y la transmisión del VIH/SIDA.

Varios investigadores en el afán de identificar posibles factores de riesgo relacionados con la infección y la transmisión del VIH desde individuos seropositivos a sus parejas seronegativas han encontrado que el género, la raza, el estado civil, la religión, el nivel de instrucción, el nivel socioeconómico y la situación laboral de las personas afectas podrían estar relacionadas con la prevalencia de la infección e incrementar directa o indirectamente la transmisión del virus.

2.3.2.1. Género. La epidemia que inicialmente se identificó en grupos de hombres que tenían sexo con hombres (HSH) compromete hoy en día a hombres y mujeres de diferentes preferencias sexuales en todo el mundo. Estudios realizados en poblaciones mixtas han encontrado que tanto hombres como mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA presentan conductas sexuales de riesgo (42). Sin embargo en investigaciones destinadas a determinar la prevalencia de seroconversión de parejas serodiscordantes, se ha encontrado que la pareja índice en la mayoría de los casos es el hombre (43). Otros afirman que las mujeres tienen mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo al tener menores tasas de prevalencia de uso de preservativo, debidas a un pobre poder de negociación de uso de condón con sus compañeros sexuales (16, 44). Un estudio realizado en Kenia demostró que

el género estaba altamente asociado con el uso de preservativo y con el número de parejas sexuales, indicando que los hombres casados tenían un mayor número de parejas sexuales en comparación a las mujeres casadas y que las mujeres solteras tenían mayor número de parejas sexuales en relación con hombres solteros y mujeres casadas (44).

2.3.2.2. Raza. Estudios conducidos en Estados Unidos han encontrado que las razas afroamericana, hispana y blanca tienen mayor prevalencia de diagnóstico de VIH, tanto en hombres como en mujeres (3, 45 - 47). Sin embargo, no encontramos estudios en países industrializados ni a nivel de Latinoamérica que proporcionen información sobre la influencia de la raza o etnia, con la práctica de conductas sexuales de riesgo en individuos con diagnóstico de VIH/SIDA.

2.3.2.3. Estado civil. Como se mencionó, el estado civil se ha vinculado con algunas prácticas de riesgo. Un estudio realizado con una muestra mixta de personas heterosexuales (44) demostró que los hombres casados y las mujeres solteras tenían mayor prevalencia de un número incrementado de compañeros sexuales en los últimos seis meses. El uso inconsistente de preservativo de los pacientes con VIH también se ha relacionado con el estado civil; un estudio realizado en Nigeria (38) indicó que las personas en algún tipo de unión marital tenían cuatro veces más uso consistente de condón que las personas que no se encontraban en unión y que este último grupo se encontraba conformado en su mayoría por mujeres. Mientras que en Uganda las personas casadas o que convivían con sus parejas presentaron al inicio del estudio una prevalencia del 85% de conductas sexuales de riesgo y a lo posterior se constató que estos fueron más activos sexualmente en comparación con personas divorciadas (42).

2.3.2.4. Religión. La prevalencia VIH relacionada con el tipo de religión difiere según el país en el que se realiza la investigación (42, 44). Existe poca evidencia que lo relacione con la práctica de sexo no seguro. El Parlamento de las Religiones del Mundo respalda el ejercicio del sexo en el contexto del respeto a uno mismo y a los derechos humanos de los demás. La iglesia católica ha enfatizado a lo largo de los años que el ejercicio de una sexualidad madura no es logable por el uso de métodos de anticoncepción, de todas maneras tácitamente ha aceptado el uso del preservativo como método de prevención en una relación que implica alto riesgo. Por lo tanto la religión de las personas podría influir en la decisión de adoptar medidas de prevención, explícitamente en la decisión del uso del preservativo, lo que podría derivar en un alto número de relaciones sexuales no protegidas sobre todo si el individuo no identifica a su pareja como de riesgo.

2.3.2.5. Nivel de instrucción. Varios estudios conducidos en pacientes con diagnóstico de VIH muestran una alta prevalencia de un nivel de instrucción inferior a 12 años de educación (3, 38, 47, 48) a excepción de un estudio en pacientes con tendencia homosexual en los cuales el nivel de educación en la mayoría de los participantes fue la educación superior. Así mismo un mayor nivel educativo (más de 12 años de estudio) se ha relacionado con mayor uso de preservativo posterior al inicio de la TARMA (38). La prevalencia de VIH también fue superior en individuos con menos de 12 años de educación comparadas con individuos con más de 12 años de educación.

2.3.2.6. Nivel socioeconómico. Varios estudios han reportado entre sus pacientes un nivel socioeconómico bajo (49, 46). Reportes de un incremento en el riesgo de transmisión de VIH entre HSH que viven en Asia, África, la Antigua Unión Soviética y

Latinoamérica llevaron a investigar la relación de este aumento con el nivel socioeconómico. Así se encontró que los pacientes HSH que viven en países con ingresos económicos medios tenían un mayor riesgo de infección por VIH en comparación con la población de HSH que viven en países con ingresos económicos bajos (48).

2.3.2.7. Situación laboral. El empleo de cualquier tipo ha sido mencionado como factor relacionado a uso consistente de preservativo. De hecho se ha encontrado que las personas desempleadas tienen menos uso consistente de condón que las personas con empleo ocasional y que las personas con empleo estable (38).

2.3.3. Nivel de información y práctica de conductas sexuales de riesgo

Existe evidencia que sugiere que a mayor consejería y nivel de información adquirida, las conductas sexuales de riesgo disminuyen sustancialmente entre las personas que viven con VIH/SIDA. Un estudio realizado en trece centros destinados a la atención de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en Estados Unidos, reflejó que la consejería proporcionada por médicos en cada visita de control tuvo una discreta disminución en las conductas sexuales de riesgo a los seis meses y una importante y estadísticamente significativa disminución de estas conductas a los doce meses, en comparación con pacientes que recibían consejería en el grupo estándar de cuidado. También se observó que los pacientes que recibían información por parte de especialistas en prevención tuvieron una disminución sustancial de conductas de alto riesgo a los seis meses aunque este efecto fue inconsistente a los doce meses de estudio, en comparación con las personas que recibían consejería con el grupo estándar de consejería (47).

Ciertos estudios indican la urgente necesidad de programas de prevención secundaria que permitan obtener al paciente una vasta información sobre su enfermedad de manera que sus conductas de riesgo y la de sus parejas disminuyan (3, 38). Un meta-análisis realizado por Crepaz, Hart y Marks en el 2004 demostró que las conductas sexuales de riesgo de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA no estaban relacionadas con efectos indirectos de la terapia antiretroviral de máxima actividad (TARMA), sino, a las creencias erradas sobre la terapia farmacológica, sus efectos y menor preocupación de los pacientes de mantener relaciones sexuales de alto riesgo (1).

El nivel de conocimiento puede actuar de forma indirecta sobre la toma de decisiones pero no constituye la única vía para lograr el éxito en prevención secundaria de la transmisión de VIH. Algunos autores (33) sostienen que una información adecuada no siempre permite el desarrollo de conductas sexuales saludables y que de hecho en varias ocasiones, un conocimiento adecuado de la enfermedad y su transmisibilidad no se relaciona con medidas preventivas. Sin embargo se ha encontrado que incrementar los conocimientos es más sencillo que desechar mitos o ideas erróneas.

2.3.4. Preocupación por la salud, percepción de riesgo y su influencia en la práctica de conductas sexuales de riesgo

La preocupación por la salud puede jugar un papel muy importante en pro de un estilo de vida saludable ya que esta sensación genera la búsqueda constante de hábitos o conductas encaminadas a lograr la salud y el bienestar. Por el contrario una persona cuya salud no le preocupa o le es indiferente, como es el caso de usuarios de drogas intravenosas, tiende a priorizar otros objetivos de salud relativos a su adicción en lugar de practicar relaciones sexuales seguras (33).

Como se mencionó anteriormente el conjunto de conocimientos del individuo generalmente no dictamina su actuar, en tanto que la influencia cultural y su psicología pueden tener especial relevancia a la hora de tomar la decisión sobre tener o no prácticas sexuales de riesgo. La asunción de un locus interno o externo referente a la enfermedad puede determinar el rumbo de la misma; Un locus interno de control de salud permite al individuo asumir la responsabilidad de su salud y/o enfermedad y concientizar que sus actitudes y prácticas podrían inferir en esta búsqueda. Por otra parte personas con un locus externo (fatalista) tienden a transferir responsabilidades a situaciones como el destino, suerte u otras personas. Se ha visto que estas últimas al deslindarse de su enfermedad adquieren menores conocimientos, lo que contribuye aún más a un comportamiento sexual de riesgo (16, 33).

Por otra parte la subestimación del riesgo también interviene en la toma de decisiones, ya que al no percibir una amenaza, las prácticas sexuales de riesgo pueden mantenerse o incrementarse. Existe una percepción alterada de la posibilidad de tener una enfermedad, de la necesidad de realizarse pruebas de tamizaje para detectarla o de la posibilidad de transmitirla. De forma contraria a lo que podría pensarse, la valoración de riesgo no está directamente relacionada con los conocimientos técnico-científicos de la enfermedad. El constructo sobre ésta, está claramente influenciado por factores inherentes al individuo como género, raza, identidad sexual y preferencia sexual; así como por factores externos como vivencias personales, tipo de pareja, grado de compromiso con la misma y duración de la relación, además de conocer a una persona infectada por VIH/SIDA (33).

Cuando una persona seronegativa o de estatus serológico desconocido tiene una relación sexual que implica riesgo bajo o intermedio, la reacción inicial es sobrestimar el peligro de transmisión debido a que se tiende a extremar la preocupación por situaciones como la

antes mencionada y menospreciar situaciones de alto riesgo. La explicación para el fenómeno de subestimación surge de la negación a la posibilidad de que situaciones desagradables o potencialmente mortales puedan afectar a la persona involucrada en la conducta de riesgo, especialmente cuando su situación es comparable a la de personas en condiciones similares (1, 33).

Los pacientes con enfermedades como el VIH/SIDA pueden experimentar, a consecuencia del alto nivel de estrés causado por una entidad que amenaza su vida, poco interés por conductas preventivas; dada la disminución en la percepción de su vulnerabilidad. Este optimismo y sensación de inmunidad pueden generar a futuro el desarrollo de conductas sexuales de alto riesgo para el paciente con VIH y sus parejas (1, 33).

El manejo de esta percepción alterada de la realidad se torna más complejo ya que existe una fuerte influencia social y cultural sobre ella, la rememoración de experiencias vividas, de sucesos escuchados o vistos son en general los factores determinantes para practicar o no conductas sexuales saludables. Adicionalmente existe una "ilusión de control" que hace que el individuo crea que puede manejar situaciones relacionadas con su intimidad sexual, originando un sentimiento de falso control (16, 33).

2.3.5. TARMA y conductas sexuales de riesgo

Desde el inicio de la era de la TARMA y su éxito en la reducción de las cifras de morbimortalidad en los pacientes con VIH/SIDA, concomitantemente se ha observado un incremento en las conductas sexuales de riesgo en algunas poblaciones de estudio (3).

Inicialmente se pensaba que este fenómeno era secundario a un efecto no intencional de la terapia, sin embargo a través de los años una gran cantidad de investigación sobre el tema ha dilucidado que verdaderamente existe un incremento en las conductas de riesgo pero a

diferencia de la hipótesis inicial, su respuesta se halla en las creencias y falsas expectativas generadas en los pacientes sobre la terapia y sobre la infección (1, 4). Adicionalmente dichas creencias y expectativas podrían conducir a una reducción en la preocupación que alteraría la percepción de las consecuencias de la transmisión de la enfermedad.

También se ha planteado que personas en riesgo de adquirir la infección por VIH pudieran tomar menos acciones preventivas en tema de sexualidad debido a la disponibilidad actual de la TARMA y su efectividad como tratamiento. Situación similar a la observada en las personas con infección por VIH establecida, ya que en un estudio llevado a cabo en mujeres heterosexuales posterior a la iniciación de la TARMA, se encontró que aquellas que tenían falsas creencias sobre la terapia y la enfermedad tenían menor uso de preservativo que aquellas con una visión adecuada de la realidad y que el uso inconsistente de preservativo era superior después de iniciar la terapia que antes de acceder a ésta (3).

Existen otros estudios en los que no se ha evidenciado un incremento en las prácticas sexuales de riesgo posterior a la TARMA. En estos se han reportado un incremento progresivo del uso de preservativo (38, 42) y una disminución en la práctica de relaciones sexuales no protegidas con personas de estatus serológico desconocido o seronegativas, con una consecuente disminución en el riesgo de transmisión del 98% (42).

2.3.6. Influencia de las creencias sobre la enfermedad y la TARMA en las conductas sexuales de riesgo

Hemos visto que las ideas erróneas de las personas viviendo con SIDA (PVVS) pueden entrañar grandes y graves riesgos de transmisión secundaria del virus del VIH. Entre las creencias erróneas encontramos: la idea de que el virus bajo TARMA permanece “adormecido”, que éste virus puede ser transmitido pero su daño potencial es inferior

porque “no causara daño si la persona está sana” a menos que “despierte”; y que el término carga viral indetectable implica curación de la enfermedad (4).

Por otra parte, al pensar que el virus se encuentra en una especie de fase de latencia las personas perciben una mejoría significativa de su estado de salud, lo que lleva en muchos casos a mantener o incluso incrementar las conductas sexuales de riesgo.

En España se realizó un estudio que buscaba definir la prevalencia del VIH y de las conductas sexuales de riesgo en HSH. Se determinó que aunque la creencia de que la TARMA cura definitivamente la enfermedad había disminuido de 11,7% en 1998 a 4,7% en el 2002, las creencias de que una persona bajo TARMA y una persona con carga viral indetectable no transmiten el virus del VIH en una relación sexual se mantuvieron constantes en el transcurso del tiempo. Por último se vio una tendencia creciente en las ideas de que los HSH tenían menor preocupación de volverse positivos debido a la TARMA, menos preocupación e importancia de utilizar medidas preventivas y menos preocupación de haber corrido riesgo durante una relación sexual (50).

A pesar de esto, un meta-análisis destinado a determinar la verdadera razón implicada en las conductas sexuales de riesgo de los pacientes post-TARMA identificó que únicamente las creencias de transmisibilidad reducida y la disminuida preocupación por mantener sexo no seguro estaban relacionadas estadísticamente con sexo no protegido (1).

2.3.7. La promiscuidad en el contexto de las conductas sexuales de riesgo del paciente con VIH/SIDA

La promiscuidad es definida por la O.M.S. como la práctica de relaciones sexuales con dos o más parejas sexuales en un periodo menor a seis meses.

En San Francisco se realizó un estudio para determinar el impacto de la TARMA en la incidencia del VIH en HSH durante la década de los 90, período de tiempo en el que se introdujo la TARMA y las cifras de mortalidad redujeron drásticamente. Los HSH reportaron aproximadamente el doble de prevalencia de relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales en 1999 en comparación con 1994, año en el cual todavía no se había extendido el uso de la TARMA (2).

Existe evidencia contradictoria (44, 47) en cuanto a la prevalencia de promiscuidad en las PVVS posterior al inicio de su terapia con TARMA. Un estudio desarrollado en heterosexuales, en los que aproximadamente dos tercios de los participantes estaban bajo TARMA y cuya finalidad era el analizar los efectos de la intervención del personal de salud en las conductas sexuales de riesgo; determinó que el número promedio de parejas sexuales al inicio del estudio fue de cinco y la media fue dos. Además 39% de las personas sexualmente activas reportaron tener dos o más parejas sexuales. Por el contrario en Kenia (44) únicamente el 9,5% de los pacientes reportaron dos o más parejas sexuales en los últimos seis meses y su presencia estuvo asociada al género masculino y el estado civil.

En otra investigación, entre las personas que presentaron promiscuidad se encontraron asociaciones entre ésta y el consumo de tres bebidas alcohólicas por semana, el hábito tabáquico y el aumento de la prevalencia por cada incremento de diez años de edad (3).

2.3.8. Uso de preservativo como medida de prevención de transmisión

La tendencia en las PVVS bajo TARMA comúnmente ha sido no utilizar preservativo. Tanto en los individuos promiscuos como los no promiscuos se ha observado uso inconsistente de condón y esta asociación como la explicación del riesgo de tener una ITS.

Las razones para no usar el preservativo para todos y cada uno de los encuentros sexuales ciertamente difieren entre un individuo seronegativo y un individuo con VIH. La incomodidad, disminución del placer sexual, vergüenza para adquirir un preservativo, el uso de otro método de anticoncepción, la falta de disponibilidad y factores relativos a la religión son comunes entre los grupos seropositivos y seronegativos (4). Pero en el paciente con VIH existen otros elementos que a juzgar por su lógica se convierten en razones valederas para no utilizar un preservativo. Piensan que no es necesario porque ya tienen VIH/SIDA o que no es necesario si su pareja sexual también es seropositiva. Es de notar que nuevamente las conductas están basadas en falsos optimismos y creencias sobre el VIH (4).

En cambio el uso de preservativo a más de buscar la anticoncepción en las PVVS, puede propiciarse en el contexto del miedo a transmitir la infección a la pareja, a adquirir una nueva ITS o a re-infectarse por un subtipo diferente de VIH (51).

Existen otras inferencias al momento de usar preservativo en las personas que se encuentran bajo TARMA. La primera es el tipo de pareja sexual, siendo las relaciones con una pareja ocasional o con una trabajadora sexual, las de menos preocupación en cuanto a uso de medidas de prevención, debido al poco vínculo sentimental con estas personas y a la posibilidad de no volver a frecuentar a una persona que pudiera identificarlos como fuente transmisión de la infección. Por el contrario muchas PVVS señalan la necesidad de utilizar preservativo con una pareja estable a fin de no transmitir el VIH y la inquietud que genera en ellos el riesgo de causar daño a una persona querida (4).

2.3.8.1. Autoeficacia y uso de preservativo. Se consideran dos tipos de autoeficacia: la del uso que consiste en la capacidad para pedir y practicar conductas sexuales preventivas y la de no uso a través de la cual el individuo

desecha proposiciones que conllevan riesgo sexual. Un estudio realizado en personas jóvenes viviendo con VIH encontró que la autodeterminación y la autoeficacia estuvieron íntimamente relacionadas con el uso de preservativo (52).

2.3.9. Respuesta inmunológica y conductas sexuales de riesgo.

Las mejoras del recuento de linfocitos T CD4 han demostrado en algunos casos su influencia en la conducta sexual de las PVVS. Un incremento del 33% en las cifras de estas células se asoció con mayor actividad sexual pero no con promiscuidad ni con uso inconsistente de preservativo (1,3); tendencia también encontrada en las personas con cifras de CD4 superiores a 500 células en comparación con personas cuyos valores fueron inferiores. Adicionalmente, cierta evidencia sugiere que los individuos con carga viral plasmática inferior a 38 500 copias fueron más activos sexualmente que aquellos con una carga viral superior.

Durante los noventa, un estudio desarrollado en HSH mostró que las mejoras virológicas se asociaron con una mayor prevalencia de relaciones sexuales no protegidas con parejas ocasionales, posterior al diagnóstico de carga viral indetectable en comparación con HSH con carga viral detectable y sin terapia TARMA. Así mismo las mejoras inmunológicas se encontraron relacionadas con uso inconsistente de preservativo con parejas casuales (53). Contrario a lo antes mencionado el único meta-análisis realizado hasta el momento sobre conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH/SIDA no ha demostrado asociación entre carga viral indetectable y uso no consistente de preservativo.

En los últimos años se ha visto que las mejoras inmunológicas y virológicas han conducido indirectamente al incremento de conductas de riesgo. Es decir que un mayor número de linfocitos T CD4 y la disminución de la carga viral permiten reducir el riesgo de infecciones y

neoplasias oportunistas en los pacientes con VIH/SIDA, de tal manera que la consecuencia real es una sensación de bienestar y salud que podría permitirles retornar a la práctica de conductas no saludables o incrementarlas, tal y como sucedía cuando no habían sido diagnosticados de la infección o cuando no habían experimentado deterioro en su salud a causa de la enfermedad (4).

2.3.10. Alcohol y drogas como generadores o potenciadores de conductas de riesgo

La intervención de estos factores en la problemática de conducta sexual en los pacientes con VIH es contradictoria. Debido a los efectos del consumo de éstas sustancias sobre el funcionamiento del organismo, algunos autores sostienen que los pacientes con estos hábitos perniciosos tienen más probabilidades de ser sexualmente activos, de ser más promiscuos y de ser inconsistentes en cuanto al uso de preservativo (3, 16).

3. JUSTIFICACIÓN

La evidencia en la literatura internacional es contradictoria respecto a las conductas sexuales de riesgo en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, tanto en prevalencia como en su asociación a las características del paciente y la TARMA. Existen pocos estudios al respecto en Latinoamérica y ninguno en el Ecuador que investigue estas interrogantes.

La mayoría de investigaciones realizadas a nivel mundial y los datos obtenidos en ellas, provienen de países desarrollados, con un mayor nivel socioeconómico, un mayor nivel educativo y sistemas de salud más fuertes que los países en vías de desarrollo. Es así que estos datos podrían no reflejar la realidad de nuestra población y no necesariamente constituyen un referente para la planificación de estrategias de salud a nivel nacional.

Estudios demuestran que las intervenciones para la prevención secundaria del VIH, mediante la educación y el empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA, logran una disminución importante en la transmisión del virus al cambiar las prácticas sexuales de riesgo por prácticas sexuales más saludables.

Es así que se hace necesario determinar la realidad de las conductas sexuales de riesgo de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en nuestro país, como primer paso para la subsecuente planificación y ejecución de programas de salud destinados a lograr una sexualidad saludable en los pacientes con VIH/SIDA y la prevención secundaria del VIH.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en los pacientes mayores de 18 años con VIH/SIDA, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en el mes de julio de 2011?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 18 años con VIH/SIDA, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en el mes de julio de 2011?

¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas a conductas sexuales de riesgo en los pacientes mayores de 18 años con VIH/SIDA, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en el mes de julio de 2011?

¿Cuáles son las prácticas y creencias asociadas a conductas sexuales de riesgo en los pacientes mayores de 18 años con VIH/SIDA, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en el mes de julio de 2011?

5. HIPÓTESIS

H₀: Los pacientes con VIH/SIDA no presentan conductas sexuales de riesgo posterior a su diagnóstico.

H₁: Los pacientes con VIH/SIDA presentan conductas sexuales de riesgo posterior a su diagnóstico.

H₂: Los hombres presentan más conductas sexuales de riesgo que las mujeres.

H₃: Los pacientes que tienen creencias erróneas sobre el VIH/SIDA o su tratamiento presentan más conductas sexuales de riesgo que los pacientes con conocimientos adecuados.

H₄: Los pacientes con mayor nivel educativo tienen mayor uso consistente de preservativo que los pacientes con menor nivel educativo.

H₅: Los hombres tienen mayor uso consistente de preservativo que las mujeres.

H₆: Los pacientes que tienen algún tipo de unión (casados o en unión libre) tienen mayor uso consistente de preservativo que los que no se encuentran en ningún tipo de unión.

H₇: Los pacientes que tienen creencias erróneas sobre el VIH/SIDA o su tratamiento tienen menor uso consistente de preservativo que los pacientes con conocimientos adecuados.

H₈: Las personas con algún tipo de empleo tienen mayor uso consistente de preservativo que los desempleados.

H₉: Los pacientes que tienen relaciones con parejas sexuales ocasionales tienen menor uso consistente de preservativo que los pacientes que tienen relaciones con pareja sexual estable.

H₁₀: Los pacientes que tienen relaciones sexuales con trabajadores sexuales tienen menor uso consistente de preservativo que los pacientes que no lo hacen.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivos generales

Determinar la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en los pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

Describir las características sociodemográficas de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

Identificar las características sociodemográficas asociadas a conductas sexuales de riesgo en los pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

Definir las prácticas y creencias asociadas a conductas sexuales de riesgo en los pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

6.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las conductas sexuales de riesgo de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.
- Determinar la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en los pacientes con VIH/SIDA por género, estado civil, etnia/raza, religión y tendencia sexual.

- Establecer la prevalencia y factores relacionados con:
 - Tipo de pareja sexual.
 - Promiscuidad.
 - Relaciones sexuales con trabajadores sexuales.
 - Uso de preservativo.
 - Conocimientos y creencias sobre uso de preservativo.
 - Conocimientos y creencias sobre VIH/SIDA y tratamiento.

- Describir los patrones de actividad sexual y sus factores asociados, dentro de las distintas fases de la enfermedad.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio

Desarrollamos un estudio descriptivo exploratorio de corte transversal con evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas (tipo CAP), mediante análisis y cruce de variables bajo modelo de cohorte en búsqueda de asociaciones significativas.

7.2. Muestra

Identificamos el consistente uso de preservativo como uno de los parámetros definitorios de las conductas sexuales tanto saludables como de riesgo, por lo que consideramos la prevalencia de uso de preservativo como uno de los determinantes para el cálculo de la muestra en nuestro estudio. En el meta análisis sobre conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH/SIDA realizado por Crepaz, Hart & Marks en Estados Unidos en 2004 (1) reportan una prevalencia de uso de preservativo de 44% a 91% con una media de 67%. Decidimos utilizar el límite inferior de la prevalencia reportada anteriormente en el cálculo de la muestra, con el objetivo de mantener una muestra de buen tamaño, ya que al utilizar la media o el límite superior de la prevalencia el tamaño de esta se reducía a un 90% y 32% respectivamente.

Para el cálculo utilizamos la fórmula que se encuentra a continuación con un nivel de confianza de 95%, una precisión propuesta de 0,1 y como mencionamos anteriormente, una prevalencia de uso de preservativo de 44%.

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Junto con los parámetros descritos, la fórmula determinó una muestra de 95 pacientes con VIH/SIDA. Finalmente recolectamos una muestra de 108 pacientes, de un total de 1323 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del Servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo que conforman el universo muestral de este estudio.

El método de muestreo fue por conveniencia, ya que reclutamos a los pacientes con VIH/SIDA que al acudir a sus controles en la consulta externa del Servicio de Medicina Interna decidieron participar voluntariamente y cumplieron con los criterios de inclusión que se describen más adelante.

7.3. Procedimientos de recolección de información

No encontramos un instrumento de recolección de datos validado que se ajuste a los objetivos de este estudio, por lo que decidimos desarrollar nuestro propio instrumento en base a las conductas sexuales de riesgo referidas en la bibliografía internacional. Previamente a la aplicación del cuestionario los pacientes llenaron una hoja de consentimiento informado realizada específicamente para este estudio. La ejecución del cuestionario fue llevada a cabo por los autores personalmente, mediante validación cara a cara para maximizar la comprensión de los pacientes y disminuir los sesgos posibles por errores.

7.4. Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Pacientes que acuden a control en la consulta externa del servicio de Medicina Interna del HEE.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Tiempo igual o mayor a seis meses desde el diagnóstico de VIH/SIDA.

7.5. Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes hemofílicos.
- Pacientes hospitalizados.
- Tiempo menor a seis meses desde el diagnóstico de VIH/SIDA.

7.6. Análisis de datos.

Se utilizó el siguiente software informático para la creación de la base de datos, análisis y posterior reporte de resultados: Microsoft Excel 2010, Epi Info versión 3.5.3, SPSS Statics versión 19.0 y Microsoft Word 2010.

7.7. Aspectos administrativos

Para la ejecución del estudio requerimos autorización escrita por parte del Departamento de Docencia e Investigación y del Comité de Bioética del Hospital Eugenio Espejo. El estudio fue completamente auto-financiado por los autores, de manera que no existieron conflictos de interés.

7.8. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición instrumental	Tipo
Edad	Años cumplidos.	<ul style="list-style-type: none">• Número	Cuantitativa Numérica
Sexo al nacimiento	Sexo fenotípico determinado al nacimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Masculino.• Femenino.	Cualitativa Nominal Dicotómica
Raza/Etnia	Autoidentificación con un grupo poblacional acorde a características fenotípicas.	<ul style="list-style-type: none">• Blanca.• Mestiza.• Indígena.• Negra.• Otra.	Cualitativa Nominal Politómica
Estado civil	Calificación social y legal para relación de pareja.	<ul style="list-style-type: none">• Soltero.• Unión libre.• Casado.• Divorciado.• Viudo.	Cualitativa Nominal Politómica

Religión	Creencias o dogmas adoptadas por un individuo sobre la divinidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Atea. • Católica. • Cristiana evangélica. • Otra. 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Politómica</p>
Nivel de instrucción	Nivel de educación formal alcanzado.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • Primaria incompleta. • Primaria completa. • Secundaria incompleta. • Secundaria completa. • Superior incompleta. • Superior completa. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Tipo de empleo	<p>Situación laboral actual.</p> <p>Estable: actividad productiva realizada habitualmente, bajo contrato o con garantía de perpetuarse, por la que se percibe un salario regularmente.</p> <p>Ocasional: actividad productiva realizada temporalmente, sin contrato o garantía de perpetuarse, por la que se percibe un salario.</p> <p>Desempleo: persona sin una actividad productiva remunerada en los últimos 5 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estable. • Ocasional. • Desempleo. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>

Identidad sexual actual	Autoidentificación de la persona con un género particular que puede ser diferente al de nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre. • Mujer. • Otro. 	Cualitativa Nominal Politómica
Preferencia sexual	Manifestación de la sexualidad que determina gusto, inclinación y práctica de relaciones sexuales con personas de otros o el mismo género.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres. • Mujeres. • Ambos. 	Cualitativa Nominal Politómica
Promiscuidad	Más de dos parejas sexuales en un periodo de seis meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No 	Cualitativa Ordinal Dicotómica
Prácticas sexuales	Tipo de actividad sexual insertiva o receptiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia. • Masturbación. • Anal. • Oral. • Vaginal. 	Cualitativa Nominal Politómica
Tipo de pareja sexual	<p>Tipo de pareja con la que el paciente ha tenido relaciones sexuales.</p> <p>Estable: pareja con la que se mantiene una relación por un periodo igual o mayor a seis meses, excepto casados.</p> <p>Ocasional: pareja con la que se mantiene una relación por un periodo menor a seis meses, excepto casados.</p> <p>Abstinencia: ausencia de pareja o relaciones sexuales en un periodo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. • Estable. • Estable y ocasionales. • Ocasionales. 	Cualitativa Ordinal Politómica

	determinado de tiempo.		
Uso de preservativo con PSE	Frecuencia de uso de preservativo durante el coito insertivo o receptivo con pareja estable.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre. • A veces. • Nunca. 	Cualitativa Ordinal Politómica
Uso de preservativo con PSO	Frecuencia de uso de preservativo durante el coito insertivo o receptivo con parejas ocasionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre. • A veces. • Nunca. 	Cualitativa Ordinal Politómica
Sexo con trabajador sexual	Relaciones sexuales con una persona que intercambia sexo por dinero.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Cualitativa Ordinal Dicotómica
Uso de preservativo con TS	Frecuencia de uso de preservativo durante el coito insertivo o receptivo con trabajadores sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre. • A veces. • Nunca. 	Cualitativa Ordinal Politómica
Motivo para uso de preservativo	Razón más importante para usar preservativo en una relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • No utiliza. • Anticoncepción. • Petición de pareja. • Prevenir transmisión de VIH a pareja. • Prevenir contagio de otra ITS. • Otro. 	Cualitativa Nominal Politómica
Motivo para uso no consistente de preservativo	Razón más importante para no usar preservativo en todas y cada una de las relaciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre utiliza. • Disponibilidad. • Vergüenza al solicitarlos. • Costo. 	Cualitativa Nominal Politómica

		<ul style="list-style-type: none"> • Incomodidad. • Disminución del placer sexual. • Pareja prefiere no utilizar. • Innecesario porque paciente ya tiene VIH/SIDA. • Innecesario porque paciente y pareja ya tienen VIH/SIDA. • Inmoral y/o va en contra de la religión. • Utiliza otro método anticonceptivo. • Efectos del alcohol. 	
Sexo no protegido bajo efectos del alcohol	Frecuencia de relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • No recuerda. • Nunca. • Una vez. • Más de una vez. 	Cualitativa Ordinal Politómica
Estado de salud	Autopercepción del estado de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno. • Regular. • Malo. 	Cualitativa Ordinal Politómica
Actividad sexual post-diagnóstico de VIH	Frecuencia de actividad sexual posterior al diagnóstico de VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • No tuvo. • Disminuyó. • No cambió. • Aumentó. 	Cualitativa Ordinal Politómica

Diagnóstico de SIDA	Caso confirmado de VIH con evidencia de conteo de CD4+ inferior a 200/mm ³ o con enfermedad definitoria de SIDA (categorías A3, B3 y C1-3).	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Dicotómica</p>
Actividad sexual post-diagnóstico de SIDA	Frecuencia de actividad sexual posterior al diagnóstico de SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • No tuvo. • Disminuyó. • No cambió. • Aumentó. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Paciente bajo TARMA	<p>Paciente bajo tratamiento antirretroviral.</p> <p>TARMA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dos o más inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos junto con un inhibidor de la proteasa o inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido. 2. Un inhibidor de la transcriptasa inversa nucleósido junto con un inhibidor de la proteasa y un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido. 3. Ritonavir o saquinavir en combinación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Dicotómica</p>

	<p>con un inhibidor de la transcriptasa inversa nucleósido.</p> <p>4. Abacavir junto con tres o más inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos.</p>		
Actividad sexual post-inicio de TARMA	Frecuencia de actividad sexual posterior al inicio de TARMA.	<ul style="list-style-type: none"> • No tuvo. • Disminuyó. • No cambió. • Aumentó. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Diagnóstico de CVI	Caso confirmado de VIH/SIDA con evidencia de carga viral bajo el umbral de detección del método de cuantificación utilizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Dicotómica</p>
Actividad sexual post-diagnóstico de CVI	Frecuencia de actividad sexual posterior al diagnóstico de CVI.	<ul style="list-style-type: none"> • No tuvo. • Disminuyó. • No cambió. • Aumentó. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Creencia sobre transmisión de VIH bajo TARMA	Creencia del paciente con VIH/SIDA sobre la posibilidad de transmitir el virus en una relación sexual durante el tratamiento con TARMA.	<ul style="list-style-type: none"> • Posible. • Imposible. • Desconoce. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Creencia sobre necesidad de uso de preservativo con pareja VIH (+)	Creencia del paciente con VIH/SIDA sobre la necesidad de utilizar un preservativo en una relación sexual con una pareja seropositiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario. • Innecesario. • Desconoce. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>

Creencia sobre necesidad de uso de preservativo con pareja VIH (-)	Creencia del paciente con VIH/SIDA sobre la necesidad de utilizar un preservativo en una relación sexual con una pareja seronegativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario. • Innecesario. • Desconoce. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Creencia que TARMA cura VIH/SIDA	Creencia del paciente con VIH/SIDA que la TARMA cura el VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. • Desconoce. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>
Creencia que CVI implica curación de VIH/SIDA	Creencia del paciente con VIH/SIDA que CVI implica la curación completa del VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. • Desconoce. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>

8. ASPECTOS BIOÉTICOS

La investigación se realizó como parte del proyecto de disertación de grado requerido para la obtención del título de médico-cirujano de los autores. No presenta conflictos de intereses ni ambientales.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité de Bioética y el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Eugenio Espejo antes de proceder a la fase de ejecución del estudio.

La participación de los pacientes tuvo el carácter de anónima, confidencial y voluntaria. Para garantizar las características previamente mencionadas, desarrollamos una hoja de consentimiento informado, que los participantes debieron leer y firmar después de recibir una explicación verbal por parte de los autores. Adicionalmente, los participantes tuvieron la opción de retiro voluntario en cualquier momento.

La recolección de datos, manejo de la información, análisis y reporte de resultados fueron realizados únicamente por los autores. Todos los documentos obtenidos fueron codificados y no se dio un trato individual a la información para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los pacientes.

Se entregará una copia íntegra del estudio al servicio de Medicina Interna y al Departamento de Docencia del Hospital Eugenio Espejo para uso institucional, adicionalmente éste se convertirá en material bibliográfico a disposición de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la comunidad.

9. RESULTADOS

9.1. Resultados descriptivos

9.1.1. Características de la población

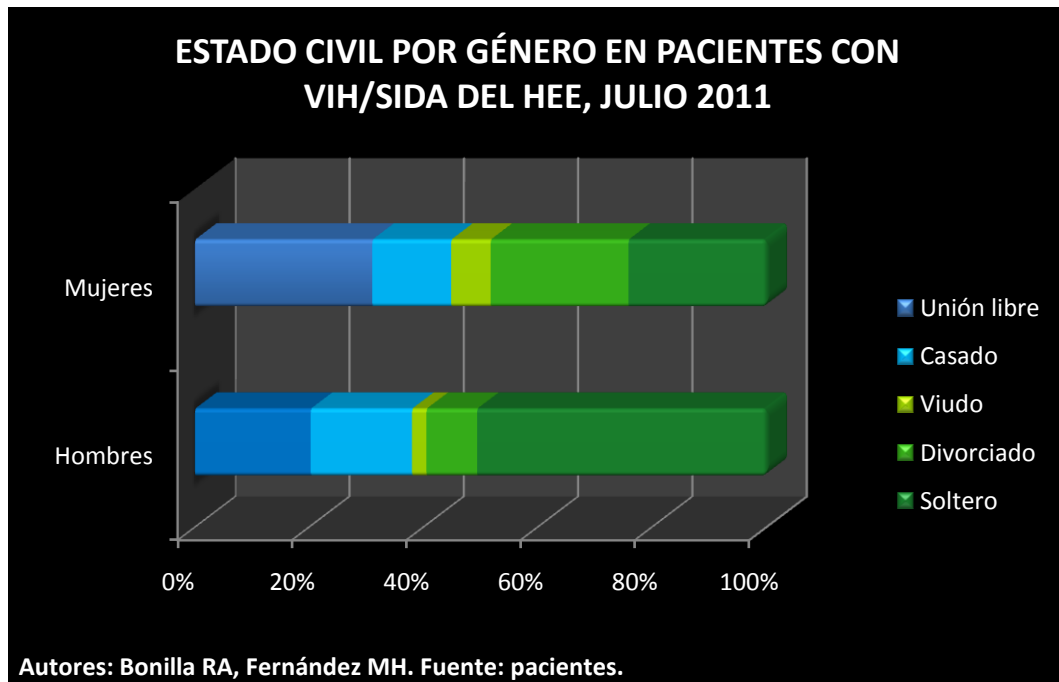
Un total de 108 pacientes voluntarios con diagnóstico de VIH/SIDA participaron en la investigación y conforman la población de nuestro estudio, de los cuáles 79 (73,1%) fueron hombres y 29 (26,9%) mujeres de nacimiento. La edad mínima fue de 19 años y la máxima de 63 años, con una media y una mediana de 36,46 y 35 años respectivamente. La mayoría de los pacientes auto-identificaron su raza/etnia como mestiza (81,5%), seguida por blanca (10,2%), negra (3,7%), indígena (2,8%) y mulata (1,9%).

9.1.2. Estado civil y religión

Un 43,5% de los pacientes reportaron estar solteros, 23,1% en unión libre, 16,7% casados, 13% divorciados y un 3,7% viudos. En los hombres el estado civil que predominó fue soltero con 50,6%, mientras que en las mujeres fue unión libre con 31%.

La población fue predominantemente católica con 73,1%, tendencia encontrada en todos los subgrupos, seguida de cristianos evangélicos con 13%, otras religiones con 7,4% y finalmente ateos con 6,5%.

Gráfico 5. Estado civil por género.

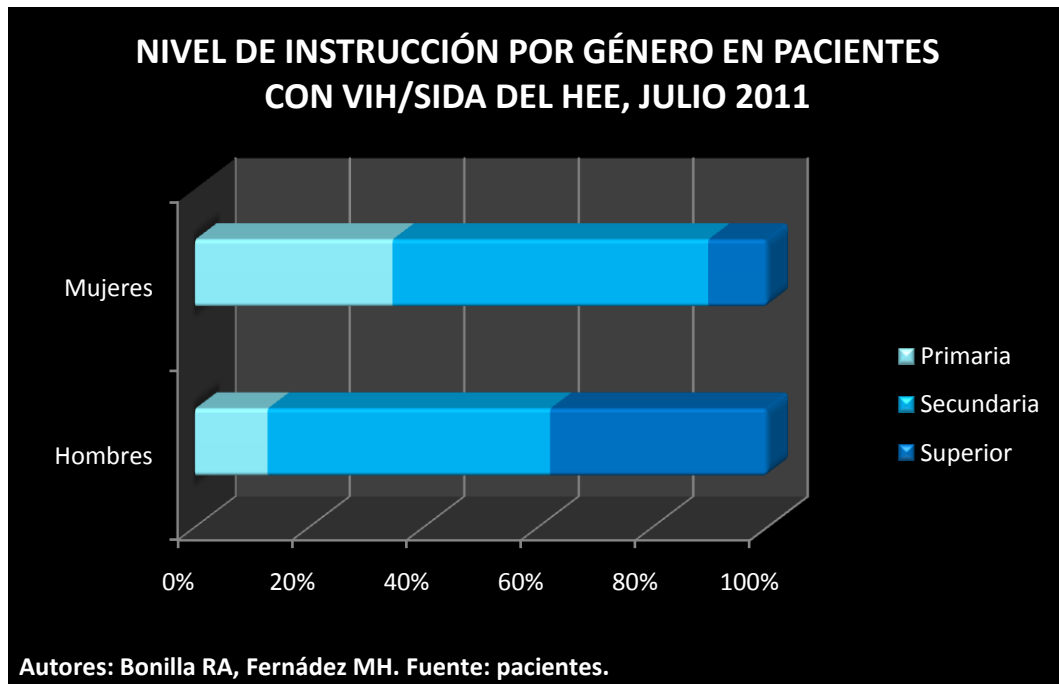


9.1.3. Nivel de instrucción y tipo de empleo

El nivel de instrucción reportado por los pacientes fue bajo: primaria incompleta con 2,8% (3 personas), primaria completa 15,7%, secundaria incompleta 23,1%, secundaria completa 27,8%, superior incompleta 15,7% y superior completa 14,8%. Casi la mitad de los pacientes (41,6%) no alcanzó el nivel secundario completo. No se encontraron pacientes analfabetos.

Dentro de las mujeres predominó el nivel secundario con 55,2%, seguido por el nivel primario con 34,5% y apenas un 10,3% con nivel superior. En los hombres imperó de igual manera el nivel secundario con 49,4%, pero inversamente a las mujeres un 38% reportó instrucción superior y el 12,7% instrucción primaria.

Gráfico 6. Nivel de instrucción por género.



Aproximadamente la mitad de heterosexuales y el 60% de los pacientes transgénero tuvieron un nivel de instrucción secundario. El nivel de instrucción de los homosexuales estuvo dividido aproximadamente mitad de nivel secundario y mitad de nivel superior. La mayoría de pacientes bisexuales tuvo instrucción superior (71,4%).

Un poco más de la mitad de los pacientes (52,8%) indicó tener un empleo estable, mientras que más de la cuarta parte (27,8%) tenía empleo ocasional y casi una quinta parte (19,4%) no tenía empleo. La mayoría de hombres reportó tener algún tipo de empleo (83,6%) al igual que en las mujeres (72,4%). Sin embargo el empleo estable en los hombres fue de 60,8% mientras que en las mujeres fue de apenas 31%. La prevalencia de desempleo fue de 16,5% y 27,6% para hombres y mujeres respectivamente.

Gráfico 7. Nivel de instrucción por tendencia sexual.

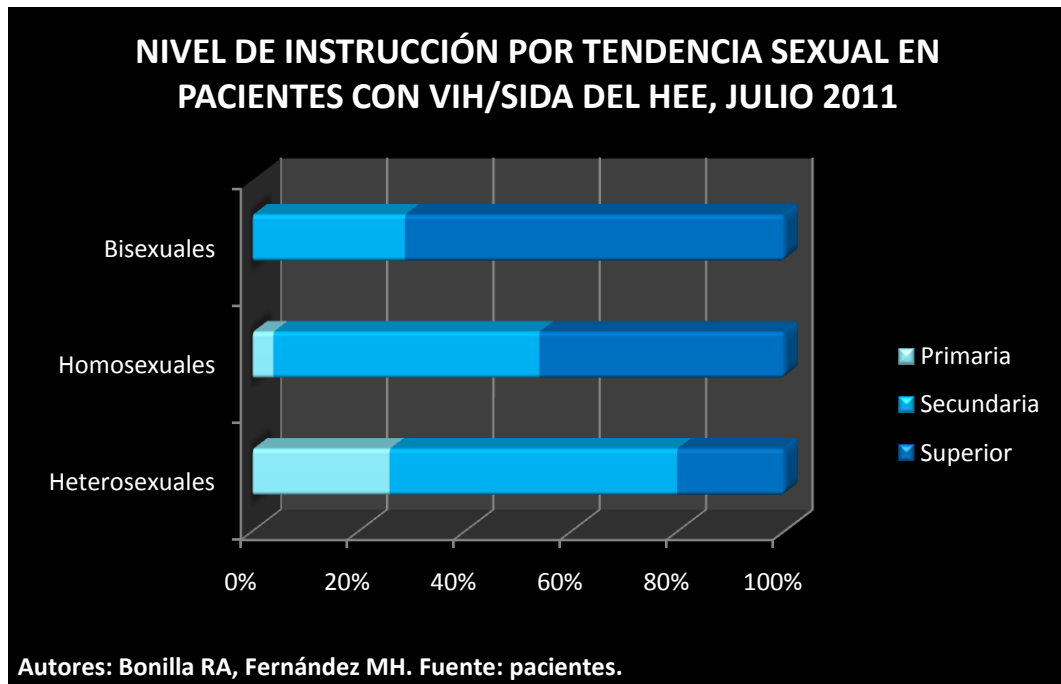
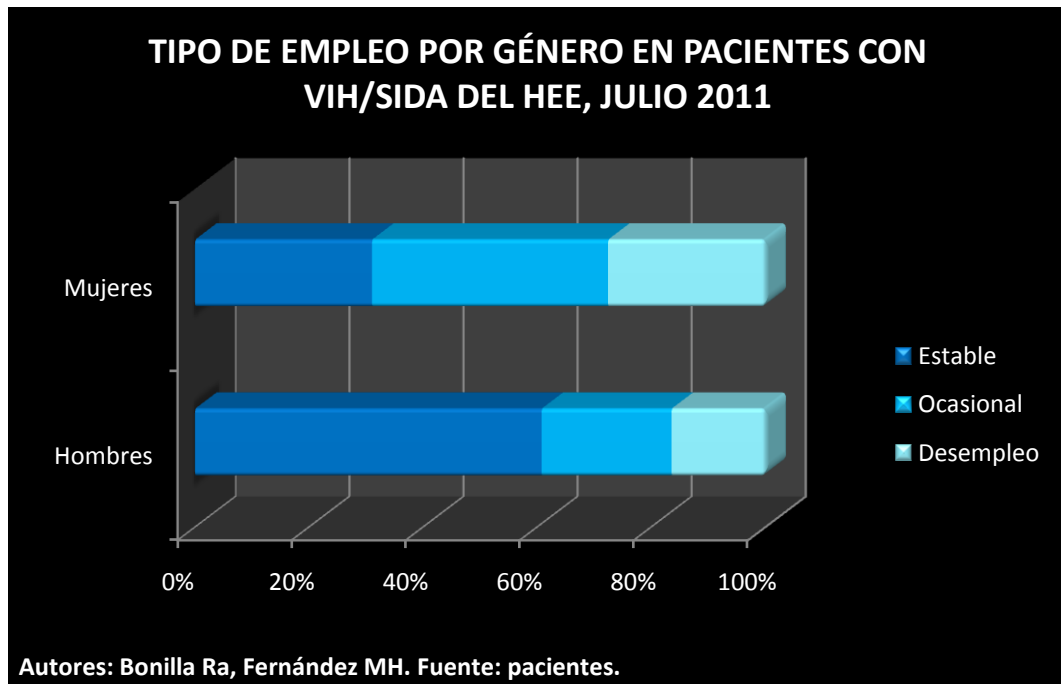
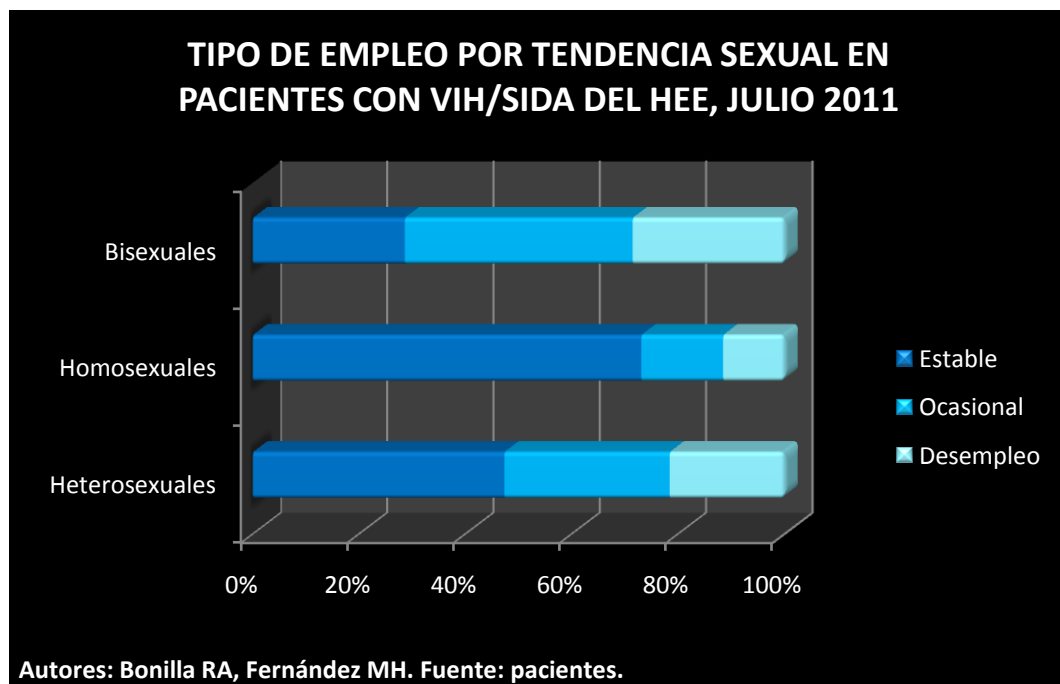


Gráfico 8. Tipo de empleo por género.



La mayoría de pacientes heterosexuales, homosexuales, bisexuales y transgénero reportaron tener algún tipo de empleo. La prevalencia más alta de empleo estable fue de los homosexuales con 73,1%, y la más alta de desempleo de los bisexuales con 28,6%.

Gráfico 9. Tipo de empleo por tendencia sexual.



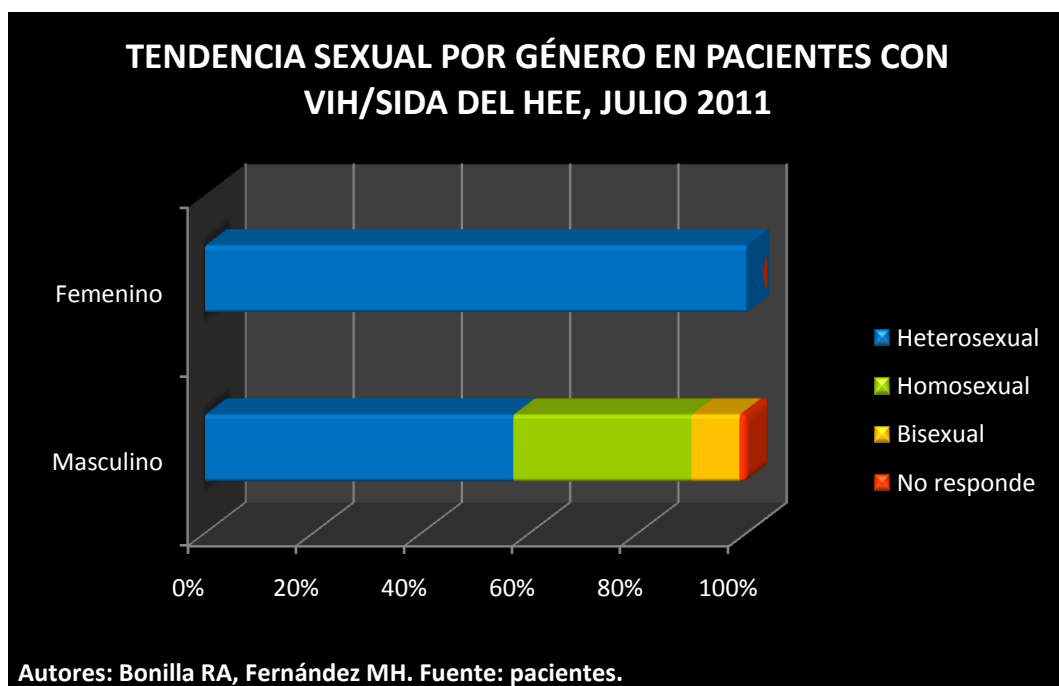
9.1.4. Identidad y preferencia sexual

La autopercepción actual de identidad sexual de los pacientes reportó 71 hombres (65,7%) y 37 mujeres (34,3%), lo que varía de la cantidad inicial documentada de hombres y mujeres al nacimiento. Un total de 8 pacientes de sexo masculino al nacimiento se autoidentificaron como mujeres (transgénero hombre a mujer), por lo que esta población transgénero comprendió un 7,4% del total de la población general y un 10,1% de la

población masculina. No se encontró mujeres de nacimiento que se autoidentifiquen como hombres (transgénero mujer a hombre).

Un 50,9% de los pacientes de la población general prefirieron sexualmente a hombres, 41,7% a mujeres, 6,5% a ambos (7 pacientes) y una persona prefirió no responder (0,9%). En base al sexo de nacimiento y las preferencias sexuales de los pacientes, determinamos que un 68,5% de la población era heterosexual, 24,1% homosexual y 6,5% bisexual. Toda la población homosexual y bisexual estuvo comprendida por hombres de nacimiento, no se encontraron mujeres que sean homosexuales ni bisexuales.

Gráfico 10. Tendencia sexual por género.



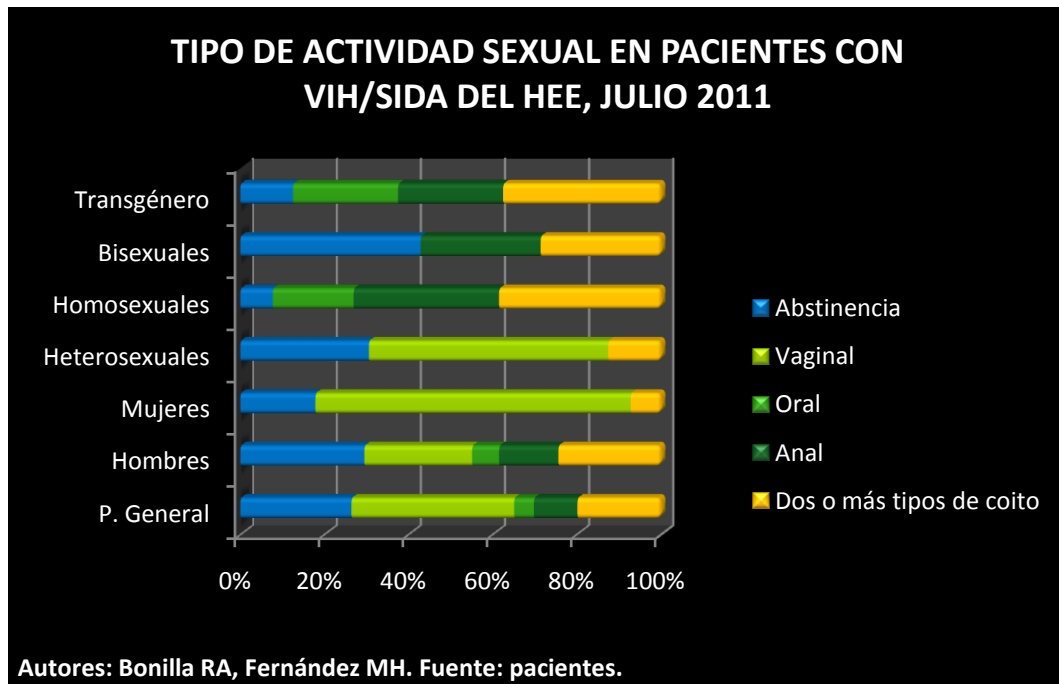
9.1.5. Actividad sexual y abstinencia

Posterior al diagnóstico de VIH/SIDA, casi tres cuartos de la población general (74,1%, 80 pacientes) se mantuvieron sexualmente activos, mientras que el 25,9% restante no tuvieron actividad sexual con coito de ningún tipo, asociado o no a masturbación (abstinencia sexual). En la población sexualmente activa la actividad predominante fue el coito vaginal insertivo/receptivo con 51,3%, seguido por dos o más tipos de coito insertivos/receptivos diferentes (oral, vaginal y anal) con el 26,3%, el coito anal insertivo/receptivo con 13,8%, el oral insertivo/receptivo con 6,3% y 2 pacientes (2,5%) que prefirieron no responder.

El 70,9% de los hombres se mantuvieron sexualmente activos después del diagnóstico y el tipo de coito predominante fue el vaginal con 25,3% seguido de dos o más tipos de coito con 24,1%. El 82,7% de las mujeres se mantuvieron sexualmente activas y el tipo de coito predominante fue el vaginal con 72,4%. La abstinencia desde el diagnóstico reportada por hombres y mujeres fue de 29,1% y 17,2%, respectivamente.

En los heterosexuales el 70,3% se mantuvo sexualmente activo, en comparación con el 92,3% de los homosexuales, 57,2% de los bisexuales y 87,5% de los transgénero. En los heterosexuales predominó el coito vaginal, en los homosexuales y bisexuales predominaron el coito anal y tener dos o más tipos de coito, y en los transgénero tener dos o más tipos de coito. El subgrupo con mayor abstinencia fue el de los bisexuales con 42,9%, seguido por los heterosexuales con 29,7%, los transgénero con 12,5% y finalmente los homosexuales con 7,7%.

Gráfico 11. Tipo de actividad sexual.



9.1.6. Parejas sexuales, promiscuidad y uso de preservativo

Un 41,7% del total de los pacientes reportó haber tenido una pareja sexual estable en los últimos 6 meses, 10,2% una pareja sexual estable más una o varias parejas ocasionales, 17,6% tuvo solamente parejas sexuales ocasionales y un 30,6% no tuvo pareja sexual en los últimos 6 meses (abstinencia sexual en los últimos 6 meses).

Un tercio del grupo de hombres reportó tener pareja sexual estable exclusivamente, otro tercio reportó tener parejas sexuales ocasionales con o sin pareja estable y el tercio final presentó abstinencia sexual en los últimos 6 meses. En las mujeres la prevalencia de pareja sexual estable fue de 65,5%, mientras que una décima parte reportó tener parejas sexuales ocasionales y el 24,1% reportó abstinencia.

En los heterosexuales y bisexuales predominó tener pareja sexual estable, mientras que en los homosexuales y transgénero predominó tener parejas ocasionales.

Encontramos que un poco más de la quinta parte (20,4%) del total de los pacientes tuvieron relaciones sexuales con más de dos personas en los últimos 6 meses, cumpliendo con el criterio de promiscuidad de la OMS. En los hombres la prevalencia de promiscuidad fue de 25,3% y en las mujeres fue de apenas 6,9%. La prevalencia de promiscuidad en heterosexuales y bisexuales fue de 14,9% y 14,3% respectivamente, mientras que en transgénero fue de 25% y en homosexuales fue de 38,5%.

Del total de 56 pacientes que tenían pareja sexual estable, independientemente de si tenían o no pareja sexual ocasional, 69,6% indicó que siempre utilizaba preservativo, 21,4% que a veces lo utilizaba y 8,9% que nunca lo utilizaba con una pareja sexual estable.

Del total de 30 pacientes que tenían pareja sexual ocasional, independientemente de si tenían o no pareja sexual estable, 90% indicó que siempre utilizaba preservativo, 3,3% que a veces lo utilizaba y 6,7% que nunca lo utilizaba con una pareja sexual ocasional.

9.1.7. Relaciones con trabajadoras sexuales

En total doce pacientes (11,1% de la población total) reportaron haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y todos ellos reportaron siempre utilizar preservativo durante estos encuentros sexuales. Todos fueron hombres, 91,3% heterosexuales y un paciente bisexual. No se encontraron pacientes transgénero ni mujeres dentro de este grupo.

Gráfico 12. Tipo de pareja sexual.

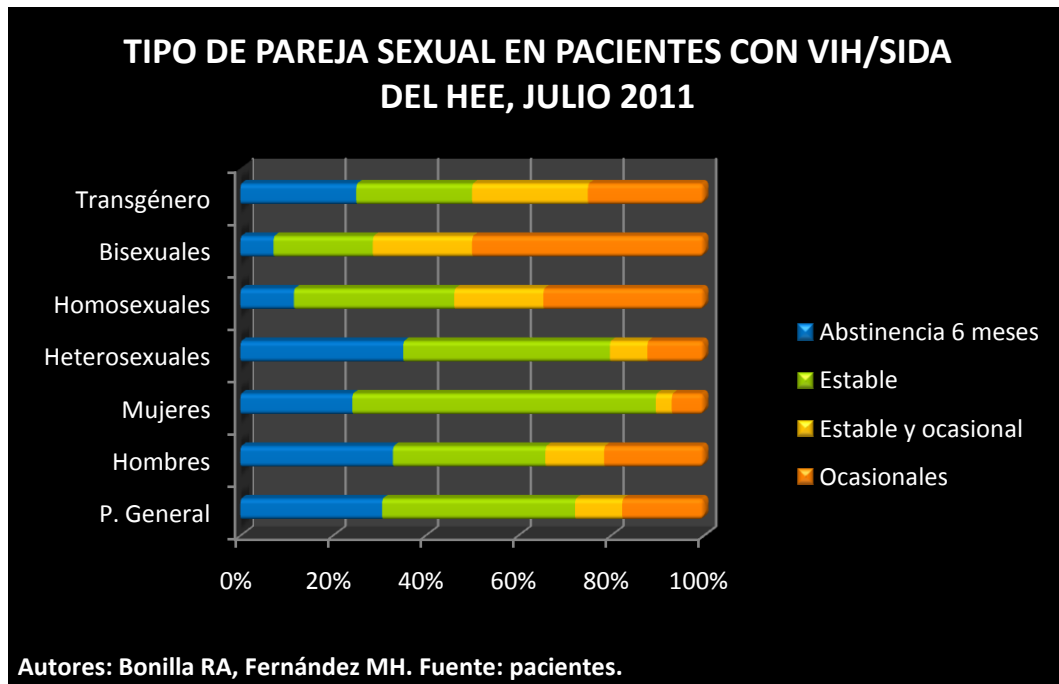


Gráfico 13. Promiscuidad.

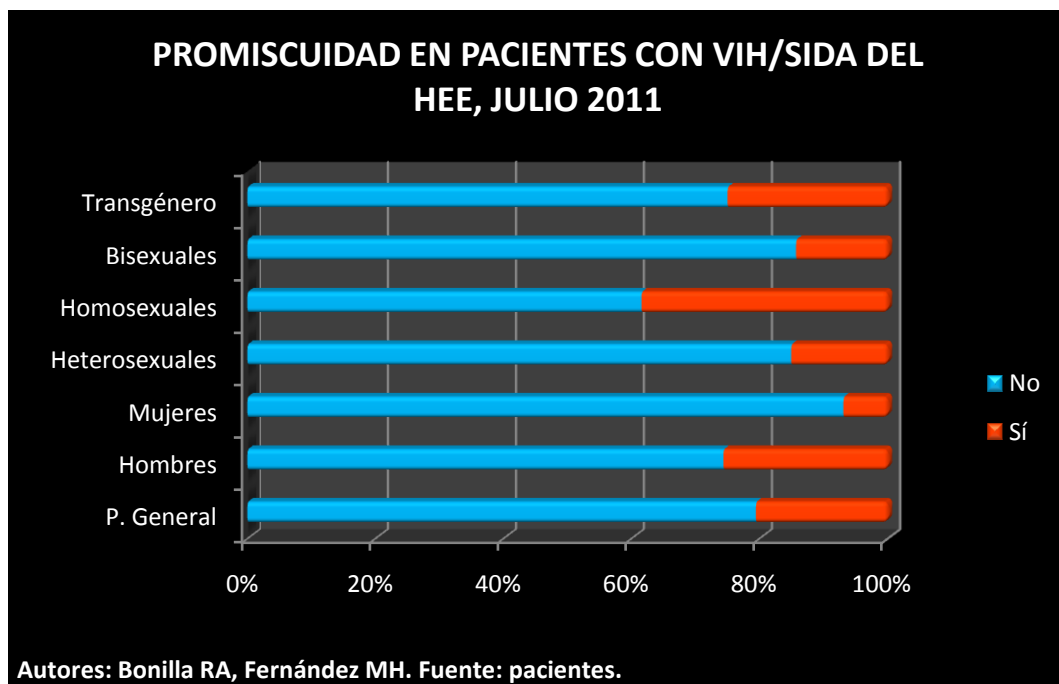
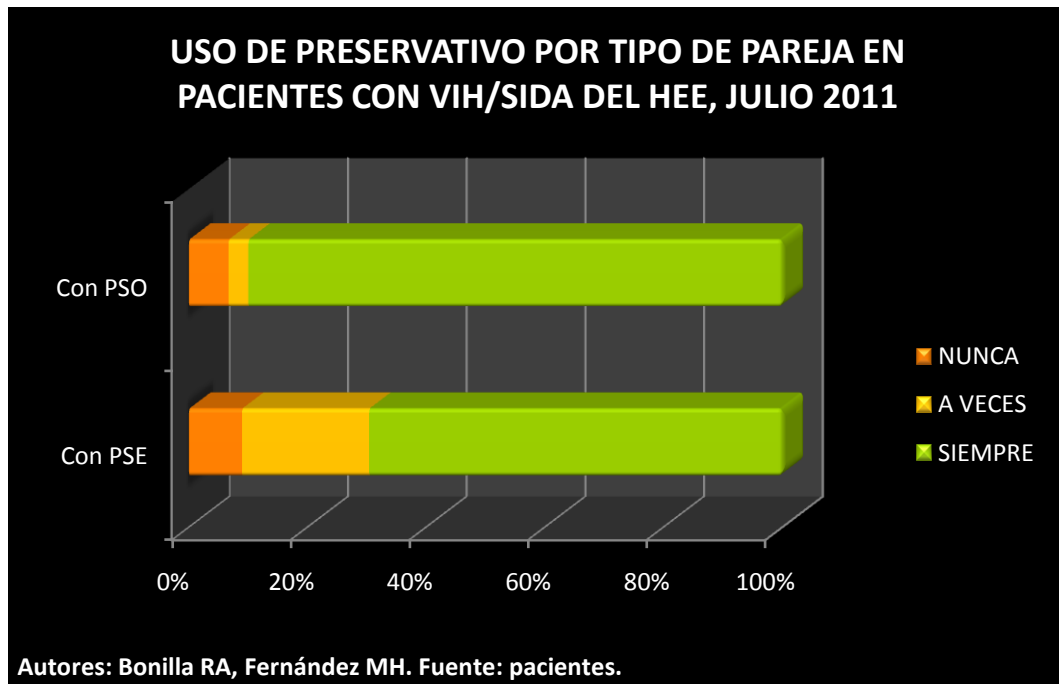


Gráfico 14. Uso de preservativo por tipo de pareja.



9.1.8. Motivo para uso de preservativo

En la población de pacientes sexualmente activos posterior al diagnóstico de VIH (80 pacientes), más de la mitad (52,5%) escogió como motivo principal para el uso de preservativo prevenir la transmisión de VIH/SIDA a su pareja, un 31,3% prevenir la adquisición de otra infección de transmisión sexual, un 10% prevenir reinfecciones con el VIH, una persona (1,3%) por anticoncepción y 5% reportó que no utilizaba preservativo nunca. Evitar la transmisión del VIH/SIDA a su pareja fue el motivo principal para uso de preservativo dentro de todos los subgrupos de la población.

Gráfico 15. Motivo para uso de preservativo.



9.1.9. Motivo para no uso de preservativo siempre

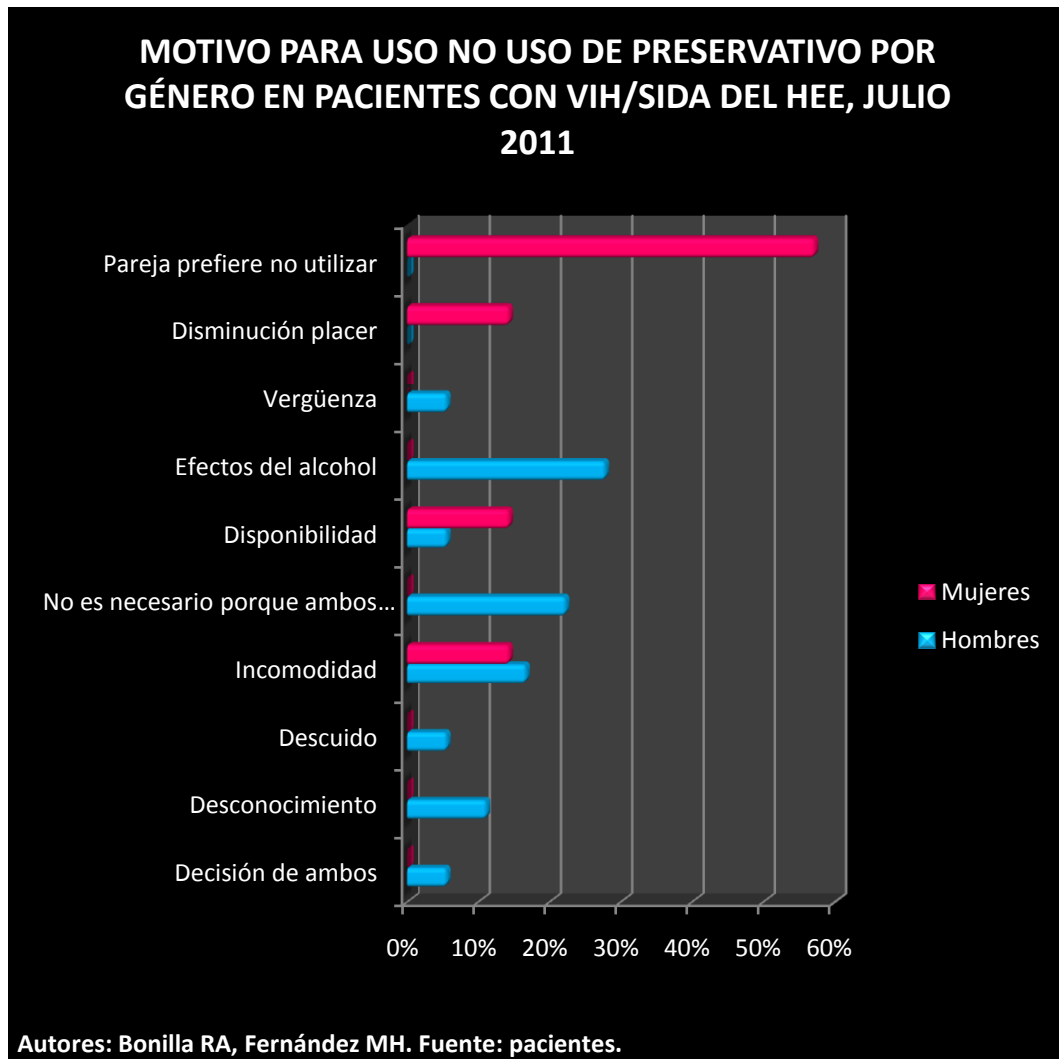
El 68,8% (55 pacientes) de la población sexualmente activa reportó que siempre utilizaba preservativo, mientras que los 25 pacientes restantes reportaron su motivo principal para no uso de preservativo siempre, que fueron: 20% no utilizaba bajo efectos del alcohol, 16% no es necesario porque ambos (paciente y pareja) tienen VIH/SIDA, 16% incomodidad, 16% porque su pareja prefería no utilizar, 8% por desconocimiento que era necesario, 8% porque no siempre estaba disponible; por decisión de ambos (paciente y pareja), descuido, disminución de placer sexual y porque es vergonzoso solicitar condones con 1 persona (4%) cada una.

Gráfico 16. Motivo para no uso de preservativo.



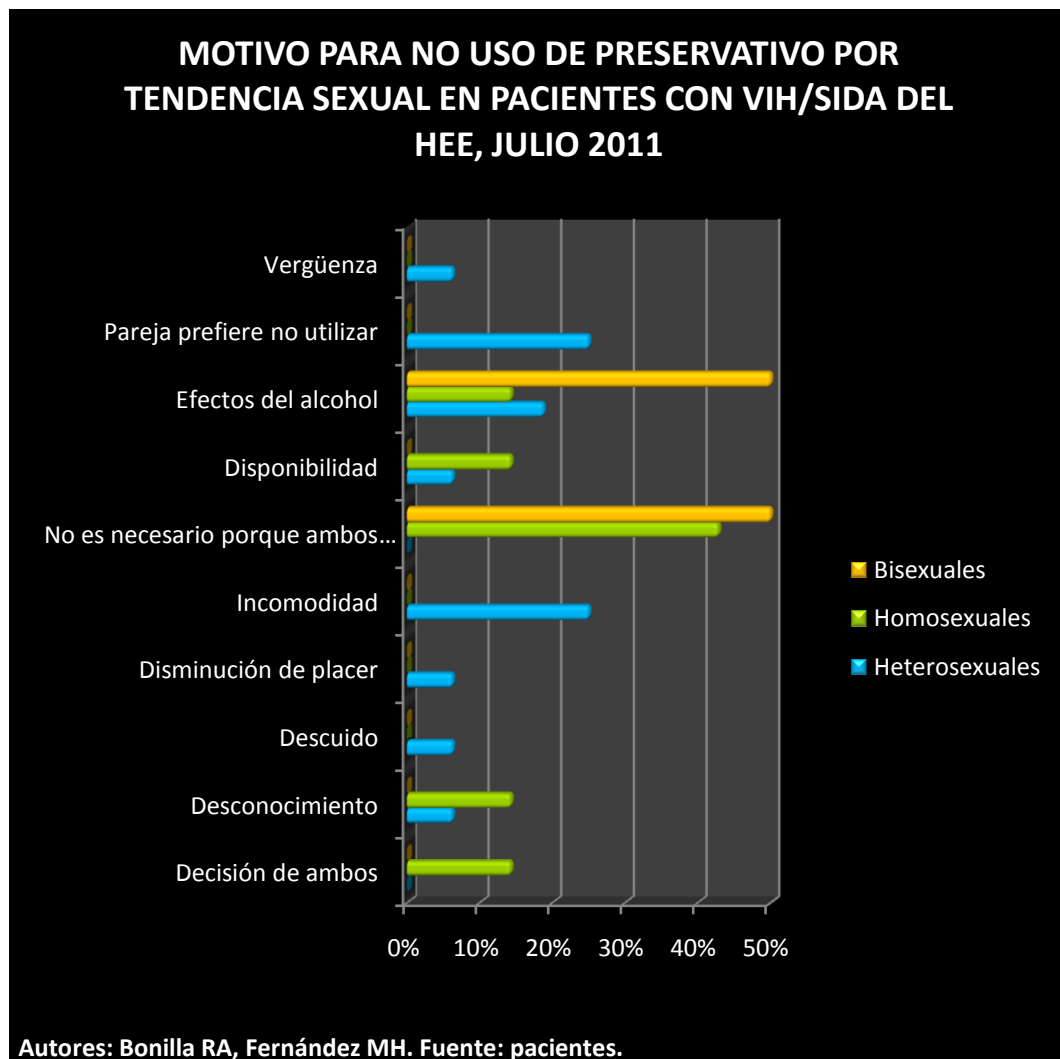
El motivo para no uso de preservativo siempre con mayor prevalencia en los hombres fue estar bajo efectos del alcohol con 27,8%, seguido de la idea que las parejas seroconcordantes no necesitan usar preservativo con 22,2%. Mientras que en las mujeres el motivo más prevalente fue que la pareja prefería no utilizar preservativo con 57,1%.

Gráfico 17. Motivo para no uso de preservativo por género.



En los heterosexuales los motivos para no uso de preservativo siempre fueron la incomodidad y porque la pareja prefería no utilizar, mientras que en homosexuales, bisexuales y transgénero el principal motivo fue la idea de que las parejas seroconcordantes no necesitan usar preservativo.

Gráfico 18. Motivo para no uso de preservativo por tendencia sexual.

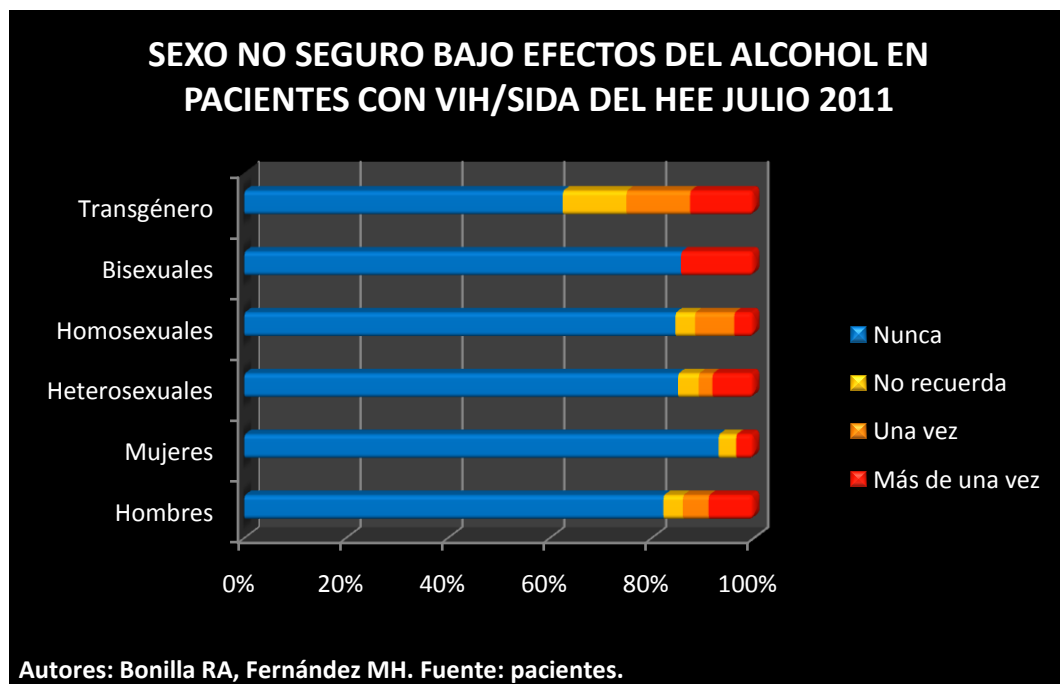


9.1.10. Relación entre consumo de alcohol y uso de preservativo

En la población general 85,2% de los pacientes comunicaron nunca haber tenido relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol, 3,7% haberlo hecho una vez, 7,4% más de una vez y el 3,7% no recordó. El 82,3% de los hombres y el 93,1% de mujeres reportaron nunca haber tenido relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol.

En los pacientes transgénero apenas el 62,5% de los pacientes nunca tuvo relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol, mientras que esta cifra en los heterosexuales, homosexuales y bisexuales fue del 85%.

Gráfico 19. Sexo no seguro bajo efectos del alcohol.



9.1.11. Estado de salud

El 68,5% de los pacientes refirió su estado de salud como bueno, el 29,6% como regular y 2 pacientes (1,9%) como malo. El 67,1% de hombres, 72,4% de mujeres, 67,6% de heterosexuales, 69,2% de homosexuales, 71,4% de bisexuales y apenas 50% de los transgénero identificaron su estado de salud como bueno.

9.1.12. Estadio de la enfermedad y actividad sexual.

Se encontró que apenas 1,9% (2 sujetos) de la población general aumentaron la frecuencia de su actividad sexual posterior al diagnóstico de VIH, mientras que en el 21,3% no hubo cambio, en el 50% disminuyó y el 26,9% cesó completamente su actividad sexual después del diagnóstico.

El 90,7% de la población general (98 pacientes) fueron diagnosticados de SIDA, en los cuáles posterior al diagnóstico 3,1% (3 sujetos) aumentaron la frecuencia de su actividad sexual, mientras que en el 22,4% no hubo cambio, en el 43,9% disminuyó y el 30,6% no tuvo actividad sexual.

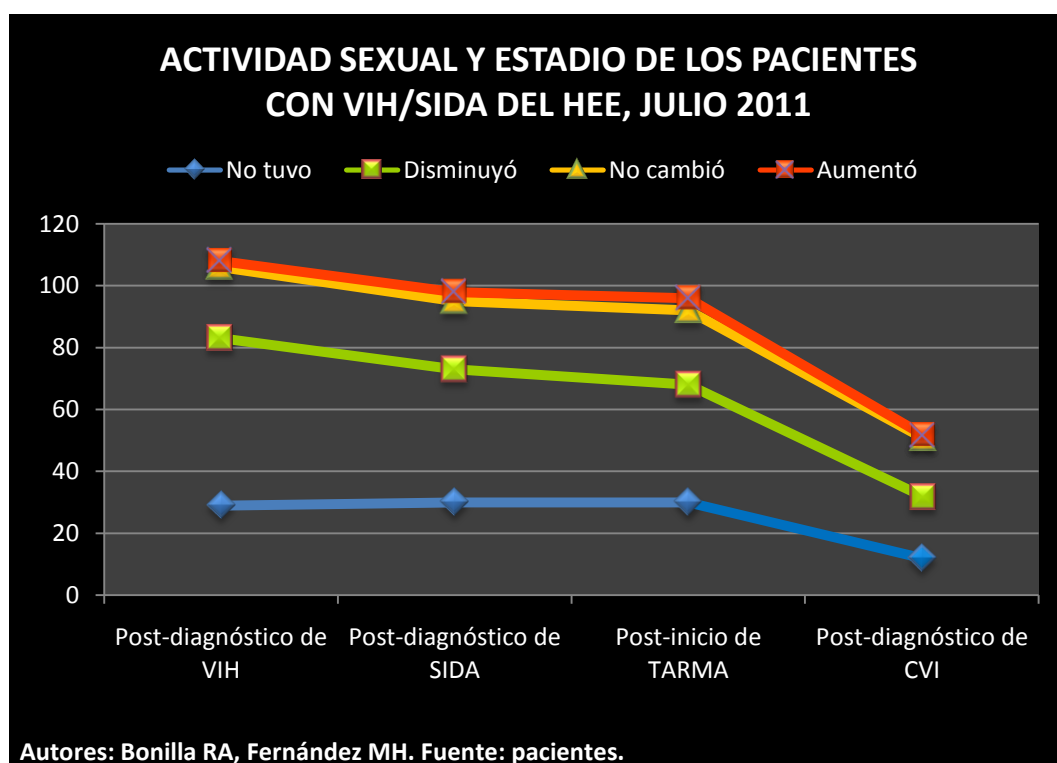
De los pacientes con SIDA, el 98% (96 pacientes) estaba bajo TARMA, en los cuáles posterior al inicio del tratamiento 4,2% (4 sujetos) aumentaron la frecuencia de su actividad sexual, mientras que en el 25% no hubo cambio, en el 39,6% disminuyó y el 31,3% no tuvo actividad sexual.

De los pacientes bajo TARMA, el 54,2% (52 pacientes) fueron informados por su médico que tenían carga viral indetectable, posterior a lo cual 1,9% (1 sujeto) aumentó la frecuencia de su actividad sexual, mientras que en el 36,5% no hubo cambio, en el 38,5% disminuyó y el 23,1% no tuvo actividad sexual.

La prevalencia de SIDA, uso de TARMA, y diagnóstico de carga viral indetectable en hombres y mujeres fueron similares a las encontradas en la población general. Alrededor de tres cuartos de los pacientes homosexuales y transgénero tenían diagnóstico de SIDA, mientras que esto se cumplió en 95% de heterosexuales y la totalidad de los bisexuales. La prevalencia de pacientes bajo TARMA fue similar a la prevalencia de SIDA en los diferentes grupos, con excepción de los bisexuales, donde el 85% se encontraba bajo TARMA. La

prevalencia de carga viral indetectable reportada por los pacientes fue similar en los grupos de heterosexuales y homosexuales con aproximadamente 45%, mientras que en el grupo de pacientes transgénero fue de 37,5% y en el de bisexuales 71,4%.

Gráfico 20. Actividad sexual y estadio de los pacientes.



9.1.13. Creencias y conocimientos sobre VIH/SIDA y TARMA

Se encontró que el 88% de pacientes de la población general conocía que es posible la transmisión del VIH en una relación sexual mientras se encuentran bajo TARMA, el 3,7% respondieron que no es posible y el 8,3% expresaron que desconocen.

El 95,4% de la población general conocía que es necesario utilizar preservativo en una relación sexual con una pareja seropositiva, una persona (0,9%) respondió que no es

necesario y un 3,7% respondió que desconoce. La totalidad de los pacientes reconoció que es necesario utilizar preservativo en una relación sexual con una pareja seronegativa.

Del total de la población general, el 83,3% respondió que la TARMA no cura el VIH/SIDA, mientras que el 5,6% respondió que la TARMA si cura el VIH/SIDA y el 11,1% expresó que desconocía. De igual manera el 79,6% de esta población conocía que el término “carga viral indetectable” no significa curación del VIH/SIDA, el 2,8% (3 pacientes) respondieron que este término si implica curación del VIH/SIDA y el 17,6% manifestó que desconoce. El 90,4% de los pacientes con carga viral indetectable respondieron adecuadamente a esta pregunta.

9.1.14. Prevalencia de uso consistente de preservativo

Dentro de la población sexualmente activa posterior al diagnóstico, se encontró que el 61,3% tenía un uso consistente del preservativo; definido como uso del preservativo siempre tanto con pareja sexual estable como con ocasional, así como con trabajadoras sexuales y que nunca hayan tenido relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol.

En el subgrupo de hombres se encontró que 58,9% presentaban consistente uso de preservativo, en tanto que en las mujeres se evidenció un 66,7%. El uso consistente de preservativo en heterosexuales y homosexuales fue similar con aproximadamente 62%, mientras que en los bisexuales fue 50% y finalmente en los transgénero fue de 42,9%. Los pacientes con carga viral indetectable mostraron una prevalencia de adecuado uso de preservativo de 65,1%.

Gráfico 21. Consistente uso de preservativo.

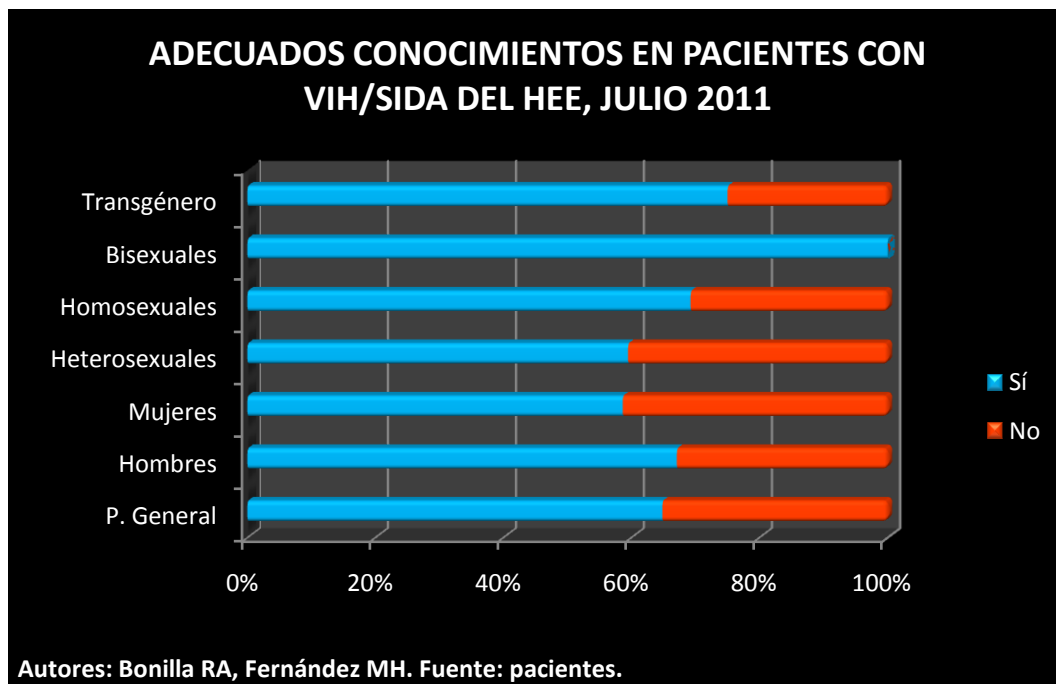


9.1.15. Prevalencia de conocimientos adecuados

El 64,8% de la población general fue clasificado como poseedor de adecuados conocimientos, debido a que respondió correctamente a todas las preguntas sobre temas que comprendían posibilidad de transmisión de VIH bajo TARMA, necesidad de uso de preservativo con pareja seropositiva y seronegativa, curación de VIH/SIDA mediante TARMA e implicación de carga viral indetectable en curación de VIH/SIDA.

El 67,1% de hombres y el 58,6% de las mujeres poseían adecuados conocimientos. Se encontró que la totalidad de bisexuales poseían adecuados conocimientos, seguidos por transgénero con 75%, homosexuales con 69,2% y finalmente los heterosexuales con 59,5%. El subgrupo de pacientes con carga viral indetectable mostró una prevalencia de 73,1% y el de pacientes sexualmente activos un 67,5%.

Gráfico 22. Adecuados conocimientos.



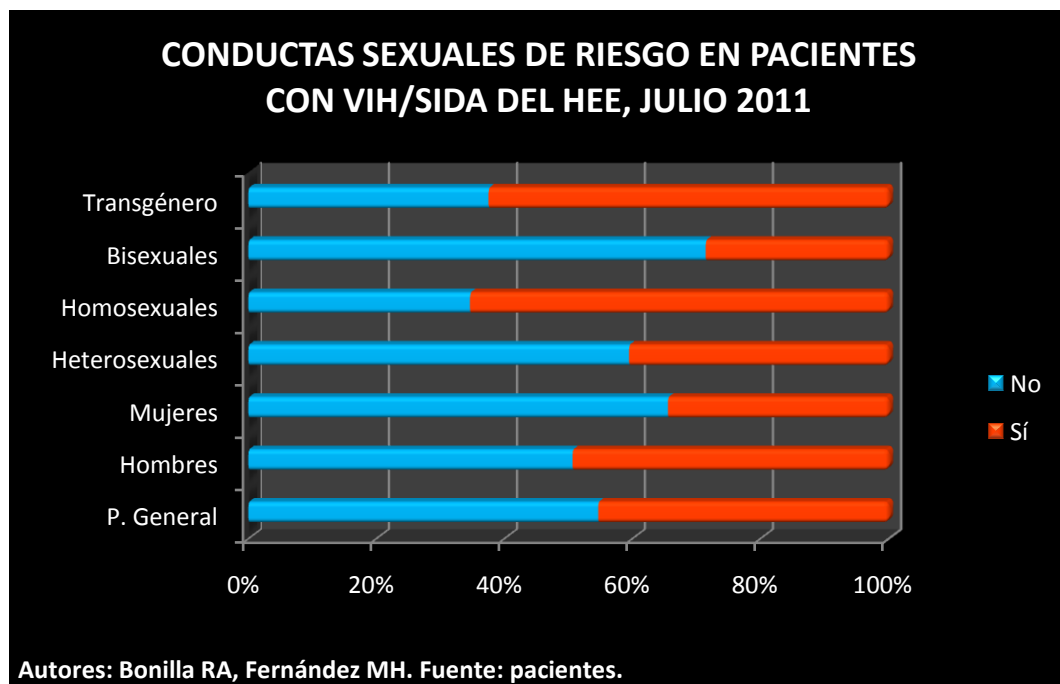
9.1.16. Prevalencia de conductas sexuales de riesgo

Se evaluó la existencia de conductas sexuales de riesgo en aquellos pacientes que cumplieran criterios de promiscuidad, tuvieran parejas sexuales ocasionales, relaciones con trabajadoras sexuales o no tuvieran uso consistente del preservativo. Esto reveló que el 45,4% de la población general presentaba conductas sexuales de riesgo, constando en el 54,6% restante quienes no presentaban tales conductas, incluida la población de abstinencia sexual.

Dentro del grupo de pacientes activos sexualmente la prevalencia de conductas sexuales de riesgo aumentó a 61,3%. En los hombres se encontró una prevalencia de 49,4% y en las mujeres 34,5%. La prevalencia encontrada de conductas sexuales de riesgo en bisexuales fue 28,6%, en heterosexuales 40,5%, en transgénero 62,5% y en homosexuales 65,4%. El

48,1% de los pacientes con carga viral indetectable presentaba conductas sexuales de riesgo.

Gráfico 23. Conductas sexuales de riesgo.



9.1.17. Prevalencia de conocimientos y conductas adecuadas

En base a todos los datos reportados anteriormente se encontró que apenas un 34,3% de la población general presenta concomitantemente adecuados conocimientos y conductas sexuales saludables. Los hombres y mujeres presentaron una prevalencia de 31,6% y 41,4% de adecuadas conductas y conocimientos, respectivamente. Se encontró que la prevalencia en heterosexuales, homosexuales, bisexuales y transgénero fue de 35,1%, 19,2%, 71,4% y 37,5% para cada uno de los subgrupos. El 34,6% de los pacientes con carga viral

indetectable tuvieron adecuadas conductas y conocimientos, mientras que esto se cumplió en apenas el 26,3% de los pacientes sexualmente activos.

Gráfico 24. Adecuadas conductas y conocimientos.

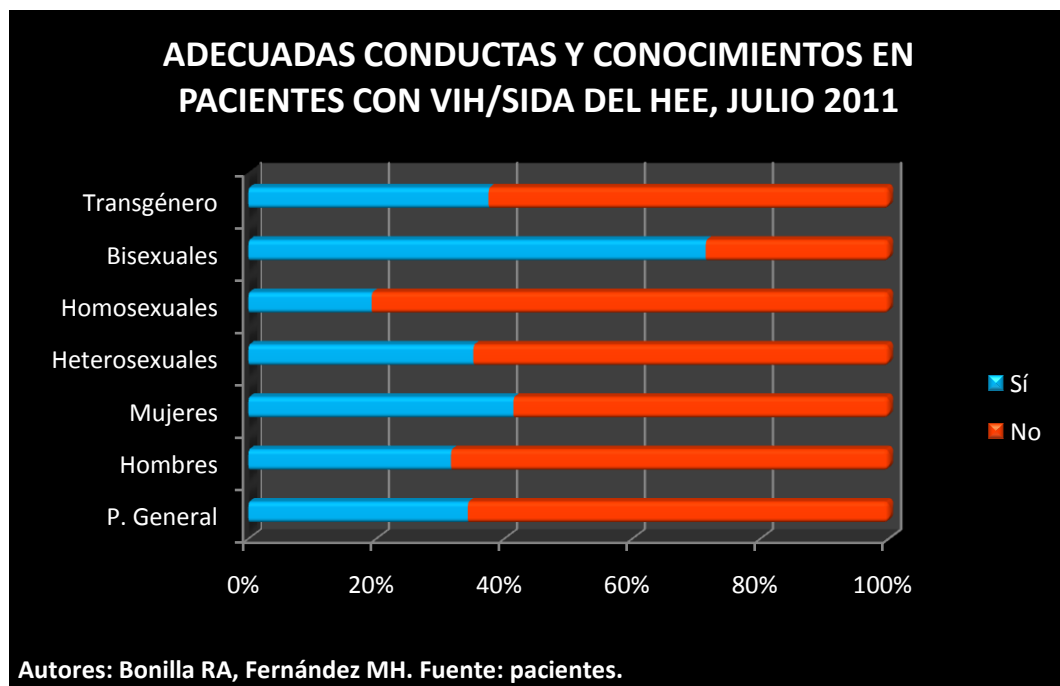


Tabla 4. Características de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acudieron a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo en julio de 2011. Quito, Ecuador.

<i>Sexo biológico</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Masculino	79	73,1%	73,1%
Femenino	29	26,9%	100,0%
Total	108	100,0%	100,0%

<i>Raza</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Blanco	11	10,2%	10,2%
Indígena	3	2,8%	13,0%
Mestizo	88	81,5%	94,4%
Mulato	2	1,9%	96,3%
Negro	4	3,7%	100,0%

<i>Estado civil</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Casado	18	16,7%	16,7%
Divorciado	14	13,0%	29,6%
Soltero	47	43,5%	73,1%
Unión libre	25	23,1%	96,3%
Viudo	4	3,7%	100,0%

<i>Religión</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Ateo	7	6,5%	6,5%
Católico	79	73,1%	79,6%
Cristiano evangélico	14	13,0%	92,6%
Otra	8	7,4%	100,0%

<i>Nivel de instrucción</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Primaria incompleta	3	2,8%	2,8%
Primaria completa	17	15,7%	18,5%
Secundaria incompleta	25	23,1%	41,6%
Secundaria completa	30	27,8%	69,4%
Superior incompleta	17	15,7%	85,1%
Superior completa	16	14,8%	100,0%

<i>Tipo de empleo</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Estable	57	52,8%	52,8%
Ocasional	30	27,8%	80,6%
Desempleo	21	19,4%	100,0%

<i>Identidad sexual</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Hombre	71	65,7%	65,7%
Mujer	37	34,3%	100,0%

<i>Preferencia sexual</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Hombres	55	50,9%	50,9%
Mujeres	45	41,7%	92,6%
Ambos	7	6,5%	6,5%
No responde	1	0,9%	100,0%

<i>Promiscuidad</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	22	20,4%	20,4%
No	85	78,7%	99,1%
No responde	1	0,9%	100,0%

<i>Tipo de actividad sexual</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Abstinencia	28	25,9%	25,9%
Anal	11	10,2%	36,1%
Oral	5	4,6%	40,7%
Vaginal	41	38,0%	78,7%
Dos o más tipos de coito	21	19,4%	98,1%
No responde	2	1,9%	100,0%

<i>Tipo de pareja sexual</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
No en últimos 6 meses	33	30,6%	30,6%
Estable	45	41,7%	72,3%
Estable y ocasional	11	10,2%	82,5%
Ocasionales	19	17,6%	100,0%

<i>Uso de preservativo con PSE</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Nunca	5	8,9%	8,9%
A veces	12	21,4%	30,3%
Siempre	39	69,6%	100,0%

<i>Uso de preservativo con PSO</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Nunca	2	6,7%	6,7%
A veces	1	3,3%	10,0%
Siempre	27	90,0%	100,0%

<i>Relaciones con TS</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	12	11,1%	11,1%
No	96	88,9%	100,0%

<i>Uso de preservativo con TS</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Siempre	12	100,0%	100,0%

Motivo principal para uso de preservativo	n	porcentaje	acumulativo
No utiliza	4	5,0%	5,0%
Prevenir embarazo	1	1,3%	6,3%
Prevenir otra ITS	25	31,3%	37,6%
Prevenir reinfecciones	8	10,0%	47,6%
Prevenir transmisión VIH/SIDA a pareja	42	52,5%	100,0%

Motivo principal para no uso de preservativo	n	porcentaje	acumulativo
Decisión de ambos	1	1,3%	1,2%
Desconocimiento	2	2,5%	3,7%
Descuido	1	1,3%	5,0%
Disminuye placer	1	1,3%	6,2%
Incómodo	4	5,0%	11,2%
No es necesario porque ambos tienen VIH/SIDA	4	5,0%	16,2%
No siempre está disponible	2	2,5%	18,7%
No utiliza bajo efectos del alcohol	5	6,3%	25,0%
Pareja prefiere no utilizar	4	5,0%	30,0%
Siempre utiliza	55	68,8%	98,7%
Vergonzoso	1	1,3%	100,0%

Sexo no seguro bajo efectos de alcohol	n	porcentaje	acumulativo
Nunca	92	85,2%	85,2%
Una vez	4	3,7%	88,9%
Más de una vez	8	7,4%	96,3%
No recuerda	4	3,7%	100,0%

Estado salud	n	porcentaje	acumulativo
Bueno	74	68,5%	68,5%
Regular	32	29,6%	98,1%
Malo	2	1,9%	100,0%

<i>Actividad sexual post-diagnóstico de VIH</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Aumentó	2	1,9%	1,9%
No cambió	23	21,3%	23,2%
Disminuyó	54	50,0%	73,2%
No tuvo	29	26,9%	100,0%

<i>Diagnóstico de SIDA</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	98	90,7%	90,7%
No	10	9,3%	100,0%

<i>Actividad sexual post-diagnóstico de SIDA</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Aumentó	3	3,1%	3,1%
No cambió	22	22,4%	25,5%
Disminuyó	43	43,9%	69,4%
No tuvo	30	30,6%	100,0%

<i>Paciente bajo TARMA</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	96	88,9%	88,9%
No	12	11,1%	100,0%

<i>Actividad sexual post-inicio de TARMA</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Aumentó	4	4,2%	4,2%
No cambió	24	25,0%	29,2%
Disminuyó	38	39,6%	68,8%
No tuvo	30	31,3%	100,0%

<i>Diagnóstico de CVI</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	52	48,1%	48,1%
No	56	51,9%	100,0%

Actividad sexual post-diagnóstico de CVI	n	porcentaje	acumulativo
Aumentó	1	1,9%	1,9%
No cambió	19	36,5%	38,4%
Disminuyó	20	38,5%	76,9%
No tuvo	12	23,1%	100,0%

Creencia sobre transmisibilidad de VIH bajo TARMA	n	porcentaje	acumulativo
Posible	95	88,0%	88,0%
No posible	4	3,7%	91,7%
Desconoce	9	8,3%	100,0%

Creencia sobre necesidad de uso de preservativo con PS VIH (+)	n	porcentaje	acumulativo
Necesario	103	95,4%	95,4%
No necesario	1	0,9%	96,3%
Desconoce	4	3,7%	100,0%

Creencia sobre necesidad de uso de preservativo con PS VIH (-)	n	porcentaje	acumulativo
Necesario	108	100,0%	100,0%

Creencia que TARMA cura VIH/SIDA	n	porcentaje	acumulativo
Sí	6	5,6%	5,6%
No	90	83,3%	88,9%
Desconoce	12	11,1%	100,0%

Creencia que CVI significa curación	n	porcentaje	acumulativo
Sí	3	2,8%	2,8%
No	86	79,6%	82,4%
Desconoce	19	17,6%	100,0%

<i>Tendencia sexual</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Heterosexual	74	68,5%	68,5%
Homosexual	26	24,1%	92,6%
Bisexual	7	6,5%	99,1%
No responde	1	0,9%	100,0%

<i>Transgénero</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	8	7,4%	7,4%
No	100	92,6%	100,0%

<i>Consistente uso de preservativo</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	49	61,3%	61,3%
No	31	38,8%	100,0%

<i>Adecuados conocimientos</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	70	64,8%	64,8%
No	38	35,2%	100,0%

<i>Conductas sexuales de riesgo</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	49	45,4%	45,4%
No	59	54,6%	100,0%

<i>Adecuadas conductas y conocimientos</i>	<i>n</i>	<i>porcentaje</i>	<i>acumulativo</i>
Sí	37	34,3%	34,3%
No	71	65,7%	100,0%

Tabla 5. Características de los pacientes con VIH/SIDA del HEE en julio de 2011, según sexo biológico.

<i>Variables</i>	<i>Hombres</i> <i>n=79 (%)</i>	<i>Mujeres</i> <i>n=29 (%)</i>
<i>Nivel de instrucción</i>		
Primaria	10 (12,6%)	10 (34,4%)
Secundaria	39 (49,3%)	16 (55,1%)
Superior	30 (38,0%)	3 (10,3%)
<i>Tipo de empleo</i>		
Estable	48 (60,8%)	9 (31,0%)
Ocasional	18 (22,8%)	12 (41,4%)
Desempleo	13 (16,5%)	8 (27,6%)
<i>Identidad sexual</i>		
Hombre	71 (89,9%)	0
Mujer	8 (10,1%)	29 (100,0%)
<i>Preferencia sexual</i>		
Hombres	26 (32,9%)	26 (100,0%)
Mujeres	45 (57,0%)	0
Ambos	7 (8,9%)	0
No responde	1 (1,3%)	0
<i>Promiscuidad</i>		
Sí	20 (25,3%)	2 (6,9%)
No	58 (73,4%)	27 (93,1%)
No responde	1 (1,3%)	0

Tipo de actividad sexual

Abstinencia	23 (29,1%)	5 (17,2%)
Anal	11 (13,9%)	0
Oral	5 (6,3%)	0
Vaginal	20 (25,3%)	21 (72,4%)
Dos o más tipos de coito	19 (24,1%)	2 (6,9%)
No responde	1 (1,3%)	1 (3,4%)

Tipo de pareja sexual

No en últimos 6 meses	26 (32,9%)	7 (24,1%)
Estable	26 (32,9%)	19 (65,5%)
Estable y ocasional	10 (12,7%)	1 (3,4%)
Ocasionales	17 (21,5%)	2 (6,9%)

Relaciones con TS

Sí	12 (15,2%)	0
No	67 (84,8%)	29 (100,0%)

Sexo no seguro bajo efectos del alcohol

Nunca	65 (82,3%)	27 (93,1%)
Una vez	4 (5,1%)	0
Más de una vez	7 (8,9%)	1 (3,4%)
No recuerda	3 (3,8%)	1 (3,4%)

Estado salud

Bueno	53 (67,1%)	21 (72,4%)
Regular	25 (31,6%)	7 (24,1%)
Malo	1 (1,3%)	1 (3,4%)

Diagnóstico de SIDA

Sí	72 (91,1%)	26 (89,7%)
No	7 (8,9%)	3 (10,3%)

Paciente bajo TARMA

Sí	71 (89,9%)	25 (86,2%)
No	8 (10,1%)	4 (13,8%)

Diagnóstico de CVI

Sí	38 (48,1%)	14 (48,3%)
No	41 (51,9%)	15 (51,7%)

Consistente uso de preservativo

Sí	33 (58,9%)	16 (66,7%)
No	22 (41,1%)	8 (33,3%)

Adecuados conocimientos

Sí	53 (67,1%)	17 (58,6%)
No	26 (32,9%)	12 (41,4%)

Conductas sexuales de riesgo

Sí	39 (49,4%)	10 (34,5%)
No	40 (50,6%)	19 (65,5%)

Adecuadas conductas y conocimientos

Sí	25 (31,6%)	12 (41,4%)
No	54 (68,4%)	17 (58,6%)

Tabla 6. Características de lospacientes con VIH/SIDA del HEE en julio de 2011, según orientación sexual.

<i>Variables</i>	<i>Heterosexuales</i> <i>n=74 (%)</i>	<i>Homosexuales</i> <i>n=26 (%)</i>	<i>Bisexuales</i> <i>n=7 (%)</i>	<i>Transgénero</i> <i>n=8 (%)</i>
<i>Sexo biológico</i>				
Masculino	45 (60,8%)	26 (100,0%)	7 (100,0%)	8 (100,0%)
Femenino	29 (39,2%)	0	0	0
<i>Nivel de instrucción</i>				
Primaria	19 (25,7%)	1 (3,8%)	0	0
Secundaria	40 (54,1%)	13 (50,0%)	2 (28,6%)	5 (62,5%)
Superior	15 (20,3%)	12 (46,2%)	5 (71,4%)	3 (37,5%)
<i>Tipo de empleo</i>				
Estable	35 (47,3%)	19 (73,1%)	2 (28,6%)	5 (62,5%)
Ocasional	23 (31,1%)	4 (15,4%)	3 (42,9%)	2 (25,0%)
Desempleo	16 (21,6%)	3 (11,5%)	2 (28,6%)	1 (12,5%)
<i>Identidad sexual</i>				
Hombre	45 (60,8%)	18 (69,2%)	7 (100,0%)	0
Mujer	29 (39,2%)	8 (30,8%)	0	8 (100,0%)
<i>Preferencia sexual</i>				
Hombres	29 (39,2%)	26 (100,0%)	0	8 (100,0%)
Mujeres	45 (60,8%)	0	0	0
Ambos	0	0	7 (100,0%)	0
<i>Promiscuidad</i>				
Sí	11 (14,9%)	10 (38,5%)	1 (14,3%)	2 (25,0%)
No	62 (83,8%)	16 (61,5%)	6 (85,7%)	6 (75,0%)
No responde	1 (1,4%)	0	0	0

Tipo de actividad sexual

Abstinencia	22 (29,7%)	2 (7,7%)	3 (42,9%)	1 (12,5%)
Anal	0	9 (34,6%)	2 (28,6%)	2 (25,0%)
Oral	0	5 (19,2%)	0	2 (25,0%)
Vaginal	41 (55,4%)	0	0	0
Dos o más tipos de coito	9 (12,2%)	10 (38,5%)	2 (28,6%)	3 (37,5%)
No responde	2 (2,7%)	0	0	0

Tipo de pareja sexual

No en últimos 6 meses	26 (35,1%)	3 (11,5%)	3 (42,9%)	2 (25,0%)
Estable	33 (44,6%)	9 (34,6%)	3 (42,9%)	2 (25,0%)
Estable y ocasional	6 (8,1%)	5 (19,2%)	0	2 (25,0%)
Ocasionales	9 (12,2%)	9 (34,6%)	1 (14,3%)	2 (25,0%)

Relaciones con TS

Sí	11 (14,9%)	0	1 (14,3%)	0
No	63 (85,1%)	26 (100,0%)	6 (85,7%)	8 (100,0%)

Sexo no seguro bajo efectos de alcohol

Nunca	63 (85,1%)	22 (84,6%)	6 (85,7%)	5 (62,5%)
Una vez	2 (2,7%)	2 (7,7%)	0	1 (12,5%)
Más de una vez	6 (8,1%)	1 (3,8%)	1 (14,3%)	1 (12,5%)
No recuerda	3 (4,1%)	1 (3,8%)	0	1 (12,5%)

Estado salud

Bueno	50 (67,6%)	18 (69,2%)	5 (71,4%)	4 (50,0%)
Regular	23 (31,1%)	8 (30,8%)	1 (14,3%)	4 (50,0%)
Malo	1 (1,4%)	0	1 (14,3%)	0

Diagnóstico de SIDA

Sí	70 (94,6%)	20 (76,9%)	7 (100,0%)	6 (75,0%)
No	4 (5,4%)	6 (23,1%)	0	2 (25,0%)

Paciente bajo TARMA

Sí	69 (93,2%)	20 (76,9%)	6 (85,7%)	6 (75,0%)
No	5 (6,8%)	6 (23,1%)	1 (14,3%)	2 (25,0%)

Diagnóstico de CVI

Sí	34 (45,9%)	12 (46,2%)	5 (71,4%)	3 (37,5%)
No	40 (54,1%)	14 (53,8%)	2 (28,6%)	5 (62,5%)

Consistente uso de preservativo

Sí	32 (61,5%)	15 (62,5%)	2 (50,0%)	3 (42,9%)
No	20 (38,5%)	9 (37,5%)	2 (50,0%)	4 (57,1%)

Adecuados conocimientos

Sí	44 (59,5%)	18 (69,2%)	7 (100,0%)	6 (75,0%)
No	30 (40,5%)	8 (30,8%)	0	2 (25,0%)

Conductas sexuales de riesgo

Sí	30 (40,5%)	17 (65,4%)	2 (28,6%)	5 (62,5%)
No	44 (59,5%)	9 (34,6%)	5 (71,4%)	3 (37,5%)

Adecuadas conductas y conocimientos

Sí	26 (35,1%)	5 (19,2%)	5 (71,4%)	3 (37,5%)
No	48 (64,9%)	21 (80,8%)	2 (28,6%)	5 (62,5%)

Tabla 7. Características de lospacientes con VIH/SIDA del HEE en julio de 2011, según diagnóstico y actividad sexual.

<i>Variables</i>	<i>SIDA</i>	<i>TARMA</i>	<i>CVI</i>	<i>Sexualmente activos</i>
	<i>n=98 (%)</i>	<i>n=96 (%)</i>	<i>n=52 (%)</i>	<i>n=80 (%)</i>

Sexo biológico

Masculino	72 (73,5%)	71 (74,0%)	38 (73,1%)	56 (70,0%)
Femenino	26 (26,5%)	25 (26,0%)	14 (26,9%)	24 (30,0%)

Nivel de instrucción

Primaria	19 (19,4%)	19 (19,8%)	9 (17,3%)	13 (16,2%)
Secundaria	50 (51,0%)	49 (51,1%)	25 (48,1%)	47 (58,7%)
Superior	29 (29,6%)	28 (29,1%)	18 (34,6%)	20 (25,1%)

Tipo de empleo

Estable	54 (55,1%)	54 (56,3%)	29 (55,8%)	41 (51,3%)
Ocasional	28 (28,6%)	26 (27,1%)	16 (30,8%)	25 (31,3%)
Desempleo	16 (16,3%)	16 (16,7%)	7 (13,5%)	14 (17,5%)

Identidad sexual

Hombre	66 (67,3%)	65 (67,7%)	35 (67,3%)	49 (61,3%)
Mujer	32 (32,7%)	31 (32,3%)	17 (32,7%)	31 (38,8%)

Preferencia sexual

Hombres	46 (46,9%)	45 (46,9%)	26 (50,0%)	48 (60,0%)
Mujeres	44 (44,9%)	44 (45,8%)	20 (38,5%)	28 (35,0%)
Ambos	7 (7,1%)	6 (6,3%)	5 (9,6%)	4 (5,0%)
No responde	1 (1%)	1 (1%)	1 (1,9%)	0

Promiscuidad

Sí	19 (19,4%)	19 (19,8%)	12 (23,1%)	22 (27,5%)
No	78 (79,6%)	76 (79,2%)	39 (75,0%)	58 (72,5%)
No responde	1 (1,0%)	1 (1,0%)	1 (1,9%)	0

Tipo de actividad sexual

Abstinencia	26 (26,5%)	26 (27,1%)	9 (17,3%)	0
Anal	10 (10,2%)	9 (9,4%)	7 (13,5%)	11 (13,8%)
Oral	5 (5,1%)	5 (5,2%)	2 (3,8%)	5 (6,3%)
Vaginal	38 (38,8%)	38 (39,6%)	24 (46,2%)	41 (51,3%)
Dos o más tipos de coito	17 (17,3%)	16 (16,7%)	9 (17,3%)	21 (26,3%)
No responde	2 (2,0%)	2 (2,1%)	1 (1,9%)	2 (2,5%)

Tipo de pareja sexual

No en últimos 6 meses	31 (31,6%)	31 (32,3%)	14 (26,9%)	5 (6,3%)
Estable	40 (40,8%)	38 (39,6%)	22 (42,3%)	45 (56,3%)
Estable y ocasional	11 (11,2%)	11 (11,5%)	7 (13,5%)	11 (13,8%)
Ocasionales	16 (16,3%)	16 (16,7%)	9 (17,3%)	19 (23,8%)

Relaciones con TS

Sí	12 (12,2%)	12 (12,5%)	8 (15,4%)	12 (15,0%)
No	86 (87,8%)	84 (87,5%)	44 (84,6%)	68 (85,0%)

Sexo no seguro bajo efectos de alcohol

Nunca	83 (84,7%)	81 (84,4%)	44 (84,6%)	64 (80,0%)
Una vez	4 (4,1%)	4 (4,2%)	4 (7,7%)	4 (5,0%)
Más de una vez	7 (7,1%)	7 (7,3%)	1 (1,9%)	8 (10,0%)
No recuerda	4 (4,1%)	4 (4,2%)	3 (5,8%)	4 (5,0%)

Estado salud

Bueno	68 (69,4%)	68 (70,8%)	39 (75,0%)	54 (67,5%)
-------	------------	------------	------------	------------

Regular	28 (28,6%)	27 (28,1%)	12 (23,1%)	24 (30,0%)
Malo	2 (2,0%)	1 (1,0%)	1 (1,9%)	2 (2,5%)
Diagnóstico de SIDA				
Sí	98 (100,0%)	96 (100,0%)	52 (100,0%)	72 (90,0%)
No	0	0	0	8 (10,0%)
Paciente bajo TARMA				
Sí	96 (98,0%)	96 (100,0%)	52 (100,0%)	70 (87,5%)
No	2 (2,0%)	0	0	10 (12,5%)
Diagnóstico de CVI				
Sí	52 (53,1%)	52 (54,2%)	52 (100,0%)	43 (53,8%)
No	46 (46,9%)	44 (45,8%)	0	37 (46,3%)
Consistente uso de preservativo				
Sí	44 (61,1%)	42 (60,0%)	28 (65,1%)	49 (61,3%)
No	28 (38,9%)	28 (40,0%)	15 (34,9%)	31 (38,8%)
Adecuados conocimientos				
Sí	62 (63,3%)	60 (62,5%)	38 (73,1%)	54 (67,5%)
No	36 (36,7%)	36 (37,5%)	14 (26,9%)	26 (32,5%)
Conductas sexuales de riesgo				
Sí	43 (43,9%)	43 (44,8%)	25 (48,1%)	49 (61,3%)
No	55 (56,1%)	53 (55,2%)	27 (51,9%)	31 (38,8%)
Adecuadas conductas y conocimientos				
Sí	33 (33,7%)	31 (32,3%)	18 (34,6%)	21 (26,3%)
No	65 (66,3%)	65 (67,7%)	34 (65,4%)	59 (73,8%)

9.2. Resultados analíticos

9.2.1. Género

9.2.1.1. Género y estado civil. En el subgrupo de hombres los estados civiles más frecuentes fueron: soltero (50,6%) y unión libre (20,3%). En las mujeres fueron: unión libre (31%), seguido por divorciada y soltera con 24,1% cada uno. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 9,59$; $GL= 4$; $p= 0,048$).

9.2.1.2. Género y nivel de instrucción. Dentro de las mujeres predominó el nivel secundario con 55,2%, seguido por el nivel primario con 34,5% y apenas un 10,3% con nivel superior. En los hombres predominó de igual manera el nivel secundario con 49,4% pero un 38% reportó instrucción superior y el 12,7% instrucción primaria. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 10,89$; $GL= 2$; $p= 0,004$).

9.2.1.3. Género y tipo de empleo. La mayoría de hombres reportó tener algún tipo de empleo (83,6%) al igual que en las mujeres (72,4%). Sin embargo el empleo estable en los hombres fue de 60,8% mientras que en las mujeres fue de apenas 31%. El desempleo fue de 16,5% y 27,6% para hombres y mujeres respectivamente. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($X^2= 7,54$; $GL= 2$; $p= 0,023$).

9.2.2. Tendencia sexual

9.2.2.1. Estado civil y tendencia sexual. Encontramos que la mayoría de pacientes dentro del subgrupo de casados fueron heterosexuales (88,9%) y apenas dos pacientes no lo fueron (un bisexual y un homosexual). En el subgrupo de solteros

los heterosexuales igualmente predominaron pero en una menor proporción (54,3%), perteneciendo un importante 45,7% restante a los no heterosexuales (37% de homosexuales y 8,7% bisexuales). En el subgrupo de unión libre los heterosexuales ocuparon un 64%, mientras que el 36% de heterosexuales se dividió en 28% de homosexuales y 8% de bisexuales. El subgrupo de divorciados fue predominantemente heterosexual con 92,1% y apenas un paciente no heterosexual (homosexual). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2= 11,70$; $GL= 3$; $p= 0,008$). El subgrupo de viudos fue exclusivamente de heterosexuales, por lo que no ingresó en el análisis.

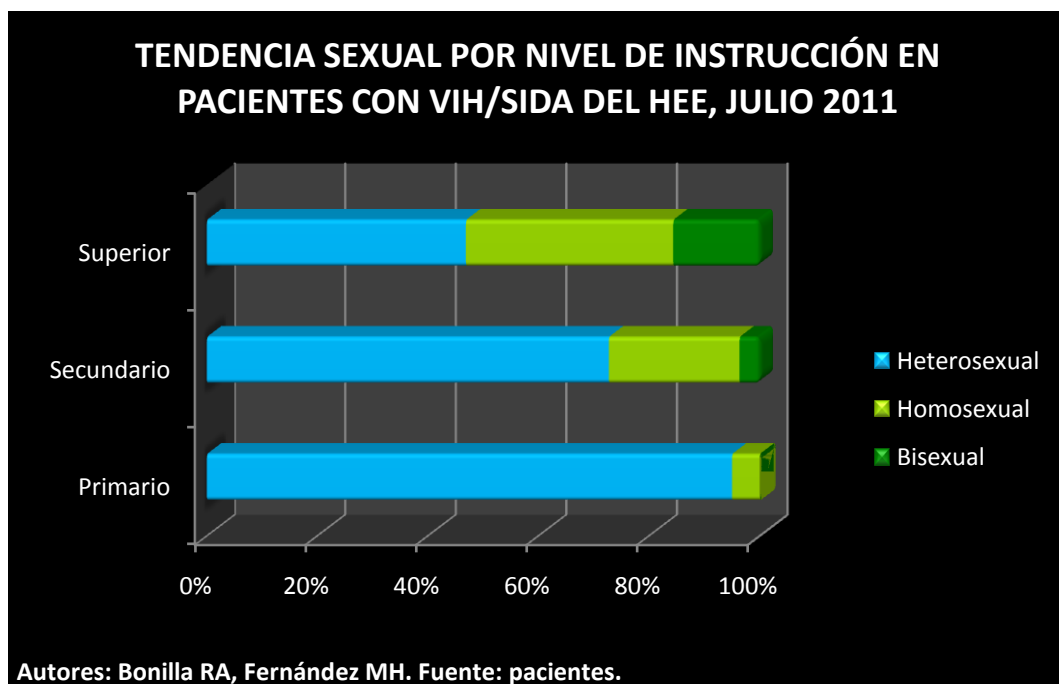
Gráfico 25. Tendencia sexual por estado civil.



9.2.2.2. Nivel de instrucción y tendencia sexual. Se evidenció que dentro del grupo de instrucción primaria prácticamente la totalidad de pacientes fueron

heterosexuales, solo un paciente fue homosexual y ningún paciente fue bisexual. En el grupo de instrucción secundaria un poco más de la cuarta parte fueron no heterosexuales (23,6% y 3,6% de homosexuales y bisexuales respectivamente). Finalmente dentro del grupo de instrucción superior más de la mitad de pacientes fueron no heterosexuales, 37,5% perteneciendo a homosexuales y un 15,6% a bisexuales. Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos ($\chi^2 = 14,04$; GL= 2; $p = 0,001$).

Gráfico 26. Tendencia sexual por nivel de instrucción.



9.2.3. Tipo de pareja sexual

9.2.3.1 Género y tipo de pareja sexual. Encontramos que las mujeres tuvieron significativamente mayor prevalencia de pareja sexual estable (65,5%) que los hombres (32,9%) ($X^2= 9,01$; GL= 1; RR= 6,57; IC: 1,73 a 24,90; p= 0,002; $\alpha=0,05$).

9.2.3.2. Tipo de empleo y tipo de pareja sexual. Los pacientes desempleados tuvieron mayor prevalencia de pareja sexual estable (61,9%) que aquellos pacientes con algún tipo de trabajo (36,8%), lo que fue estadísticamente significativo ($X^2= 7,74$; GL= 1; RR= 11,78; IC: 1,45 a 95,73; p= 0,004; $\alpha=0,05$).

9.2.3.3. Tipo de actividad sexual y tipo de pareja sexual. Los pacientes que reportaron practicar un tipo de coito exclusivamente tuvieron mayor prevalencia de pareja sexual estable (61,4%) que los pacientes que practicaban dos o más tipos de coito (38,1%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($X^2= 5,27$; GL= 1; RR= 3,34; IC: 1,16 a 9,60; p= 0,021; $\alpha=0,05$).

9.2.3.4. Estado civil y tipo de pareja sexual. La mayor prevalencia de abstinencia en los últimos 6 meses fue encontrada en divorciados (50%) y solteros (38,3%), mientras que apenas una persona de los casados y tres de los que reportaron unión libre tuvieron abstinencia en los últimos 6 meses. Tener pareja estable predominó en casados y en los pacientes con unión libre con 77,8% y 72% respectivamente. La mayor prevalencia de parejas sexuales ocasionales encontrada fue en el subgrupo de solteros con 31,9%. Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos ($X^2= 36,00$; GL= 9; p= 0,000). La totalidad del subgrupo de viudos tuvo abstinencia en los últimos 6 meses y no entró en el análisis.

9.2.3.5. Tendencia sexual y tipo de pareja sexual. En el subgrupo de pacientes heterosexuales predominó tener pareja sexual estable con una prevalencia de 44,6%, un 35,1% de ellos tuvieron abstinencia sexual en los últimos 6 meses y una quinta parte tuvo parejas ocasionales con o sin pareja estable. En los pacientes homosexuales un 53,8% de pacientes homosexuales tuvieron parejas sexuales ocasionales, 34,6% tuvieron pareja sexual estable y apenas un 11,5% tuvo abstinencia sexual en los últimos 6 meses. En los pacientes bisexuales la abstinencia y tener pareja sexual estable predominaron con 42,9% cada una. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 12,70$; GL= 4; $p= 0,013$). Los pacientes heterosexuales tuvieron una prevalencia de pareja sexual estable significativamente mayor a la de los pacientes homosexuales ($X^2= 5,64$; GL= 1; RR= 3,42; IC: 1,21 a 9,64; $p= 0,017$; $\alpha=0,05$).

9.2.4. Actividad y abstinencia sexual

9.2.4.1. Estado civil y abstinencia sexual. Los pacientes que se encontraban en algún tipo de unión (casados o en unión libre) reportaron menos abstinencia (9,3%) que aquellos que no estaban en algún tipo de unión (36,9%). Esta diferencia fue significativamente estadística ($X^2= 10,28$; GL= 1; RR= 0,17; IC: 0,05 a 0,55; $p= 0,001$; $\alpha=0,05$).

Gráfico 27. Actividad sexual por estado civil.



9.2.4.2. Nivel de instrucción y actividad sexual. El 65% de pacientes con instrucción primaria se mantuvieron sexualmente activos posterior al diagnóstico de VIH/SIDA y esto fue menor que el 85,5% encontrado en los pacientes con instrucción secundaria. Este hallazgo se encontró levemente sobre el límite de la significancia estadística, probablemente debido a que el grupo de pacientes con instrucción primaria tuvo un tamaño menor al de los otros niveles de instrucción ($X^2= 3,80$; $GL= 1$; $RR= 0,31$; $IC: 0,09$ a $1,03$; $p= 0,055$; $\alpha=0,05$). De igual manera, el 85,5% de pacientes con instrucción secundaria que se mantuvieron sexualmente activos posterior al diagnóstico fue significativamente mayor que el 60,6% de los pacientes con instrucción superior ($X^2= 7,00$; $GL= 1$; $RR= 3,81$; $IC: 1,37$ a $10,63$; $p= 0,009$; $\alpha=0,05$).

9.2.4.3. Tendencia sexual y actividad sexual. El 70,3% de los pacientes heterosexuales se mantuvo sexualmente activo posterior al diagnóstico de VIH/SIDA, mientras que en los bisexuales esta cifra fue menor con 57,1% y casi la totalidad de los pacientes homosexuales (92,3%) se mantuvo sexualmente activa posterior al diagnóstico. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 6,18$; GL= 2; $p= 0,045$).

La cantidad de pacientes heterosexuales que se mantuvieron sexualmente activos posterior al diagnóstico fue significativamente menor que lo encontrado en los pacientes homosexuales ($X^2= 5,12$; GL= 1; RR= 0,19; IC: 0,04 a 0,90; $p= 0,018$; $\alpha=0,05$). A su vez, la cifra determinada en los pacientes homosexuales fue mayor que la encontrada en los pacientes bisexuales, aunque debido al tamaño del grupo de bisexuales este hallazgo estuvo levemente sobre el límite de significancia estadística ($X^2= 5,3$; GL= 1; RR= 9,00; IC: 1,12 a 71,95; $p= 0,052$; $\alpha=0,05$).

9.2.4.4. Adecuados conocimientos, conductas y actividad sexual. Se determinó que el 56,8% de los pacientes calificados como de adecuadas conductas y conocimientos se mantuvieron sexualmente activos posterior al diagnóstico, y esto fue significativamente menor que el 83,1% determinado en aquellos pacientes que no tuvieron adecuadas conductas y conocimientos ($X^2= 8,78$; GL= 1; RR= 0,26; IC: 0,10 a 0,65; $p= 0,004$; $\alpha=0,05$).

9.2.4.5. Género y tipo de actividad sexual. Calculamos que los hombres practicaban significativamente más dos o más tipos de coito que las mujeres (34,5% versus 8,7%) ($X^2= 5,50$; GL= 1; RR= 5,54; IC: 1,17 a 26,19; $p= 0,015$; $\alpha=0,05$).

9.2.4.6. Promiscuidad y tipo de actividad sexual. Determinamos que el subgrupo de pacientes promiscuos predominó tener dos o más tipos de coito con una prevalencia de 40,9%, mientras que en los no promiscuos predominó el coito exclusivo con una prevalencia casi idéntica (41%). Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos ($X^2= 16,28$; GL= 4; $p= 0,003$).

9.2.4.7. Estado civil y actividad sexual. Un solo paciente del subgrupo de casados reportó abstinencia sexual desde el diagnóstico de VIH/SIDA, mientras que en los pacientes divorciados fue un 35,7%, en los solteros fue un 36,2%, en los de unión libre 12% (tres pacientes) y en los viudos 50% (dos pacientes). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 10,88$; GL= 4; $p= 0,028$).

9.2.4.8. Nivel de instrucción y abstinencia sexual. Determinamos que la abstinencia sexual fue similar en los subgrupos de instrucción primaria y superior con 35% y 39,4% respectivamente, mientras que en el grupo de instrucción secundaria fue menor con 14,5%. Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos ($X^2= 7,68$; GL= 2; $p= 0,021$).

9.2.5. Promiscuidad

9.2.5.1. Género y promiscuidad. Los hombres fueron significativamente más promiscuos que las mujeres (25,3% versus 6,9%) ($X^2= 4,54$; GL= 1; RR= 4,55; IC: 1,01 a 21,36; $p= 0,025$; $\alpha=0,05$).

9.2.5.2. Estado civil y promiscuidad. La promiscuidad reportada en el subgrupo de solteros (31,9%) fue significativamente mayor que la del subgrupo de no solteros (casados, unión libre, divorciados y viudos) (11,4%) ($X^2= 6,16$; GL= 1; RR= 3,54; IC: 1,30 a 9,63; $p= 0,01$; $\alpha=0,05$).

Gráfico 28. Promiscuidad por estado civil.



9.2.5.3. Nivel de instrucción y promiscuidad. Los pacientes con instrucción superior (30,3%) fueron más promiscuos que los pacientes con instrucción primaria (5%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, pero debido al menor tamaño del grupo de pacientes con instrucción primaria el intervalo de confianza del riesgo relativo se ve afectado levemente ($X^2= 4,84$; GL= 1; RR= 8,26; IC: 0,96 a 70,4; $p= 0,027$; $\alpha=0,05$).

9.2.5.4. Tipo de empleo y promiscuidad. Se encontró que los pacientes con empleo estable fueron significativamente más promiscuos que los pacientes desempleados (24,6% versus 4,8%) ($X^2= 3,98$; GL= 1; RR= 6,6; IC: 0,81 a 54,3; $p= 0,039$; $\alpha=0,05$). En este caso los intervalos de confianza del riesgo relativo se ven afectados por el bajo número de pacientes promiscuos en el subgrupo de desempleados, sin embargo la diferencia entre los grupos es significativa.

9.2.5.5. Tipo de actividad sexual y promiscuidad. Fue estadísticamente significativa la relación encontrada entre los pacientes que practicaban coito no vaginal (anal u oral) o varios tipos de coito y los que practicaban coito vaginal únicamente, siendo más promiscuos los primeros (40,5% versus 17,1%) ($X^2= 5,28$; GL= 1; RR= 3,31; IC: 1,16 a 9,41; $p= 0,02$; $\alpha=0,05$).

9.2.5.6. Sexo con trabajadores sexuales y promiscuidad. Las pacientes que tuvieron sexo con trabajadoras sexuales fueron más promiscuos que los que no tuvieron sexo con las trabajadoras sexuales (41,7% versus 17,7%) ($X^2= 3,68$; GL= 1; RR= 3,27; IC: 0,92 a 11,57; $p= 0,068$; $\alpha=0,05$). El bajo número de pacientes que reportaron haber mantenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales en la población general se ve reflejado en el valor de significancia estadística que se encuentra levemente sobre lo esperado, a pesar de la evidente diferencia en la prevalencia de promiscuidad entre ambos grupos.

9.2.5.7. Tendencia sexual y promiscuidad. Definimos que el subgrupo con mayor prevalencia de promiscuidad fue el de homosexuales con 38,5%, mientras que en heterosexuales y bisexuales fue similar, con cifras de 15,1% y 14,3% respectivamente. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 6,57$; GL= 2; $p= 0,037$). Los pacientes heterosexuales tuvieron una prevalencia de promiscuidad inferior que la encontrada en los pacientes homosexuales (14,9% versus 38,5%), esto fue estadísticamente significativo ($X^2= 6,27$; GL= 1; RR= 0,28; IC: 0,10 a 0,78; $p= 0,015$; $\alpha=0,05$).

9.2.6. No uso de preservativo bajo efectos del alcohol

9.2.6.1. Estado civil y no uso de preservativo bajo efectos del alcohol. Los casados tuvieron mayor prevalencia, estadísticamente significativa, de relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol que los pacientes no casados (solteros, unión libre, divorciados, viudos) (27,7% versus 7,8%) ($X^2= 6,36$; GL= 1; RR= 4,76; IC: 1,30 a 17,44; $p= 0,025$; $\alpha=0,05$).

9.2.6.2. Tipo de actividad sexual y no uso de preservativo bajo efectos del alcohol. El subgrupo de pacientes que practicaba dos o más tipos de coito mostró una prevalencia de sexo sin preservativo bajo efectos del alcohol, que fue significativamente mayor que el 8,7% encontrado en el subgrupo que practica un tipo de coito exclusivamente ($X^2= 7,11$; GL= 1; RR= 5,27; IC: 1,43 a 19,37; $p= 0,03$; $\alpha=0,05$).

9.2.7. Conductas sexuales de riesgo

9.2.7.1. Género y conductas sexuales de riesgo. Dentro de los pacientes activos sexualmente posterior al diagnóstico de VIH/SIDA, los hombres tuvieron más conductas sexuales de riesgo que las mujeres (69,6% versus 41,7%). Esto fue estadísticamente significativo ($X^2= 5,54$; GL= 1; RR= 3,21; IC: 1,19 a 8,65; $p= 0,018$; $\alpha=0,05$).

9.2.7.2. Tipo de actividad sexual y conductas sexuales de riesgo. Determinamos que el subgrupo de pacientes que practicaba dos o más tipos de coito tuvo la mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo con 76,2%, seguido por los subgrupos de coito anal, oral y vaginal con 63,6%, 60% y 53,7% respectivamente. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 34,36$; GL= 4; $p= 0,000$).

9.2.7.3. Tendencia sexual y conductas sexuales de riesgo. Determinamos que el grupo con más conductas sexuales de riesgo fue el de pacientes homosexuales con una prevalencia de 65,4%, mientras que el de heterosexuales se encontró en segundo lugar con 40,5% y el que menor prevalencia tuvo fue el de bisexuales con 28,6%. Estas diferencias estuvieron levemente sobre el límite de significancia estadística ($X^2= 5,67$; GL= 2; $p= 0,058$). Los pacientes heterosexuales mostraron significativamente menos conductas sexuales de riesgo que los pacientes homosexuales ($X^2= 4,76$; GL= 1; RR= 0,36; IC: 0,14 a 0,91; $p= 0,025$; $\alpha=0,05$).

9.2.8. Adecuados conocimientos

9.2.8.1. Religión y adecuados conocimientos. Los pacientes con religión cristiana (católicos y evangélicos) tuvieron una prevalencia significativamente menor de adecuados conocimientos (61,3%) que pacientes con religiones no cristianas (ateos y otras) (86,6%), aunque debido al reducido tamaño del grupo de ateos y otras religiones se encontró apenas por debajo del límite de significancia estadística ($X^2= 3,64$; GL= 1; RR= 0,24; IC: 0,05 a 1,14; $p= 0,047$; $\alpha=0,05$).

9.2.8.2. TARMA, CVI y adecuados conocimientos. Establecimos dentro de la población que se encontraba bajo TARMA, que los pacientes con carga viral indetectable tenían significativamente mayor prevalencia de adecuados conocimientos que los pacientes con carga viral detectable (73,1% versus 50%) ($X^2= 5,41$; GL= 1; RR= 2,71; IC: 1,15 a 6,35; $p= 0,017$; $\alpha=0,05$).

9.2.8.3. Tendencia sexual y adecuados conocimientos. Los pacientes heterosexuales tuvieron menor prevalencia de adecuados conocimientos que los no

heterosexuales (59,5% versus 75,8%), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($X^2= 2,64$; GL= 1; RR= 0,46; IC: 0,18 a 1,17; p= 0,078; $\alpha=0,05$).

9.2.8.4. Nivel de instrucción y adecuados conocimientos. Determinamos que en el nivel de instrucción superior existía la prevalencia de adecuados conocimientos más alta (81,8%), seguida por la del nivel secundario (63,6%) y la más baja en el nivel primario (40%); siendo estadísticamente significativo ($X^2= 9,61$; GL= 2; p= 0,008).

9.2.9. Adecuadas conductas y conocimientos

9.2.9.1. Tendencia sexual y adecuadas conductas y conocimientos. Determinamos que un 35,1% de los pacientes heterosexuales tenían adecuadas conductas y conocimientos mientras que apenas un 19,2% de homosexuales lo hacía y un importante 71,4% de los bisexuales tenía adecuadas conductas y conocimientos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 6,97$; GL= 2; p= 0,031).

9.2.9.2. Religión y adecuadas conductas y conocimientos. Los pacientes de religión cristiana (católicos y evangélicos) mostraron menor prevalencia (31,2%) de adecuadas conductas y conocimientos que los pacientes no cristianos (ateos y otros) (53,3%) pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p= 0,085).

9.2.9.3. Tipo de empleo y adecuadas conductas y conocimientos. Determinamos que los pacientes con algún tipo de empleo tuvieron significativamente menor prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos que los pacientes en desempleo (29,9% versus 52,4%) ($X^2= 3,80$; GL= 1; RR= 0,38; IC: 0,14 a 1,02; p= 0,047; $\alpha=0,05$). Similar a lo antes mencionado, los pacientes con empleo estable tuvieron menor prevalencia adecuadas conductas y conocimientos que aquellos en desempleo (29,8% versus 52,4%) pero esta asociación se encontró en el límite de la

significancia estadística ($X^2= 3,39$; GL= 1; RR= 0,38; IC: 0,30 a 1,07; $p= 0,059$; $\alpha=0,05$).

9.2.9.4. Actividad sexual y adecuadas conductas y conocimientos. Encontramos una relación sumamente significativa entre los pacientes que tuvieron actividad sexual posterior al diagnóstico y aquellos que optaron por la abstinencia, evidenciando que los primeros tuvieron una prevalencia menor (26,3%) de adecuadas conductas y conocimientos que la de los abstinentes (57,1%) ($X^2= 8,78$; GL= 1; RR= 0,26; IC: 0,10 a 0,65; $p= 0,004$; $\alpha=0,05$).

9.2.9.5. Nivel de instrucción y adecuadas conductas y conocimientos. Determinamos que en el nivel de instrucción superior existía la prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos más alta (51,5%), seguida por la del nivel secundario (30,9%) y la más baja en el nivel primario (15%); siendo estadísticamente significativo ($X^2= 7,93$; GL= 2; $p= 0,019$).

9.2.9.6. Tipo de actividad sexual y adecuadas conductas y conocimientos. Determinamos que la quinta parte o menos de los pacientes que practican coito anal, oral o dos o más tipos de coito tenían adecuadas conductas y conocimientos. De igual manera en los pacientes que practican coito vaginal exclusivo fue baja la prevalencia con 31,7%. El grupo con mayor prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos fue el de abstinencia con un 57,1%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2= 10,54$; GL= 4; $p= 0,032$).

10. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar cuál es la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Eugenio Espejo, posterior a su diagnóstico. Buscamos identificar sus características sociodemográficas, conocimientos, percepciones, prácticas y la relación de estas con las conductas sexuales de riesgo que presentaran.

Un total de 108 pacientes cumplieron con todos los criterios y requerimientos para participaren el estudio. La información autoreportada fue recolectada utilizando un cuestionario anónimo mediante validación cara a cara con los autores.

Casi tres cuartas partes de la población fueron hombres y una cuarta parte mujeres, similar a lo encontrado en estudios realizados en Estados Unidos (47, 56) donde se evidencia una mayoría del género masculino, contrario a lo encontrado en estudios procedentes del Reino Unido, Nigeria y Kenia, donde reportan mayoría del género femenino (38, 44, 51).

El promedio y el rango de edad de la población de nuestro estudio se encontraron dentro de lo descrito en otras investigaciones (44, 47, 49), reflejando que la población con VIH/SIDA está conformada por adultos de todas las edades, infectados hace pocos años algunos y otros desde las etapas iniciales de la epidemia en el Ecuador.

En nuestro estudio predominó claramente la raza/etnia mestiza. Esta característica varía en cada estudio de acuerdo a las particularidades de la población de cada región/país/continente.

Aproximadamente la mitad de pacientes de la población estudiada reportaron estar solteros, casi una cuarta parte en unión libre y menos de una quinta parte casados, también

una minoría fueron viudos o divorciados. Estos datos dan muestra que ningún grupo está exento del VIH, e incluso casi un 40% de los pacientes con VIH/SIDA se encontraban en una relación que implicaba monogamia.

La gran mayoría de la población de este estudio se identificó como de religión católica, que al igual que la raza/etnia, varía de acuerdo a la población de cada país o región; como es el caso de Kenia, donde reportan que el 91% de pacientes son cristianos (44).

En varios estudios se observan dos tendencias con respecto al nivel educativo de los pacientes con VIH/SIDA. La primera en los países en vías de desarrollo, con una gran proporción de la población en nivel primario o que no llegan a completar el secundario (44). La segunda se evidencia en los países desarrollados, donde predomina la educación secundaria completa y una proporción importante con nivel superior (47, 53). La población de nuestro estudio encaja en la primera descripción. A pesar de que no encontramos pacientes analfabetos, el nivel educativo de los pacientes fue bajo: más del 40% no tenía una educación secundaria completa y apenas un tercio tuvo acceso a educación de nivel superior.

El 80% de la población tenía algún tipo de empleo, esto representó el doble de lo descrito en un estudio norteamericano y la mitad de desempleo descrita en otro estudio realizado en Kenia (44, 47). Aun así, una quinta parte de personas desempleadas es más de tres veces superior al 6,36% reportado en la población ecuatoriana por el INEC en junio de 2011 (57).

Encontramos que casi 70% de la población estudiada era heterosexual, aproximadamente la cuarta parte era homosexual, un 7% bisexual y otro 7% transgénero. Estas cifras fueron similares a las encontradas en otros estudios alrededor del mundo, donde se evidencia un predominio de los heterosexuales (47, 50, 52,56). La prevalencia de homosexuales fue

prácticamente idéntica al 23,4% encontrado en un estudio en España (50) y menor al 43-44% descrito en estudios realizados en Estado Unidos (47, 52), donde también determinaron una prevalencia de bisexuales prácticamente idéntica a la determinada en nuestro estudio (47).

No hallamos mujeres que sean transgénero, bisexuales ni homosexuales. Esto último podría deberse a que la transmisión del VIH en relaciones sexuales entre mujeres, aunque técnicamente posible, es mucho menos efectiva que en el coito insertivo/receptivo hombre-mujer u hombre-hombre. También puede explicarse en que el uso de drogas intravenosas no juega un papel tan importante para la transmisión de VIH en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, donde el uso de este tipo de drogas es más frecuente (5, 16).

Prácticamente la totalidad de pacientes casados y divorciados, y la totalidad de los pacientes viudos fueron heterosexuales, mientras que en los subgrupos de pacientes en unión libre y solteros se evidenció una gran condensación de homosexuales y bisexuales que abarcó casi la mitad de dichos subgrupos. Estos hallazgos se podrían explicar en primer lugar porque el matrimonio entre personas del mismo sexo no es posible en el Ecuador, de manera que estas personas se ven forzadas a optar por la unión libre o mantenerse solteros, y en segundo lugar al reducido tamaño de la población de homosexuales y en especial de bisexuales. En conjunto, las dos circunstancias mencionadas serían las responsables que la cantidad de personas homosexuales y bisexuales sea mínima en la población de casados y subsecuentemente en las de divorciados y viudos.

Determinamos que prácticamente la totalidad de pacientes con instrucción primaria fueron heterosexuales, mientras que un poco más de la cuarta parte de los pacientes con nivel

secundario y más de la mitad de pacientes con instrucción superior fueron homosexuales o bisexuales. La explicación a la relación directamente proporcional entre nivel educativo y prevalencia de personas no heterosexuales escapa a los objetivos de esta investigación, pero podría estar relacionada con el hecho que un mayor nivel educativo, al implicar entre otras cosas más educación sexual, posiblemente abre a la población un mundo de posibilidades, entre las cuales se encuentran opciones diferentes de sexualidad con las que pueden identificarse o experimentar.

Aproximadamente tres cuartas partes de la población del estudio se mantuvieron sexualmente activas desde el diagnóstico de VIH/SIDA. Tanto estas cifras como las encontradas en hombres y mujeres son similares a las reportadas en estudios realizados en Estados Unidos e Inglaterra (3, 47, 51,56). La prevalencia de abstinencia fue algo menor al 37-43% reportado en Nigeria (38). Menos del 10% de los pacientes que se encontraban en algún tipo de unión estable (casados o en unión libre) practicaron abstinencia, incluso determinamos que los pacientes que no se encontraban en algún tipo de unión (solteros, divorciados o viudos) tenían cuatro veces más probabilidades de presentar abstinencia posterior al diagnóstico de VIH/SIDA.

Casi todos los pacientes homosexuales se mantuvieron sexualmente activos posterior al diagnóstico de VIH/SIDA, mientras que menos de tres cuartas partes de los heterosexuales y poco más de la mitad de los pacientes bisexuales lo hicieron. La explicación del porqué de las decisiones de continuar con una vida sexual activa u optar por la abstinencia posterior al diagnóstico y la delimitación de las causas de estas diferencias va más allá del alcance de este estudio, pero podría deberse a la magnitud del impacto del diagnóstico, la aceptación del paciente de este, las circunstancias de la adquisición de la enfermedad (16) y muchas otras que serían pertinentes investigar en un subsecuente estudio.

Más de la cuarta parte de la población estudiada tuvo relaciones con parejas sexuales ocasionales, en especial los hombres, en quienes un tercio había tenido relaciones sexuales con este tipo de parejas. Estos datos son similares a los reportados en estudios realizados en Estados Unidos e Inglaterra (3, 51). Hallamos que las mujeres tenían el doble de prevalencia de pareja sexual estable que los hombres, y demostramos que ellas tienen más de seis veces la probabilidad de tener pareja sexual estable que ellos. Esto podría verse explicado en el hecho que las mujeres en nuestro estudio se encontraban mayormente en unión libre, tenían un nivel educativo y de prevalencia de empleo estable bajos, así como mayor desempleo, por lo que probablemente la mayoría de ellas dependía de su pareja como sustento económico y por ende existía la necesidad de una relación estable (16, 42).

En el subgrupo de pacientes heterosexuales predominó tener una pareja sexual estable exclusivamente y la abstinencia sexual en los últimos 6 meses, mientras que una quinta parte tuvo parejas sexuales ocasionales. Más de la mitad de pacientes homosexuales tuvieron parejas sexuales ocasionales, lo que difiere considerablemente del 90% de prevalencia reportado en un estudio realizado con pacientes homosexuales en España (50), un tercio tuvieron pareja sexual estable y poco más de una décima parte tuvo abstinencia sexual en los últimos 6 meses. Calculamos que los pacientes heterosexuales presentaron más de tres veces la probabilidad de tener pareja sexual estable que los pacientes homosexuales. Casi todos los pacientes bisexuales estuvieron en abstinencia o con una pareja sexual estable.

Apenas el 12% o menos de los pacientes casados o en unión libre tuvieron abstinencia en los últimos 6 meses, ya que casi tres cuartas partes de estos subgrupos tenían pareja sexual estable. Casi un tercio de los pacientes solteros tuvo parejas sexuales ocasionales. Posiblemente, el hecho de que los pacientes casados y en unión libre tienen una pareja a su

lado podría facilitar que estos continúen teniendo actividad sexual, y así determinando la poca abstinencia en estos grupos (42). Nuevamente la explicación precisa a este fenómeno y similares en otros subgrupos escapa a los objetivos de esta investigación, pero amerita ser investigada posteriormente.

La quinta parte de todos los pacientes cumplió criterios de la OMS para promiscuidad, cifra que varía en los estudios de cada región, siendo menor a lo reportado en un estudio realizado en Perú (49) pero duplicando lo reportado en el estudio realizado en Kenia (44). Las mujeres mostraron una prevalencia muy similar a la descrita en Estados Unidos (3), que al igual que en nuestro caso fue consistentemente menor a la encontrada en los hombres, quienes determinamos que tenían más de cuatro veces las probabilidades de ser promiscuos que las mujeres. La razón de estos hallazgos probablemente reside en la misma explicación detallada anteriormente sobre los tipos de parejas sexuales.

Encontramos que el subgrupo de pacientes solteros tenía tres veces más probabilidades de presentar promiscuidad que los pacientes con otros estados civiles. Dos de los hallazgos más interesantes fueron que los pacientes en el subgrupo con instrucción superior tuvieron ocho veces más probabilidades de ser promiscuos que aquellos que tenían instrucción primaria solamente y de igual forma los pacientes con empleo estable tuvieron seis veces más probabilidades que los desempleados, estableciéndose como factores de riesgo. Esto es contrario a lo descrito en otros estudios (46) y amerita ser investigado posteriormente.

Se hizo evidente en nuestros resultados que el subgrupo de pacientes homosexuales tenía la mayor prevalencia de promiscuidad con casi el 40%, y tuvieron aproximadamente el doble de probabilidades de ser promiscuos que los pacientes heterosexuales y bisexuales. A su vez, aquellos pacientes que practicaban coito anal, oral o múltiples tipos de coito

tuvieron tres veces más probabilidades de ser promiscuos que los pacientes que practicaban coito vaginal exclusivamente.

Calculamos que los pacientes que pagan por tener relaciones sexuales tenían tres veces más probabilidades de ser promiscuos, pero estos hallazgos se encontraron levemente por encima del límite de la significancia estadística. Este hecho seguramente se debe a la relativa poca cantidad de pacientes que tuvieron sexo con trabajadoras sexuales dentro de la muestra y amerita ser incluido en un estudio posterior para clarificar esta relación.

Un 70% de los pacientes que reportaron tener pareja sexual estable utilizaban preservativo siempre con estas parejas, mientras que un 90% de los pacientes con parejas sexuales ocasionales lo utilizaban con estas parejas. Esto implica que, respectivamente 30% y 10% de los pacientes no utilizaban preservativo nunca o lo hacían parcialmente con estas parejas. Este hallazgo puede deberse a una percepción de riesgo variable con respecto a una relación sexual no protegida, atribuyendo mayor peligro a una pareja sexual ocasional que a una estable y aun mayor a un trabajador sexual (33).

Encontramos que un 43% de homosexuales no utilizaba preservativo o lo hacía a veces con una pareja sexual estable, pero todos refirieron utilizarlo siempre con parejas ocasionales. Es interesante que la prevalencia de relaciones no protegidas con pareja sexual estable fueron similares a las descritas en un estudio norteamericano (53), pero la prevalencia de relaciones no protegidas con parejas ocasionales descrita en el estudio mencionado fue de 50%, mientras que nosotros no encontramos ningún paciente homosexual que refiera relaciones sexuales no protegidas con parejas ocasionales.

Aunque un 15% de hombres tuvieron relaciones con trabajadoras sexuales y todos ellos reportaron que utilizaron preservativo en estos encuentros, debido a que el preservativo

tiene una efectividad para prevenir la transmisión del VIH calculada en aproximadamente 80,2% (puede variar entre el 35,4% y el 94,2%) (55) aún es considerable el riesgo de transmisión de estos pacientes a dichas trabajadoras, y aún mayor si ellas adquieren el virus, puesto que al tener múltiples contactos sexuales pueden propagar la infección. Adicionalmente si alguna de las trabajadoras sexuales se encuentra infectada por el VIH, es factible la reinfección del paciente con una nueva cepa del virus que puede generar resistencia a la TARMA (56).

Los dos motivos principales encontrados para el uso de preservativo en la población de nuestro estudio fueron: prevenir la transmisión de VIH/SIDA a la pareja y prevenir la adquisición de otra infección de transmisión sexual. Los motivos principales para no uso de preservativo que encontramos fueron: por efectos del alcohol en primer lugar e incomodidad, pareja prefiere no utilizar y creencia que no es necesario con pareja seropositiva empatados en segundo lugar. Los motivos para uso de preservativo hallados en nuestra investigación fueron idénticos a lo encontrado en un estudio realizado en Inglaterra (51), sin embargo el motivo principal para no uso de preservativo descrito en dicho estudio fue diferente al encontrado en nuestros pacientes.

Es notable que el principal motivo para no uso de preservativo en nuestros pacientes sea el alcohol y esto difiera de pacientes europeos. Congruentemente, encontramos que 15% de la población estudiada reportó haber tenido relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol. Los casados presentaron seis veces más probabilidades que los pacientes que no se encontraban casados de tener relaciones sexuales inseguras bajo efectos del alcohol, e igualmente los pacientes que practicaban dos o más tipos de coito presentaron siete veces más probabilidades de tener relaciones sexuales inseguras bajo

efectos del alcohol que aquellos que practicaban solamente un tipo de coito, fuere anal, oral o vaginal.

Todos estos hallazgos evidencian el significativo rol que juega el alcohol como causa de conductas sexuales de riesgo, especialmente en hombres, en quienes el alcohol fue el principal motivo para no uso de preservativo, mientras que para las mujeres fue que sus parejas prefieren no utilizar preservativo, coincidiendo con la segunda causa más importante del estudio londinense. En las mujeres, la explicación al motivo que reportaron como causa de no uso de preservativo podría ser similar a la expuesta para el tipo de parejas sexuales, debido a que si ellas tienen menor nivel educativo, mayor desempleo y menor prevalencia de empleo estable, puede que esto determine que sean económicamente dependientes de sus parejas y así pierdan poder de negociación en la relación sobre el uso de preservativo (38). También podría explicarse en que al ser sus parejas masculinas los usuarios primarios de los preservativos, sus actitudes y conocimientos juegan un rol determinante en la seguridad de las relaciones sexuales (3, 38).

La gran mayoría de pacientes identificaron su estado de salud como bueno, un tercio como regular y apenas una minoría de los pacientes lo identificó como malo. No encontramos asociación del estado de salud de los pacientes con ninguna otra variable. Debido al reducido tamaño del subgrupo de pacientes que identificaron su estado de salud como malo fue imposible realizar análisis dentro de este subgrupo o comparativos con otros subgrupos, por lo que creemos que es pertinente realizar más investigaciones en este grupo en particular, para ampliar el conocimiento sobre sus conductas sexuales de riesgo.

Casi el 91% de la población estudiada fue diagnosticada de SIDA, de estos el 98% recibía TARMA y apenas el 54% de los pacientes bajo tratamiento fue diagnosticado de CVI. La prevalencia de pacientes bajo TARMA encontrada fue bastante mayor a la media de 59%, e incluso al límite superior de 78% descritos en un meta análisis realizado en Estados Unidos (1), así como al 23% reportado en un estudio en Holanda (53). A pesar de que un porcentaje mayor de pacientes en nuestro estudio se encontraban bajo TARMA, la prevalencia de carga viral indetectable no fue proporcionalmente mayor al 33% a 59% reportado en otros estudios de varios países (1, 3, 47,56) y bastante menor al 93% descrito en el estudio de Holanda (53). La posible explicación a este fenómeno es que las prevalencias de carga viral indetectable encontradas en la literatura internacional están estar influenciadas por el método de medición de carga viral y el límite de cuantificación de este, disponibles al momento en que se realizaron cada uno de los estudios.

No encontramos una tendencia de aumento de frecuencia de actividad sexual, en ninguno de los subgrupos, en ninguna de las etapas de la enfermedad. Esto podría estar influenciado por un posible sub-reporte de la actividad sexual de los pacientes y por un sesgo de memoria de estos. Nuestros resultados difieren de lo descrito en un estudio de Uganda, donde se evidenció un aumento del 13% en la prevalencia de actividad sexual (43), pero varían en cada estudio dependiendo de la región y la población del mismo.

Como se evidencia en la tabla 8, casi no se aprecia diferencia en las prevalencias de uso consistente de preservativo, de adecuados conocimientos y de conductas sexuales de riesgo entre los pacientes con diagnóstico SIDA y los pacientes recibiendo TARMA. Los pacientes con CVI mostraron prevalencias levemente mayores de consistente uso de preservativo y adecuados conocimientos, pero también de conductas sexuales de riesgo. Puesto que casi todos los pacientes con diagnóstico de SIDA (excepto dos) de nuestro

estudio se encontraban bajo TARMA, estos dos grupos se sobreponen, dificultando el determinar definitivamente si es que existió un aumento de las conductas sexuales de riesgo posterior al inicio de la TARMA. Probablemente debido a lo anterior no logramos evidenciar un claro aumento de las conductas sexuales de riesgo en los pacientes bajo TARMA con respecto a quienes no se encuentran en la mencionada terapia, pero si evidenciamos en los pacientes con CVI un leve aumento en las conductas de riesgo, aunque no fue estadísticamente significativo.

Nuestros hallazgos sobre los conocimientos de los pacientes homosexuales fueron similares a lo descrito en un estudio realizado en España (50), donde encontraron: A) Una prevalencia de creencia que la terapia antiretroviral cura definitivamente la enfermedad del 4,7%, versus el 7,7% encontrado por nosotros. B) Un 7,7% creían que un paciente con VIH en tratamiento no transmite el virus, versus un 3,8% encontrado la población de nuestro estudio. C) Un 6,4% que cree que un paciente con VIH y carga viral indetectable no transmite el virus, versus 3,8% en nuestro estudio. A pesar de las cifras aparentemente bajas, en cada una de estas preguntas hubo un porcentaje de entre 4% a 12% de pacientes que comunicaron desconocer la respuesta. Es así, que el porcentaje de pacientes que no se encontraban adecuadamente informados en cada pregunta se situó entre el 11% a 20%. Estas cifras fueron similares en todos los subgrupos de pacientes, excepto en los bisexuales, donde encontramos que el 100% tenía adecuados conocimientos.

Determinamos que el 39% de los pacientes tenía un uso inconsistente de preservativo, cifra que varió entre subgrupos: 41% en el subgrupo de hombres, 33% en las mujeres, aproximadamente 38% en heterosexuales y homosexuales, 50% en bisexuales y finalmente 57% en los transgénero. Los datos reportados en la literatura internacional varían ampliamente dependiendo de la población estudiada, por lo que las cifras encontradas en

nuestro estudio son mejores que las descritas en estudios de España, Nigeria, Estados Unidos y Perú (2, 38, 49, 52, 55, 56) pero peores que las encontradas en otros estudios de Estados Unidos e Inglaterra (3, 51), y similares a las descritas en Kenia (44). Un meta análisis en Estados Unidos (1) reporta una prevalencia mediana de 33% de sexo no protegido en la población de la investigación, similar a la encontrada por nosotros, pero con unos intervalos de 9% a 56%, por lo que puede ser mayor o menor según la subpoblación dentro del meta análisis mencionado.

De manera interesante, a pesar de tener mayor nivel educativo, mayor prevalencia de empleo estable, menor desempleo e incluso mayor prevalencia de adecuados conocimientos, los hombres presentaban menos uso consistente de preservativo que las mujeres, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Del mismo modo, los pacientes homosexuales presentaban mayor prevalencia de adecuados conocimientos por lo que esperábamos una mayor prevalencia de uso consistente de preservativo que los heterosexuales, situación que no sucedió ya que ambos grupos tuvieron prácticamente idéntica prevalencia de uso consistente de preservativo.

Conforme a lo encontrado en la literatura internacional (38), encontramos que los pacientes con mayor nivel educativo y aquellos con algún tipo de empleo tenían mayor uso consistente de preservativo que sus contrapartes, aunque estas relaciones no probaron ser estadísticamente significativas. Los pacientes solteros, viudos y divorciados presentaron mayor uso consistente de preservativo que los pacientes que se encontraban casados o en unión libre, pero esto tampoco fue estadísticamente significativo.

A pesar de que el uso de preservativo con parejas ocasionales y trabajadores sexuales fue mayor que con parejas estables, encontramos que los pacientes con parejas

sexuales ocasionales y que tienen relaciones sexuales con trabajadores sexuales mostraban menor uso consistente de preservativo que los pacientes que tienen pareja sexual estable y que no tienen relaciones sexuales con trabajadores sexuales, respectivamente; pero estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

A pesar de que la gran mayoría de los pacientes respondió adecuadamente a las preguntas individuales sobre conocimientos, calculamos que apenas el 65% de la población de nuestro estudio poseía adecuados conocimientos globalmente. Este fenómeno es explicado porque el nivel de conocimiento varió entre los diferentes temas en cada paciente. No encontramos ninguna persona que desconozca sobre todos los temas.

Nos llamó la atención que los pacientes con religiones cristianas (católicos y evangélicos) mostraron significativamente menos adecuados conocimientos que los pacientes con otras religiones. Adicionalmente presentaban menos consistente uso de preservativo, más conductas sexuales de riesgo y menor prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos, pero estos otros hallazgos no fueron estadísticamente significativos, seguramente debido al reducido tamaño de los subgrupos de otras religiones. La explicación a estos fenómenos podría encontrarse en el tipo y cantidad de educación sexual recibida por el subgrupo de pacientes de religiones cristianas, ya que se evidenció en ellos un menor nivel educativo que en sus contrapartes de otras religiones.

Encontramos que existía una relación entre el nivel de instrucción y la prevalencia de adecuados conocimientos, que fue directamente proporcional. Es así que en el caso de nuestros pacientes, un nivel educativo más alto se asoció con una mayor prevalencia de adecuados conocimientos. Lamentablemente, y a diferencia de lo esperado, no encontramos una relación inversamente proporcional significativa entre el nivel de

conocimientos y las conductas sexuales de riesgo, y por ende tampoco lo fue la relación entre el nivel educativo y dichas conductas.

Encontramos que una mayor cantidad de pacientes no heterosexuales (homosexuales y bisexuales) tuvieron adecuados conocimientos comparados con los pacientes heterosexuales; al igual que una mayor cantidad de hombres poseían adecuados conocimientos que las mujeres, sin embargo ninguno de estos hallazgos demostró ser estadísticamente significativo. A pesar de esto último, observamos que tanto los hombres como los heterosexuales tenían más parejas sexuales ocasionales y eran más promiscuos que los otros grupos comparativos.

Dentro del grupo de pacientes bajo TARMA, definimos que los pacientes con carga viral indetectable tenían mayor prevalencia y cinco veces más probabilidades de tener adecuados conocimientos que los pacientes con carga viral detectable. Esto estaría en relación con el hecho que los pacientes que aún no tienen carga viral indetectable podrían no conocer sobre las implicaciones de este diagnóstico, mientras que los pacientes con carga viral indetectable estarían más informados.

En el análisis individual de subgrupos, no encontramos que los pacientes con creencias erróneas (sobre la transmisibilidad del VIH bajo TARMA, la necesidad de uso de preservativo, la curación mediante TARMA y que CVI implica curación de la enfermedad) tuvieran significativamente menor uso consistente de preservativo que los pacientes con adecuados conocimientos. Este hecho podría explicarse por el relativamente reducido tamaño de cada uno de los subgrupos de pacientes sin adecuados conocimientos en la muestra. Sin embargo el grupo de no adecuados conocimientos, que contenía todos los pacientes de los subgrupos antes mencionados y tenía un tamaño considerable, si mostró

tener menor uso consistente de preservativo que el subgrupo de pacientes con adecuados conocimientos, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Calculamos que un importante 45% de la población de nuestro estudio presentaba conductas sexuales de riesgo, cifra que aumentó a 61% en los pacientes sexualmente activos. Este estudio es, a nuestro conocimiento, el primero en cuantificar individualmente cada una de las conductas sexuales de riesgo y al mismo tiempo determinar cuál es la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en general en pacientes con VIH/SIDA.

Contrariamente a lo esperado por su mayor nivel educativo, mayor prevalencia de empleo estable y de adecuados conocimientos, la mitad de todos los hombres presentaron conductas sexuales de riesgo, cifra que aumentó al 70% dentro de la población masculina sexualmente activa, comparado con el 42% en las mujeres sexualmente activas. Determinamos que ser hombre era un factor de riesgo para presentar conductas sexuales de riesgo y calculamos que este grupo tenía tres veces más probabilidades que las mujeres de presentar estas conductas.

El subgrupo con más conductas sexuales de riesgo fue el de pacientes homosexuales con una prevalencia de 65,4%, seguido por heterosexuales con 40,5% y bisexuales con 28,6%. Estas diferencias se encontraron levemente sobre el límite de la significancia estadística, probablemente debido al reducido tamaño del grupo de bisexuales, ameritando un subsecuente estudio específicamente en este último grupo. Sin embargo, ser homosexual sí demostró ser un factor de riesgo para conductas sexuales de riesgo, ya que mostraron casi dos veces más probabilidades de presentar las conductas mencionadas que los heterosexuales.

Es notable que el subgrupo de pacientes homosexuales tenía mayor nivel educativo, mayor prevalencia de empleo estable, de adecuados conocimientos y menos desempleo que los heterosexuales y a pesar de esto fueron el grupo con mayor prevalencia de parejas sexuales ocasionales, promiscuidad y de conductas sexuales de riesgo en general. Completamente diferente fue lo hallado en el grupo de bisexuales, quienes tenían el más alto nivel educativo, la mayor prevalencia de desempleo, abstinencia, adecuados conocimientos y como se observó, la menor prevalencia de conductas sexuales de riesgo.

Existen pacientes que tienen adecuados conocimientos y coherentemente con estos conocimientos mantienen conductas sexuales saludables, mientras que otros presentan conductas sexuales de riesgo. Encontramos que pacientes que no tienen adecuados conocimientos y presentan conductas sexuales de riesgo, aunque no fueron la totalidad, puesto que algunos se mantienen en abstinencia, por ejemplo. Calculamos que apenas 34% de los pacientes de la población estudiada pertenecen al primer caso mencionado, es decir poseen adecuados conocimientos y presentan conductas sexuales saludables.

Debido a la alta prevalencia de conductas sexuales de riesgo en la población masculina de nuestro estudio y a pesar de tener una mayor cantidad de personas con adecuados conocimientos en este grupo, fueron las mujeres quienes tuvieron una mayor prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos simultáneamente. Sin embargo esta relación no se encontró estadísticamente significativa.

Al igual que sucedió con los conocimientos, encontramos que los pacientes de religión cristiana mostraron significativamente menor prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos que los pacientes de otras religiones, pero esta vez no fue significativamente estadístico, muy probablemente debido a que la gran mayoría de pacientes son católicos y

un porcentaje bastante menor son de otras religiones, por lo que esta asociación no fue lo suficientemente fuerte para mantenerse.

Determinamos que aproximadamente un tercio de los pacientes heterosexuales, la quinta parte de homosexuales y casi tres cuartas partes bisexuales tenía adecuadas conductas y conocimientos. Apenas la cuarta parte de los pacientes que practicaban algún tipo de coito tenían conocimientos y conductas adecuados. Notablemente, en ninguno de los subgrupos se evidenció que los adecuados conocimientos influyan favorablemente en las conductas sexuales observadas. Creemos por esto que es extremadamente necesario un estudio subsecuente que indague a profundidad sobre los motivos para que los pacientes presenten conductas sexuales de riesgo a pesar de tener adecuados conocimientos.

Encontramos que existía una mayor prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos conforme aumentaba el nivel educativo de los pacientes, principalmente determinada por los conocimientos, y que esta relación era directamente proporcional. Debido a que varios pacientes con adecuados conocimientos presentaban conductas sexuales de riesgo, la prevalencia de adecuadas conductas y conocimientos fue menor que la de adecuados conocimientos exclusivamente.

Apenas la mitad de los pacientes con instrucción de nivel superior tenían adecuadas conductas y conocimientos, evidenciando la necesidad de la creación de programas de salud dirigidos a educar a los pacientes para crear conciencia sobre su salud y cambiar las conductas sexuales de riesgo por conductas sexuales saludables.

11. CONCLUSIONES

- Existen pacientes con VIH/SIDA en todo el espectro de grupos etarios, géneros, razas/etnias, religiones, estados civiles, preferencias sexuales, nivel de instrucción y situación laboral.
- La población de pacientes con VIH/SIDA fue predominantemente de sexo masculino.
- El nivel educativo general de los pacientes es bajo, especialmente en la población femenina.
- La mayoría de pacientes tienen algún tipo de empleo.
- La población fue predominantemente heterosexual, sin embargo un cuarto fue homosexual y una minoría fue bisexual o transgénero.
- No encontramos mujeres homosexuales, bisexuales ni transgénero.
- En los pacientes que están casados o lo estuvieron en algún punto (viudos y divorciados) es más frecuente ser heterosexual, mientras que en solteros y en unión libre una gran parte es homosexual o bisexual.
- La frecuencia de personas homosexuales o bisexuales es directamente proporcional al nivel educativo, es decir, que a mayor nivel educativo la cantidad de pacientes de las tendencias mencionadas también es mayor.

- La mayoría de pacientes se mantuvo sexualmente activa posterior al diagnóstico de VIH/SIDA, especialmente aquellos que se encuentran en algún tipo de unión y los homosexuales.
- La mayoría de pacientes fueron monógamos en los últimos seis meses pero una significativa proporción tuvieron parejas sexuales ocasionales, particularmente los hombres y los homosexuales.
- Una importante proporción de pacientes fueron promiscuos, especialmente los subgrupos de hombres, estado civil soltero, pacientes con instrucción superior, pacientes con empleo estable, pacientes homosexuales y aquellos que practicaban coitos diferentes al vaginal o múltiples tipos de coito.
- Una mayor cantidad de pacientes utilizan preservativo con parejas sexuales ocasionales que con estables y todos lo utilizan con trabajadores sexuales.
- El uso de alcohol es uno de los principales determinantes en conductas sexuales de riesgo, especialmente en hombres de nuestra población.
- La mayoría de pacientes con VIH/SIDA se encuentran bajo TARMA pero solamente la mitad de ellos reportan CVI.
- No encontramos un subgrupo de pacientes con una tendencia clara de aumento de la frecuencia de actividad sexual en ninguna de las etapas de la enfermedad.
- Un 40% de pacientes con VIH/SIDA presenta uso inconsistente de preservativo.
- Apenas el 65% de los pacientes poseen adecuados conocimientos.

- La prevalencia de adecuados conocimientos fue directamente proporcional al nivel educativo, pero no encontramos que influya disminuyendo las conductas sexuales de riesgo.
- Menos de la mitad de los pacientes de la población general y el 61% de los pacientes sexualmente activos presentan una o más conductas sexuales de riesgo, especialmente los hombres y los pacientes homosexuales.
- Apenas en el 34% de la población general y en la cuarta parte de los pacientes sexualmente activos coexisten simultáneamente adecuados conocimientos y conductas sexuales saludables.

12. RECOMENDACIONES

Consideramos necesario que, en base a la información aportada por esta investigación, se planifiquen y ejecuten nuevos programas de salud dirigidos a la prevención secundaria del VIH, al desarrollo de prácticas sexuales saludables en los pacientes con VIH/SIDA y la investigación continua en este ámbito.

Es importante que el proceso de investigación sea continuo, puesto que la realidad de los pacientes es dinámica y se va modificando conforme cambia su entorno al avanzar el conocimiento científico y ponerse en práctica en nuevos tratamientos, fármacos, etc. Por lo antes expuesto, consideramos que es imperativo que se desarrollen subsecuentes investigaciones sobre conductas sexuales de riesgo en los pacientes con VIH/SIDA, de manera que se amplíe y profundice el conocimiento actual. Es así que este estudio no constituye una última instancia, sino una plataforma sobre la cual se pueden planificar y ejecutar nuevas investigaciones, para mantener el conocimiento a la par con la realidad de los pacientes y como punto de referencia a futuro para los avances realizados.

Nos parece pertinente que al desarrollar nuevos programas de salud exista un enfoque específico en los grupos que, como hemos descrito, presentan mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo y que se evalúe el impacto de los mismos posterior a su implementación.

Creemos que dentro de cualquier plan de salud es imprescindible brindar adecuada y oportuna información al paciente mediante consejería, basada en una buena relación médico-paciente. Se ha demostrado (12) que las intervenciones conductuales de los médicos reducen significativamente las conductas sexuales de riesgo en los pacientes,

especialmente si son administradas en “dosis” en cada control, puesto que parecen tener un efecto acumulativo, incrementando su impacto conforme transcurre el tiempo. Para lograr que en cada visita se refuerce el cambio conductual del paciente, el médico debe disponer del tiempo para desarrollar una buena relación médico-paciente e indagar sobre sus conductas de riesgo, de manera que también sirva como espacio de reflexión del paciente y una oportunidad para el cambio auto-motivado.

Bajo el presente régimen de funcionamiento de nuestro sistema de salud es poco factible que el médico disponga del tiempo mencionado y requerido para cada paciente, por lo que nos parece que parte del cambio necesario reside en modificar el sistema de salud de manera que los pacientes con VIH/SIDA puedan tener acceso al tiempo que necesitan.

El abordaje del paciente con VIH/SIDA debe ser realizado por un equipo multidisciplinario que incluya médico especialista en VIH, enfermería, trabajo social, psicología y médico psiquiatra; ya que el paciente puede presentar un sinnúmero de comorbilidades directa o indirectamente causadas por el VIH/SIDA, incluyendo las psiquiátricas, que son susceptibles de tratamiento y pueden afectar el curso de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Junto con un enfoque multidisciplinario, es necesario reforzar la información que se le brinda al paciente con material impreso y grupos de apoyo, de manera que la información llegue al paciente en forma tanto vertical como horizontal.

13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido al método de muestreo por conveniencia realizado, los resultados obtenidos podrían no ser generalizables a toda la población con VIH/SIDA ecuatoriana. Sin embargo el orden en el que los pacientes acudieron a la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo, de donde fueron reclutados, se podría considerar aleatorio, aumentando las probabilidades de que los resultados obtenidos sean representativos de la realidad de los pacientes con VIH/SIDA.

El cálculo para el tamaño de la muestra fue realizado para la población general, por lo que algunos de los subgrupos resultaron de un tamaño relativamente pequeño, dificultando e incluso imposibilitando el análisis en un número limitado de ellos. El tamaño de estos subgrupos influyó en algunos resultados, de manera que ciertos valores de significancia estadística estuvieron sobre el límite y algunos intervalos de confianza fueron más amplios de lo esperado y aceptable. Estas dificultades se presentaron en una minoría de casos y son sumamente pequeñas en comparación al conocimiento que aporta este estudio.

Debido a que la recolección de datos se ejecutó mediante un cuestionario aplicado a los pacientes y que en algunos de ellos habían transcurrido varios años desde el diagnóstico de VIH/SIDA, pudo ocurrir un sesgo de memoria en los pacientes. Este sesgo sería especialmente importante si implica una subnotificación de las conductas sexuales de riesgo. Dicha subnotificación también puede ocurrir como parte de otro sesgo, ya que los pacientes podrían reportar menos conductas sexuales de riesgo por temor a la reacción del médico o por tratarse de temas tan sensibles y personales de su vida personal.

Con el objetivo de reducir al mínimo el impacto de los posibles sesgos inherentes al tipo de estudio, el tema y el instrumento de recolección de datos, los autores entrevistaron a los pacientes personalmente, explicándoles el objetivo del mismo y garantizando completamente el carácter anónimo, confidencial y voluntario del estudio. Adicionalmente, el interrogatorio fue llevado a cabo mediante validación cara a cara por los autores, de manera individual y en un lugar privado dentro del servicio de Medicina Interna.

Como fue descrito anteriormente, debido a que no hallamos un instrumento de recolección de datos validado que sea útil para los fines de este estudio, desarrollamos nuestro propio instrumento basado en la información encontrada en la literatura internacional sobre el tema. Previo a la aplicación del cuestionario, realizamos una prueba piloto con el objetivo de perfeccionar el mismo, modificando las preguntas susceptibles a sesgos de memoria, reformulando las preguntas susceptibles a sesgos de comprensión del paciente y alterando su orden para lograr una progresiva complejidad y profundidad en las mismas. Consideramos que el impacto de los sesgos posibles fue limitado debido a las medidas tomadas para el control de los mismos.

El aporte de este estudio es considerable debido a que es el primero en el Ecuador sobre conductas sexuales de riesgo en pacientes posterior al diagnóstico de VIH/SIDA y es, hasta la extensión de nuestro conocimiento, el primero a nivel mundial en aproximarse a las conductas sexuales de riesgo tanto individualmente como en conjunto. Es así que el conocimiento que aporta nuestra investigación sienta la base para subsecuentes estudios que incrementen la información sobre los temas relacionados que escapan a los objetivos de este y que profundicen la comprensión de los fenómenos que no lograron ser claramente establecidos debido a las limitaciones ya descritas de este estudio.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly Active Antiretroviral Therapy and Sexual Risk Behavior. *JAMA*; 2004 Jul 14; 292(2):224-236.
2. Katz MH, Schwarcz SK, Kellogg TA, Klausner JD, Dilley JW, Gibson S, et al. Impact of Highly Active Antiretroviral Treatment on HIV Seroincidence Among Men Who Have Sex With Men: San Francisco. *Am J Public Health*; 2002 Mar; 92(3):388-94.
3. Wilson TE, Gore ME, Greenblatt R, Cohen M, Minkoff H, Silver S, et al. Changes in Sexual Behavior Among HIV-Infected Women After Initiation of HAART. *Am J Public Health*; 2004 Jul; 94(7):1141-6.
4. Juárez -Vílchez JP, Pozo EJ. Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 2010; 27(1): 31-37.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Epidemic update. En: Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. [s.l.]: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2010. p. 16-61.
6. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida-ITS. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero de 2008 – Diciembre de 2009. Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.
7. Spicer W. *Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas*. Barcelona: Elsevier; 2009.

8. Prats Pastor G. Microbiología Clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.p.321-30
9. Chacón J, Aguado C, García-Mauricio A, Aliaga L, Andérica G, Arizcorreta A, et al. La infección por el VIH. Guía práctica. 2a. Pachón J, Pujol E, Rivero A. Editores. Sevilla: Gráficas Monterreina; 2003.
10. Kumar S, Sanjay N, Revankar G. Microbiología basada en la resolución de problemas. Madrid: Elsevier; 2007.p.133-39.
11. Shors T. Virus: estudio molecular con orientación clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;2009.p. 436-73.
12. Fauci A, Clifford H. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. En: Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J, Editores. Harrison principios de Medicina Interna. 16 ed. Vol.1. The McGraw-Hill Companies, Inc. Chile;2006.p. 1189-1265.
13. Mandell GL, Benett JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas: principios y prácticas. 6 ed. Madrid: Elsevier; 2006. vol. 2 p. 1546-61.
14. Geier SA, Gürtler L, Klauss V, Mueller A, Bader L, Eberle J, et al. Differences in detectability of human immunodeficiency virus type 1 in tears and blood lymphocytes. Klin Monbl Augenheilkd 1992 Sep; 201(3):164-8.
15. Vélez A. H, Rojas M. W, Borrero R.J, Restrepo M.J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. 2 ed. Medellín:Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB; 2007.

16. Ambrosino Wyszynski A, Bruno B, Ying P, Chuang L, Friedlander M, Rubenstein B. Pacientes con infección por VIH. En: Ambrosino Wyszynski A, Wyszynski B. Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona: Masson, S.A; 2006.p.
17. García-Camba de la Muela E. Los trastornos psiquiátricos en la infección por VIH/SIDA. En: López-Ibor JJ, Leal Cercós C, Carbonell Masiá, Editores. Imágenes de la psiquiatría española. Barcelona: Glosa; 2004.p. 543-552.
18. Levy JA.HIV and the pathogenesis of AIDS. 3 ed. Washington: ASM Press; 2008.
19. Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.p. 956-63.
20. Romero Cabello R. Microbiología y parasitología humana. Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias. 3 ed.México: Editorial Médica Panamericana; 2007.p. 519-34.
21. Daudel R, Montagnier L. El SIDA. 3 ed. Siglo XXI editores: México; 2003.
22. Sax PE, Cohen CJ, Kuritzkes DR. HIV Essentials. 3rd. United States: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
23. Murphy SM, Brook G, Birchall MA. HIV infection and AIDS. 2ed. China: Elsevier; 2002.
24. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 10, 2011; 1–166.

25. Castelo-Branco C. Sexualidad humana: una aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2005.
26. Moore KL, Persaud TVN. Embriología clínica: el desarrollo del ser humano. 7 ed. Madrid: Elsevier; 2004.p. 304-18.
27. Guyton AC, Hall JE. Funciones reproductoras y hormonales masculinas (y función de la glándula pineal). En: Guyton A, Hall J. Tratado de fisiología médica. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2006.
28. Weiten W. Motivación y conductas sexuales. En: Psicología: temas y variaciones. 6 ed. México, D.F: Cengage Learning Editores, S.A;2006. p. 400-1.
29. Jayme M, Sau V. La construcción Psicosocial del sexo: el género. En: Psicología diferencial del sexo y el género: fundamentos.p.49-64.
30. Crooks R, Baur K. Nuestra sexualidad. International Thomson Editores: México; 2000.p. 158-77.
31. Sánchez Medina G. Condición, orientación y preferencia sexual. En: Sánchez Medina G. Identidad sexual: una perspectiva biopsicosocial. Bogotá: Academia Nacional de Medicina; 2006.
32. Gaviria Trespalacios J. Conducta sexual, trastornos sexuales y de la identidad de género. En: Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldan LE. Fundamentos de medicina: psiquiatría. 4 ed. Bogotá: Fondo Editorial CIB; 2004.p. 295-314.
33. Nájera R. SIDA: una visión multidisciplinar. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla, La Mancha; 2000.p. 27-80.

34. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina: psiquiatría. 4 ed. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2004.p. 298.
35. Álvarez Lucas C, Calva Mercado JJ, Flisser Steinbruch A, Hermida Escobedo C, Hernández Tepichín G, Ortíz Ibarra FJ, et al. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.4 ed.Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA: México; 2000.
36. Hernández DE. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana: estudio descriptivo y experimental del compromiso de órganos y sistemas, infecciones y neoplasias. Caracas: [s.n.]; 2002.
37. Mayer K, Pizer H, Venkatesh K. Enfermedades infecciosas nuevas y emergentes: Ecología social del VIH/SIDA.Clínicas Médicas de Norteamérica 2008; 92(06): 1363-75.
38. Akinyemi JO, Awolude O., Adewole IF, Kank PJ. Condom use among antiretroviral therapy patients in Ibadan, Nigeria. J Infect Dev Ctries 2010; 4(8):495-502.
39. Foster R, Overall I. HIV and AIDS. En: Lloyd G, Guthrie E, Editores. Handbook of Liaison Psychiatry. United Kingdom: Cambridge University Press; 2007.
40. Treisman GJ, Angelino AF. The psychiatry of AIDS: a guide to diagnosis and treatment. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2004.
41. Díaz-Loving R. Concepción psico-socio-cultural ante el VIH/SIDA. En: Reynoso Erazo L, Seligson Nisenbaum I. Coordinadores. Psicología y salud. Universidad Autónoma de México: México; 2002.p.173-8.

42. Bunnella R, Ekwarua JP, Solberg P, Wamaia N, Bikaako-Kajuraa W, Werea W, et al. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS*. 2006 Jan 2; 20(1):85-92.
43. Del Romero J, Castilla J, Hernando V, Rodríguez C, García S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. *BMJ*. 2010;340:c2205
44. Ragnarsson A, Ekstrom AM, Carter J, Ilako F, Lukhwaro A, Marrone G, et al. Sexual risk taking among patients on antiretroviral therapy in an urban informal settlement in Kenya: a cross sectional survey. *J Int AIDS Soc*. 2011 Apr 18; 14:20.
45. Kozal MJ, Amico KR, Chiarella J, Cornman D, Fisher W, Fisher J, et al. High-Risk Sexual Behavior and Multidrug-Resistant HIV. *Medscape General Medicine*. 2006; 8(2):72.
46. Characteristics Associated with HIV Infection Among Heterosexuals in Urban Areas with High AIDS Prevalence — 24 Cities, United States, 2006–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2011; 60(31):1045-1072.
47. Myers JJ, Shade SB, Rose CD, Koester K, Maiorana A, Malitz FE, et al. Interventions Delivered in Clinical Settings are Effective in Reducing Risk of HIV Transmission Among People Living with HIV: Results from the Health Resources and Services Administration (HRSA)'s Special Projects of National Significance Initiative. *AIDS Behav* (2010) 14:483–492

48. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000–2006: A Systematic Review. *PLoS Med.* 2007 Dec; 4(12):e339.
49. Tabet S, Sanchez J, Lama J, Goicochea P, Campos P, Rouillon M, et al. HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. *AIDS.* 2002 Jun 14; 16(9):1271-7.
50. Folch C, Casabona J, Muñoz R, Zaragoza K. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gac Sanit.* 2005; 19(4):294-301.
51. Dave SS, Stephenson J, Mercey DE, Panahmand N, Jungmann E. Sexual behaviour, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected heterosexual individuals attending an inner London HIV clinic. *Sex Transm Infect* 2006; 82:117–120.
52. Outlaw AY, Naar-King S, Janisse H, Parsons JT; Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Predictors of Condom Use in a Multi-Site Study of High-Risk Youth Living with HIV. *AIDS Educ Prev.* 2010 Feb; 22(1):1-14.
53. Dukers NH, Goudsmit J, de Wit JB, Prins M, Weverling GJ, Coutinho RA. Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS.* 2001 Feb 16; 15(3):369-78.
54. Green EC. Rethinking AIDS prevention: learning from successes in developing countries. *Library of Congress Cataloging in Publication Data: United States of America;* 2003.p. 55-92.j

55. Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD003255.
56. Kozal MJ, Amico KR, Chiarella J, Cornman D, Fisher W, Fisher J, et al. A Population-Based and Longitudinal Study of Sexual Behavior and Multidrug-Resistant HIV Among Patients in Clinical Care. *J Int AIDS Soc.* 2005 June 13; 8(2): 72.
57. INEC [página en internet]. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo [citado: 19 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.inec.gov.ec/home/>

15. AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Eugenio Espejo que nos abrieron sus vidas y sus historias personales, colaborando con información tan personal e íntima, sin otra recompensa que habernos ayudado a comprender mejor su enfermedad.

Al Departamento de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética del Hospital Eugenio Espejo por habernos permitido ejecutar el estudio.

A todos los integrantes del servicio de Medicina Interna del HEE, especialmente su coordinador Dr. Carlos Arroba y la Dra. Grace Loza por abrirnos sus puertas y brindarnos acceso a sus pacientes.

A los doctores Francisco Cornejo y Marcelo Placencia, tanto por su aporte técnico-científico en la planificación y ejecución del estudio, como por sus enseñanzas a lo largo de la etapa universitaria.

Infinitas gracias al Dr. Alberto Castillo, no solo por su invaluable colaboración con este estudio, sino por su guía, apoyo y amistad brindadas durante el último año de la primera etapa de nuestra formación profesional.

16. ANEXOS

16.1. CUESTIONARIO

Este cuestionario es voluntario y anónimo. El propósito del estudio ha sido explicado previamente. Recuerde que tiene la opción de retirarse en cualquier momento. Consulte con su encuestador en caso de no entender alguna pregunta o cualquier otra duda.

Ponga una X sobre el cuadrado que corresponde a su respuesta. Todas las preguntas excepto la pregunta 11 tienen una sola respuesta.

1. ¿Cuántos años tiene?

Años. _____

2. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

Masculino.

Femenino.

3. ¿Cómo se considera usted?

Blanco.

Mestizo.

Indígena.

Negro.

Otro. _____

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a.

Unión libre.

- Casado/a.
- Viudo/a.
- Divorciado/a o separado/a.

5. ¿Qué religión tiene usted?

- Ateo.
- Católico.
- Cristiano evangélico.
- Testigo de Jehová.
- Otra. _____

6. ¿Hasta qué nivel estudió?

- Ninguno.
- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Superior incompleta.
- Superior completa.

7. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor su situación laboral?

- Empleo estable.
- Empleo ocasional.
- Desempleo.

8. Actualmente, ¿Cómo se considera?

- Hombre.
- Mujer.

Otro. _____

9. ¿Prefiere sexualmente?

- Los hombres.
- Las mujeres.
- Ambos.
- Prefiere no responder.

10. ¿Ha tenido más de 2 parejas sexuales en los últimos 6 meses?

- Sí.
- No.
- Prefiere no responder.

11. ¿Qué tipo de prácticas sexuales ha preferido desde su diagnóstico de VIH/SIDA?

(PUEDE EXISTIR MÁS DE UNA RESPUESTA).

- Masturbación.
- Oral.
- Vaginal.
- Anal.
- No ha tenido actividad sexual desde el diagnóstico. (PASE A LA PREGUNTA 20)
- Prefiere no responder.

12. ¿Su pareja sexual es?

- Pareja sexual estable.
- Pareja/s sexual/es ocasional/es. (PASE A LA PREGUNTA 14)
- Pareja sexual estable y parejas sexuales ocasionales.

- No ha tenido pareja sexual en los últimos 6 meses. (PASE A LA PREGUNTA 15)
- Prefiere no responder.

13. ¿Utiliza preservativo (condón) con una pareja sexual ESTABLE?

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.
- Prefiere no responder.

14. ¿Utiliza preservativo (condón) con una pareja sexual OCASIONAL?

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.
- Prefiere no responder.

15. ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras/es sexuales después de ser diagnosticado de VIH/SIDA?

- Sí.
- No. (PASE A LA PREGUNTA 17)
- Prefiere no responder.

16. ¿Utiliza preservativo (condón) con un/a TRABAJADOR/A SEXUAL?

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.
- Prefiere no responder.

17. De las siguientes opciones ¿Cuál es su razón PRINCIPAL para UTILIZAR un preservativo (condón) después de ser diagnosticado de VIH/SIDA? (1 SOLA RESPUESTA).

- No utiliza.
- Por petición de su pareja.
- Por prevenir un embarazo.
- Por prevenir la transmisión del VIH/SIDA a su pareja.
- Por prevenir el contagio de otra enfermedad de transmisión sexual.
- Otra. _____

18. ¿Cuál es su razón principal para NO UTILIZAR un preservativo (condón) SIEMPRE? (1 SOLA RESPUESTA).

- Siempre utiliza preservativo (condón).
- No siempre está disponible.
- Es vergonzoso solicitar preservativos (condones).
- Es costoso.
- Es incómodo.
- Disminuye el placer sexual.
- Su pareja prefiere no utilizar.
- No es necesario porque usted ya tiene VIH/SIDA.
- No es necesario porque usted y su pareja ya tienen VIH/SIDA.
- Es inmoral y/o va en contra de su religión.
- Utiliza otro método para prevenir el embarazo.
- No utiliza bajo efectos del alcohol.
- Otra. _____

19. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo (condón) bajo efectos del alcohol?

- Más de una vez.
- Una vez.
- Nunca.
- No recuerdo.

20. ¿Usted siente que su estado de salud es?

- Bueno.
- Regular.
- Malo.

21. ¿Cambió su actividad sexual después de ser diagnosticado de VIH?

- Aumentó.
- Disminuyó.
- Es igual que antes del diagnóstico.
- No tuvo actividad sexual.

22. ¿Ha sido diagnosticado de SIDA?

- Sí.
- No. (PASE A LA PREGUNTA 28)

23. ¿Cambió su actividad sexual después de ser diagnosticado de SIDA?

- Aumentó.
- Disminuyó.
- Es igual que antes del diagnóstico.
- No tuvo actividad sexual.

24. ¿Está tomando medicamentos contra el SIDA?

- Sí.

No. (PASE A LA PREGUNTA 28)

25. ¿Cambió su actividad sexual después de iniciar el tratamiento para el SIDA?

- Aumento.
- Disminuyó.
- Es igual que antes de iniciar el tratamiento.
- No tuvo actividad sexual.

26. ¿El médico le ha dicho que su carga viral es INDETECTABLE?

- Sí.
- No. (PASE A LA PREGUNTA 28)

27. ¿Cambió su actividad sexual después de que el médico le indicó que su carga viral es indetectable?

- Aumentó.
- Disminuyó.
- Es igual.
- No tuvo actividad sexual.

28. ¿Cree que es posible transmitir el VIH/SIDA en una relación sexual mientras está tomando los medicamentos contra el SIDA?

- Es posible.
- No es posible.
- Desconoce.

29. ¿Cree que es necesario utilizar preservativo (condón) si usted y su pareja TIENEN VIH/SIDA?

- Es necesario.
- No es necesario.

Desconoce.

30. ¿Cree que es necesario utilizar preservativo (condón) si usted TIENE VIH/SIDA pero su pareja NO TIENE VIH/SIDA?

Es necesario.

No es necesario.

Desconoce.

31. ¿Cree que el tratamiento para el SIDA cura la enfermedad y por lo tanto ya no es posible transmitirla en una relación sexual?

Sí.

No.

Desconoce.

32. ¿Cree que el término “carga viral indetectable” significa haberse curado de la enfermedad y por lo tanto ya no es posible transmitirla en una relación sexual?

Sí.

No.

Desconoce.

¡Gracias por su colaboración!

16.2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este estudio es generar conocimientos científicos, que nos ayuden a crear nuevos programas de salud y mejorar los programas existentes. Con esto se logrará proveer un mejor servicio para usted y todos los demás pacientes, con la meta de mejorar la salud y el bienestar de nuestra población.

Específicamente nuestro objetivo es conocer, de personas de buena voluntad como usted, la realidad sobre las prácticas sexuales de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, de manera que con los nuevos conocimientos se puedan desarrollar planes de educación y prevención, así como estrategias, para una sexualidad saludable.

De ser que usted decida participar, llenará un cuestionario con una duración aproximada de 10 minutos. Algunas preguntas son sobre datos generales, otras son respecto a su sexualidad y las últimas sobre creencias. Encontrará varias preguntas que indagan sobre cuestiones muy personales pero los datos que usted pueda proveernos son muy valiosos.

Su participación en este estudio tiene totalmente el carácter de:

- **VOLUNTARIA.** Usted puede libremente elegir si desea o no participar.
- **ANÓNIMA.** Su nombre NO aparecerá en ninguna parte del estudio, de manera que no pueda ser identificado/a.
- **CONFIDENCIAL.** Ni su participación ni su identidad serán divulgadas, serán secretas.

- **INOFENSIVA.** Se trata de un cuestionario, por lo que no implica riesgo en lo absoluto.
- **OPCIONAL.** Si decide participar, tiene la opción de retirarse en el momento que decida.

Toda la información que usted nos proporcione a través de este cuestionario será utilizada para un análisis estadístico y los resultados que se reportarán finalmente son de este análisis. Ninguna de su información personal aparecerá (similar a los resultados de una votación electoral).

Yo, _____.

Posteriormente a recibir una explicación verbal y escrita, haber leído y entendido la naturaleza de este estudio, así como sus implicaciones; acepto libre y voluntariamente participar en el mismo.

Firma.

.....